



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

**ABERTURA** - Aos oito, nove e dez dias do mês de novembro do ano de dois mil e cinco, no Plenário "O Milton Visconde", do Conselho Nacional de Saúde, localizado no Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala B, na cidade de Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Sexagésima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os Conselheiros e demais presentes à reunião. Na sequência, 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, APECIAÇÃO 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 sequência, 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 de la 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

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

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

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

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

doenças sexualmente transmissíveis /AIDS, doenças do coração, doença mental, assistência farmacêutica; e os problemas de saúde de grupos específicos. Nos CES estudados, informou que a grande maioria cumpria parcialmente os padrões, sendo que os conselhos das Regiões Centro-Oeste e Sudeste registraram que não examinavam os problemas de saúde mais relevantes. Acrescentou que o mesmo acontecia com relação aos CMS analisados, com registros de não cumprimento em municípios de todas as regiões. Com relação ao critério de transparência, destacou que examinou se as reuniões plenárias eram abertas ao público e se os trabalhos e decisões eram divulgados pelos meios de comunicação disponíveis. Destacou que as reuniões plenárias eram abertas ao público em todos CES e CMS estudados e a divulgação dos trabalhos e decisões ocorria em todos os CES analisados, exceto no da Região Centro-Oeste. Nos CMS pesquisados nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste o padrão não foi cumprido. Quanto ao critério de acesso aos recursos, disse que era examinado se eram fornecidas condições para o pleno exercício de suas atividades (dispensa do trabalho para participar de reuniões, capacitações e condições e garantias pessoais para o pleno exercício de suas funções):

pauta e material de apoio às reuniões encaminhados aos conselheiros, com antecedência; Secretaria-Executiva e estrutura administrativa disponível; e gerenciamento do seu próprio orçamento. Quanto às condições para o pleno exercício de suas atividades, disse que na maioria dos CES e CMS estudados registrou-se atendimento parcial ao padrão; apenas na Região Nordeste não foi identificado nenhum CMS, entre os 20 analisados, que não o cumprisse. Em todos os CES e na maioria dos CMS estudados, a pauta era encaminhada com antecedência suficiente e, quanto ao material de apoio às reuniões, a tendência foi o atendimento parcial ao padrão. Além disso, ressaltou que todos CES estudados possuíam Secretaria-Executiva e estrutura administrativa. Nos CMS analisados, a maioria atendeu ao padrão de forma integral ou parcial, com registros de não cumprimento em pelo menos um município em todas as regiões. Os CES pesquisados das Regiões Sul e Sudeste não gerenciam o próprio orçamento, como a maioria dos 80 CMS. Sobre o critério de definição de tarefas, verificava-se se o Regimento Interno era de conhecimento dos conselheiros e se Conselho articulava-se com Poder Legislativo e Ministério Público. Expôs que em todos CES vistos o Regimento Interno era de conhecimento dos conselheiros. Nos CMS estudados, a maioria cumpriu o padrão total ou parcialmente. A articulação com Poder Legislativo não foi referida nos CES analisados das Regiões Norte e Centro-Oeste e na maioria dos CMS observados nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. No Sul e Sudeste, a maioria cumpriu o padrão parcialmente. Destacou que o padrão de articulação com o Ministério Público foi atendido parcial ou integralmente na maioria dos CES pesquisados. Nas regiões Nordeste e Norte, a maioria dos CMS analisados não cumpria o padrão. No que diz respeito ao critério de tomada de decisão estruturada, destacou que era verificado se os conselheiros aprovavam a pauta em plenária e se os temas apreciados eram debatidos com as entidades representadas pelos representantes dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviços. Explicou que a maioria dos CES e dos CMS analisados aprovava a pauta em plenária de modo integral ou parcial, exceto os CES estudados nas Regiões Centro-Oeste e Sudeste. Alguns CMS de municípios pesquisados das Regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste não alcançaram o cumprimento do padrão. Disse que a maioria dos representantes dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviços nos CMS estudados não debatia os temas examinados nas reuniões com suas respectivas entidades, principalmente nos municípios observados nas Regiões Norte, Nordeste e Sudeste. Nos CES analisados, registrou-se cumprimento integral ou parcial do padrão apenas para a representação de trabalhadores de saúde. Com relação às representações de outros segmentos, o debate ocorria de forma irregular, com maior evidência nos conselhos pesquisados nas Regiões Norte e Centro-Oeste. Diante desses resultados, apresentou conclusões preliminares do projeto: no âmbito dos Conselhos de Saúde há um desempenho ainda precário, fragilidade no acompanhamento da execução da Política de Saúde, articulação incipiente com outras instâncias da sociedade organizada, dependência do Poder Executivo e pouca comunicação com as entidades representadas. Além disso, citou as principais reivindicações dos entrevistados, sendo: a

