



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

6 **ATA DA CENTÉSIMA SEXAGÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL**  
7 **DE SAÚDE – CNS**  
8

9 **ABERTURA** – Aos quatro, cinco e seis dias do mês de abril do ano de dois mil e seis, no Plenário  
10 *Omilton Visconde*, do Conselho Nacional de Saúde, localizado no Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício  
11 Anexo, 1º andar, ala B, na cidade de Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Sexagésima  
12 Quarta Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde (CNS). A Secretaria-Executiva do CNS,  
13 **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou a reunião, cumprimentando os conselheiros e demais presentes. Em  
14 seguida, comunicou que o Ministro de Estado da Saúde Interino, **José Agenor Álvares da Silva**, estava  
15 dirigindo-se ao Plenário do CNS para a abertura oficial dos trabalhos. Enquanto se aguardava a chegada  
16 do Presidente do CNS, apresentou informes ao Plenário. De início, comunicou que a premiação do  
17 concurso “Experiências Exitosas em Controle Social” não poderia ser feita na data prevista, 7 de abril de  
18 2006, por falta de recurso para a compra dos prêmios devido ao atraso na votação do orçamento da  
19 saúde 2006. Na seqüência, iniciou a apresentação do expediente da reunião. Primeiramente, informou  
20 que a Secretaria Municipal de Saúde de Limeira, no Estado de São Paulo, solicitou a revisão das  
21 diretrizes da Resolução CNS nº. 333 no que tange a paridade entre trabalhadores e gestores à luz da Lei  
22 nº. 8.142/90. **Sobre essa questão, o Plenário decidiu: encaminhar documento explicitando os**  
23 **motivos da Resolução nº. 333 e o acúmulo de debate para definição dos segmentos e enfatizando**  
24 **que ela não é recomendativa, portanto, deve ser cumprida.** Seguindo, disse que havia sido  
25 distribuída proposta de composição da Comissão Intersetorial Permanente da Saúde do Idoso do CNS  
26 para apreciação e deliberação. **O Plenário decidiu que se manifestaria sobre a composição até o fim**  
27 **da reunião.** Também comunicou que o Conselho Municipal de Saúde de Joinville/SC solicitou  
28 esclarecimento quanto ao motivo da prorrogação do mandato dos membros do Conselho Nacional de  
29 Saúde, por 180 dias. **A respeito desse tema, o Plenário decidiu: constituir GT para elaborar nota**  
30 **explicativa sobre os motivos da prorrogação do mandato dos conselheiros, a ser encaminhada**  
31 **aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde (Indicações para o GT: Francisco Batista Júnior;**  
32 **Graciara Matos de Azevedo e um representante do segmento dos usuários).** Com a chegada do  
33 Ministro de Estado da Saúde Interino, a Secretaria-Executiva do CNS interrompeu a apresentação do  
34 expediente e passou de imediato ao item 2. **ITEM 2 – ABERTURA** – O Ministro de Estado da Saúde  
35 Interino, **José Agenor Álvares da Silva**, Presidente do CNS, manifestou-se nos seguintes termos: “Bom  
36 dia. Gostaria de cumprimentar todos os conselheiros. Eu fiz questão de vir aqui para dar as boas-vindas  
37 a todos e comunicar que na última sexta-feira, dia 31 de março, o Presidente Lula nomeou-me Ministro  
38 da Saúde Interino. Eu gostaria de expressar a minha alegria por essa nomeação e dizer que, salvo  
39 engano, essa é a primeira vez que um servidor de carreira do Ministério da Saúde ocupa esse cargo,  
40 mesmo que interinamente. Eu acho que é uma questão importante para reconhecimento de toda a  
41 categoria de servidores do Ministério da Saúde. Eu disse ao Presidente que, independente de estarmos  
42 interinamente no cargo, nós discutiríamos com os secretários e o Ministério como um todo para que não  
43 houvesse retrocesso e desmobilização em relação a nenhum dos projetos em andamento. Ou seja,  
44 haveria um esforço de toda a equipe para que todos os projetos que estão hoje em discussão no  
45 Ministério da Saúde, que são importantes para a saúde pública do Brasil e para a população, nós  
46 dardíamos continuidade e sem nenhuma perspectiva temporal em função de assumir como interino. Acho  
47 que essa é uma questão importante que temos que assumir e entender – e temos tido esse exemplo nos  
48 últimos anos - que as políticas de saúde estão vindo e sendo fortalecidas e cada vez mais conhecidas e  
49 das quais nós temos orgulho e temos que trabalhar para fortalecê-las. Hoje, conforme a pauta, nós  
50 teremos uma discussão importante sobre a execução orçamentária do Ministério da Saúde no ano de  
51 2005. O Antônio (*Secretário de Gestão Participativa, Antônio Alves de Souza, conselheiro do CNS*)  
52 enviou-me a última versão da execução, mas eu não pude analisá-la. Eu espero que todas as dúvidas  
53 possam ser discutidas porque todas as áreas foram comunicadas para estarem aqui e que nós  
54 possamos avançar mais nesse debate. Essa é uma semana particularmente importante para nós.  
55 Primeiro porque amanhã tem uma mobilização pela regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29.  
56 Essa regulamentação é importante para nós e para o setor saúde, mas, nesse momento, muito mais  
57 importante para alguns parceiros do SUS que estão na gestão estadual e na municipal. Do ponto de