tividades de capacitação para os conselheiros; acesso aos documentos da Secretaria de Saúde; maior autonomia para as ações e decisões do Conselho; documentos oficiais em linguagem acessível; mais informações do Ministério da Saúde; e retorno dos resultados desta pesquisa. Finalizando, apresentou as seguintes recomendações preliminares em relação aos Conselhos de Saúde: estímulo às correções de distorções quanto à representatividade; incentivos ao efetivo exercício do acompanhamento da execução da Política de Saúde; estímulo à busca de articulação com outras instâncias da sociedade organizada; e realização de processos de capacitação. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs a articulação e unificação dos projetos do Ministério da Saúde voltados ao levantamento de dados dos Conselhos de Saúde – Perfil dos

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

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

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

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

807 sendo, nos Estados Unidos - 89.000 a 207.000 óbitos, 314.000 a 734.000 hospitalizações e 18 a 42  
808 milhões de consultas ambulatoriais. Nos países industrializados (em um período de dois anos): 57 a 132  
809 milhões de consultas ambulatoriais, 1 a 2,3 milhões de hospitalizações e 280.000 a 650.000 óbitos. Em  
810 relação ao Brasil, destacou os resultados parciais e preliminares para o conjunto das capitais brasileiras  
811 a partir de três cenários: taxas de ataque de 20%, 25% e 33%; nº de casos esperados na faixa etária  
812 mais afetada (15 a 59 anos): 4,5 milhões, 6,5 milhões e 10 milhões de doentes; nº de casos com algum  
813 tipo de complicação na mesma faixa etária: 500 mil, 1 milhão e 2,5 milhões; nº total de leitos requeridos  
814 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.  
815 Explicou que, em 2003, foi instituído Comitê Técnico Brasileiro de Preparação do Plano de Contingência  
816 e, em agosto de 2005, foi criado Grupo Técnico de Trabalho, tendo como agenda: 29 de setembro -  
817 Elaboração da 1ª versão do Plano; 30 de setembro - Apresentação do Plano em reunião ampliada do  
818 Comitê; 30 de outubro - Elaboração da 2ª versão do Plano; 1ª Quinzena de novembro - Apresentação  
819 no CNS; e 16 de novembro - Seminário Internacional/RJ para lançamento do Plano. Detalhou a  
820 composição do Grupo de Trabalho: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; VE  
821 Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis; Programa Nacional de Imunizações;  
822 Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública; Núcleo de Comunicação; Assessoria jurídica;  
823 Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos; Secretaria de Atenção à Saúde: Redes  
824 Básica e Hospitalar; FIOCRUZ/RJ (Instituto de Pesquisa Evandro Chagas); ANVISA (GGPAF e GGTEs);  
825 Secretaria Nacional de Defesa Civil; e Ministério da Agricultura. Em relação ao Comitê Ampliado,  
826 também detalhou a composição: Ministério da Saúde; Secretaria Nacional de Defesa Civil; Ministério da  
827 Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Presidência da República (Casa Civil e Gabinete de Segurança  
828 Institucional); CONASS; CONASEMS; CNS; Sociedades Médicas (Infecção, Pediatria, Virologia e  
829 Pneumologia); OPAS/Brasil; SES/SP; e ABRASCO. Feitas essas considerações, passou à apresentação  
830 do Plano de Preparação para Pandemia de Influenza. Explicou que os seus objetivos eram reduzir os  
831 efeitos da disseminação de uma cepa pandêmica do vírus influenza sobre a morbimortalidade e reduzir  
832 as repercussões de uma pandemia de influenza na economia e no funcionamento dos serviços  
833 essenciais do país. Disse que o Plano era composto por oito capítulos, sendo: **1:** Epidemiologia da  
834 influenza; **2:** Pandemia de influenza e suas fases; **3:** Atual estrutura brasileira (vigilância à saúde,  
835 laboratórios públicos, rede de atenção à saúde, etc); **4:** Ações para o período interpandêmico; **5:** Ações  
836 para o período de alerta pandêmico; **6:** Ações para o período pandêmico; **7:** Ações para o período pós-  
837 pandêmico; e **8:** Legislação Brasileira para uma Pandemia. Além disso, destacou que o Plano fora  
838 elaborado, tendo por fundamentos: situação epidemiológica, planos de contingência de outros países  
839 (Canadá, Inglaterra, EUA, Austrália), discussão acumulada até o momento no Comitê de Preparação,  
840 lista de temas (Check list WHO); e concepção modular. Seguindo, falou sobre os níveis de preparação  
841 adotados no Brasil. Explicou que, no caso de transposição de espécies e adaptação do vírus em  
842 humanos, a cepa pandêmica chegaria às Américas, no máximo, em três meses. Nesse sentido,  
843 destacou que se trabalhava com sete fases, cada uma com recomendações específicas. O primeiro  
844 período denominado Interpandêmico, contemplava duas fases: não há detecção de novos subtipos de  
845 vírus influenza em humanos no Brasil e no Mundo; e presença de um subtipo viral que já causou  
846 infecção em humanos no passado em reservatórios animais não humanos e baixo risco de infecção  
847 humana. Destacou que essas duas fases já haviam sido vencidas no País. O período de Alerta  
848 Pandêmico, contemplava as fases 3 - detecta-se um ou vários casos de infecção humana com um novo  
849 subtipo viral em algum país estrangeiro de outro Continente e a fase 4 - detecta-se conglomerados de  
850 transmissão inter-humana com poucos casos em algum país estrangeiro de outro Continente; Fase 5 -  
851 detecta-se conglomerados de transmissão inter-humana com maior número de casos em algum país de  
852 outro continente e/ou detecção da cepa pandêmica em algum país das Américas (exceto Brasil); e Fase  
853 6 - detecção da cepa pandêmica no Brasil. Explicou que, atualmente, vivenciava-se a fase 4. O período  
854 Pandêmico englobaria a fase 7, que seria epidemia no Brasil devido a disseminação da cepa pandêmica;  
855 e o período Pós-Pandêmico, a fase 8: cepa pandêmica do vírus influenza deixa de circular; morbidade e  
856 mortalidade retornam aos níveis endêmicos. Disse que o Plano apresentava ações a serem tomadas em  
857 cada uma das fases. Seguindo, apresentou as atividades estratégicas em andamento, sendo: **1)**  
858 Expansão e aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica da influenza (avaliação, supervisão,  
859 assessoria técnica e protocolo para investigação de surtos); **2)** Modelagem matemática para desenhar  
860 cenários de disseminação no Brasil de uma pandemia de influenza (resultados parciais em novembro/05  
861 e finais em dezembro/05); **3)** Investimentos para a produção nacional de vacinas contra a influenza  
862 (inclui a vacina contra a cepa pandêmica); **4)** Expansão da capacidade técnica para diagnóstico  
863 laboratorial dos vírus influenza (testes para detecção rápida e descentralização da cultura para alguns  
864 laboratórios regionais); **5)** Revisão da legislação específica para melhor embasar as ações de vigilância,  
865 prevenção e controle da influenza em uma situação emergencial; **6)** Inquérito viral para detecção de  
866 vírus influenza em aves migratórias; **7)** Revisão e atualização da Política Nacional de Defesa Civil; **8)**  
867 Criação de um fundo privado de indenização para a avicultura brasileira (Plano Contingência MAPA); **9)**  
868 Aquisição de estoque estratégico de antivirais (negociação com os laboratórios detentores da patente do

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

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

Conferência em março de 2006. A Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, **Maria Helena Machado**, disse que, enquanto gestora, não concordava com o fato de os gestores candidatos estarem impossibilitados de participar da Conferência. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** destacou que os trabalhadores também seriam prejudicados, pois precisariam descompatibilizar-se e não poderiam participar da Conferência, na condição de trabalhadores da saúde. Em não havendo consenso sobre o local e data da 3ª CNGTES, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que fosse designado grupo para apresentar alternativas de datas e locais, a fim de que o Plenário se manifestasse no segundo dia de reunião. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** propôs que fossem apresentadas propostas de data e local para as Conferências, considerando-se que não deveriam ser realizadas concomitantemente. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** endossou as propostas da Secretária-Executiva do CNS e do Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**. Nesse sentido, propôs que o Plenário suspendesse o debate sobre a data e local da 3ª CNGTES e fosse apresentado informe sobre a 4ª CNSI, para orientar a definição de propostas concernentes a data e local, a serem apreciadas no dia seguinte. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou o seguinte encaminhamento: verificar a possibilidade de mudar a data de realização da 4ª Conferência de Saúde Indígena (uma semana antes ou depois do período de 27 a 30 de março de 2006) e, caso não seja possível, realizar as duas Conferências (3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena) no período de 27 a 30 de março de 2006. Conselheira **Júlia Maria Roland** solicitou que a mesa colocasse em apreciação o encaminhamento apresentado pelo Conselheiro **Francisco Batista Júnior**. Com a anuência do Plenário, a Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** colocou em votação a proposta: **verificar a possibilidade de mudança de data de realização da 4ª Conferência de Saúde Indígena (uma semana antes ou depois do período de 27 a 30 de março de 2006) e, caso não seja possível, realizar as duas Conferências (3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena) no mesmo período (27 a 30 de março de 2006). A proposta foi aprovada com 15 votos a favor e 6 abstenções.** A assessora da ASCOM/MS consultaria o local previsto para a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Pousada do Rio Quente, em Caldas Novas) e informaria o Plenário no dia seguinte. Na sequência, foi aberta a palavra ao Secretário-Geral da 3ª CNGTES, **Henrique Antunes**, para apresentação de propostas de alteração do temário da Conferência. De início, destacou a proposta de retirar os eixos 1 e 2, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, respectivamente, dentre os eixos temáticos da Conferência, visto que se tratavam dos grandes temas da Conferência que iriam nortear os debates. Além disso, explicou que a Comissão Organizadora avaliou que os quatro eixos temáticos da Conferência (Participação do trabalhador na gestão e negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde; Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, pelos Estados e pelos Municípios; Controle Social na gestão do trabalho e da educação na saúde; e Produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação), que seriam discutidos na forma de painéis temáticos, conforme anexo III, da Programação da Conferência, não garantiriam o debate de temas importantes indicados no Documento-Base como o Plano de Cargos, Carreiras e Salários e o Programa Nacional de Desprecarização de Trabalho. Diante disso, destacou que a Comissão propôs a mudança dos nomes dos painéis temáticos, com manutenção dos conteúdos e garantia de que sejam debatidos, conforme proposto, sendo: Painel Temático 1: Gestão Democrática e Participativa na Educação em Saúde: agenda estratégia e financiamento; Painel Temático 2: Gestão Democrática e Participativa do Trabalho em Saúde: agenda estratégia e financiamento; Painel Temático 3: Negociação na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: valorização, humanização e saúde do trabalhador; e Painel Temático 4: Controle Social na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** sugeriu que a mesa consultasse o Plenário se seria possível manifestar-se sobre a proposta naquele momento e, havendo consenso, a mesma fosse colocada em votação. **Após verificar que o Plenário estava esclarecido para manifestar-se sobre a proposta, Conselheira Graciara Matos de Azevedo colocou em votação a reorientação dos painéis temáticos da Conferência, conforme apresentado pelo Secretário-Geral da 3ª CNGTES. A proposta foi aprovada com uma abstenção.** A apresentação sobre a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena seria feita no segundo dia de reunião. Definido esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião, estando presentes os seguintes Conselheiros: *Titulares* - **Antônio Alves de Souza**, **Augusto Alves do Amorim**, **Carlos Alberto E. Duarte**, **Eni Carajá Filho**, **Francisco Batista Júnior**, **Francisco das Chagas Dias Monteiro**, **Graciara Matos de Azevedo**, **João Donizeti Scaboli**, **João José Cândido da Silva**, **Luiz Augusto A. Martins**, **Maria Eugênia C. Cury**, **Maria Leda de R. Dantas**, **Nildes de Oliveira Andrade**, **Rui Barbosa da Silva**, **Silvia Marques Dantas**, **Solange Gonçalves Belchior**, **Urquiza H. Meira Paulino**, **Zilda Arns Neumann** e **Willian Saad Hossne**. *Suplentes* - **Clóvis A. Bouffleur**, **Júlia Maria S. Roland**, **Luiz Gonzaga de Araújo**, **Marcelo de Ávila Rosa**, **Maria Irene Monteiro Magalhães**, **Maria Thereza M. C. Rezende**, **Marisa Fúria Silva**, **Odair Furtado**, **Ruth Ribeiro 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 sequência, 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). Seguindo, 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. Seguindo, apresentou as ações do Comitê em desenvolvimento, sendo:  
1178 desenvolvimento de referenciais teóricos para a promoção da saúde da população negra, formação de

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

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

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

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

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

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

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

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

hoje, no caso das patologias para as quais o medicamento não é normatizado é uma distorção, pois os clínicos muitas vezes têm que informar diagnóstico diferente do real para que seja possível o acesso necessário do paciente ao medicamento. Hoje o medicamento está regulamentado para a hanseníase, trata eritema notoso tipo 2; AIDS, trata aftas; lúpus eritematoso, doença enxerto-versus-hospedeiro; e mieloma múltiplo. Por último, é importante reforçar que as doenças para cujo tratamento a consulta pública pretende ampliar o uso são tão graves e causam tanto sofrimento aos doentes quanto as que hoje já são eficientemente tratadas com a talidomida. Outro aspecto que eu queria ressaltar aqui é o seguinte: quando nós abrimos uma consulta pública para qualquer coisa, para utilização de um medicamento, para aquisição de algum bem, de algum produto, a consulta pública abre exatamente o espaço para que a comunidade científica e as associações de usuários possam se manifestar durante a consulta pública cujo resultado é totalmente aberto. Vai depender exatamente dos posicionamentos científicos e de outras naturezas que são feitos, no caso aqui, referente à utilização de um medicamento que, para área técnica de fármacos, de ciência e tecnologia, de atenção à saúde, continua imprescindível. Segundo, eu reitero que a consulta pública é um momento para que inclusive o Conselho se informe científica, técnica e politicamente e possa apresentar um posicionamento ainda que contrário à utilização da droga. Consulta pública não significa adoção, mas exatamente a possibilidade de a sociedade discutir a matéria. Enfim, eu gostaria de ouvir comentários a respeito desse posicionamento.

"Na sequência, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheira **Silvia Marques Dantas** destacou que a ampliação do uso da talidomida deveria ser feita concomitante à ampliação do processo de acompanhamento dos usuários da substância. Além disso, destacou que a regulamentação deveria tratar inclusive dos benefícios previdenciários para pessoas vítimas da talidomida, visto que ainda havia a ocorrência de novos casos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que a proposta de regulamentação da ANVISA possuía importantes aspectos técnicos do ponto de vista da manipulação, dispensação, conservação e controle do uso da talidomida, contudo, disse que era preciso considerar as preocupações do grupo de representantes das pessoas vítimas da talidomida. A primeira delas, referia-se à alteração na embalagem do medicamento, com a retirada do desenho da mulher com um "x" vermelho. A segunda, em relação ao artigo 6º, que determina "que o medicamento poderia ser prescrito para mulheres em idade fértil somente após avaliação médica quanto aos riscos de gravidez e mediante a comprovação de utilização de métodos efetivos de contracepção para mulheres em uso de talidomida ou de procedimento de esterilização", haja vista que não existia nenhum método contraceptivo 100% eficaz. Conselheiro **Eni Carajá Filho** destacou que o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), que trouxe a questão para o CNS junto com a Associação Brasileira dos Portadores da Síndrome da Talidomida (ABPST), não era contra a consulta pública, mas entendia que o conteúdo deveria ser pactuado com as instituições que atuam na área, em especial o Conselho Federal de Farmácia e o Conselho Federal de Medicina. Nesse sentido, reiterou a necessidade de suspender a consulta pública e reiniciar o processo, garantindo-se a participação dos setores envolvidos e das entidades representantes da sociedade civil na discussão do seu conteúdo. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou que o CNS não defendia a interrupção do processo de debate sobre a utilização da talidomida, mas entendia que era preciso suspender a consulta pública, em andamento, e reiniciar o processo de discussão, garantindo-se a ampla participação dos trabalhadores da saúde, representantes de governo e de grupos sociais e das entidades envolvidas com o tema, inclusive, para ampliar a ótica para além da doença que precisa da medicação e dos técnicos que estudam o medicamento. Também destacou que essa era uma questão que envolvia interesses econômicos, devendo ser debatida com muito cuidado. Além disso, reiterou a preocupação levantada pelo conselheiro **Francisco Batista Júnior** em relação ao artigo 6º, porque, com exceção da esterilização, não havia nenhum método 100% eficaz para evitar a gravidez e os métodos para verificar a existência ou não de gravidez também não eram totalmente seguros. O Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, manifestou-se nos seguintes termos "Eu gostaria de fazer uma contraproposta. Primeiro, a Conselheira **Silvia** colocou a questão da informação, do cuidado médico; o Conselheiro **Júnior** falou sobre a mudança de embalagem que pode descaracterizar os embargos para utilização do medicamento; o Conselheiro **Eni** defendeu a suspensão da consulta pública; e a Conselheira **Solange** também na mesma linha. Eu vou propor o seguinte. Eu estou com dois documentos do CNS. O primeiro é uma recomendação para que o Conselho Nacional de Previdência Social discuta o assunto, convidando a Associação Brasileira dos Portadores da Síndrome da Talidomida. Eu estou de acordo e encaminho. Acho que se tiver um problema com qualquer usuário, sem dúvida nenhuma, a função do Conselho é caminhar dessa forma. Esse caso que está relatado, parece que já foi feito um aprofundamento. Ao receber o medicamento, a paciente assina um termo de compromisso. No caso dessa senhora que teve uma criança com problemas, o marido era quem utilizava a substância e há suspeita de que ela tenha usado o medicamento, achando que com isso iria abortar. Mas eu vou propor o seguinte: tudo o que foi dito aqui em relação à consulta pública, eu acho que podia se discutir antes. Não sei se alguém pegou a regulamentação sob consulta pública, até a proposta para interromper a utilização do produto cabe dentro da consulta pública. A consulta pública, com muita eficácia porque está aberta à sociedade, pode

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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