58 vista do Ministério da Saúde, o orçamento de 2006, cumprindo a determinação da Emenda nº. 29, nós  
59 conseguimos um orçamento que é bastante equilibrado e já não temos mais nenhuma ação que não  
60 possa ser caracterizada dentro do que o Conselho determinou e regulamentou como ações e serviços  
61 de saúde. Há dúvidas sobre algumas questões e o Ministério da Saúde está esforçando-se para  
62 solucionar isso. Mas o avanço que conseguimos foi importante. O orçamento para 2006 é bastante  
63 equilibrado. Temos problemas em função dos altos custos que temos na saúde e de algumas pressões  
64 que vamos sofrer em razão principalmente de alguns compromissos com o Saúde da Família, Agentes  
65 Comunitários de Saúde, pressão no sentido da correção salarial desses funcionários que são ligados a  
66 estados e municípios e que dependem do Ministério da Saúde. Isso evidentemente pressiona o  
67 orçamento do Ministério da Saúde, que tem uma participação forte nesse financiamento. Mas essa é  
68 uma questão que estamos buscando resolver. Para iniciar digamos assim “o jogo”, o orçamento é muito  
69 importante e um dos mais equilibrados, segundo os nossos especialistas em orçamento público. Um  
70 segundo aspecto importante é que no dia 7 de abril de 2006 nós teremos eventos em comemoração ao  
71 Dia Mundial da Saúde e nós todos teremos que prestigiar. Principalmente nós que somos do Ministério  
72 da Saúde e militamos no Sistema Único de Saúde do Brasil temos que aproveitar esses espaços para  
73 fortalecer as nossas teses e ter a clareza que temos que avançar muito dentro desse Sistema. Temos  
74 muito que avançar na questão do financiamento, nos custos da saúde, na gestão dos serviços de saúde  
75 e na discussão de aspectos que travam o desenvolvimento da saúde relacionados à força de trabalho, à  
76 precarização dos contratos de trabalho. Temos muito que avançar no processo de melhoria do  
77 acolhimento das pessoas que procuram os serviços de saúde e no SUS como um todo para que  
78 possamos de fato consolidá-lo e ter cada vez mais orgulho dele por ser uma política pública de grande  
79 inclusão social e considerada como exemplo para muitos países. Os problemas que eventualmente nós  
80 temos ou que nos deparamos ao longo da nossa vida profissional e de gestão, que nós constatamos na  
81 execução do dia-a-dia do Sistema Único de Saúde, são problemas que nós temos que procurar vencer  
82 com bastante criatividade, sem nunca esquecer que o Sistema Único de Saúde é para nós o produto de  
83 longos anos de discussão e que eventuais problemas não podem ser considerados para criticar o  
84 Sistema como um todo. De vez em quando, nós vemos pessoas até mesmo da área da saúde que,  
85 diante de qualquer problema, critica o Sistema Único de Saúde e o coloca como inviável e de baixa  
86 qualificação e nós sabemos que não é. Então, eu queria desejar a todos que os trabalhos sejam  
87 profícuos nesses três dias e me colocar à disposição para qualquer discussão que se faça necessária  
88 nesses três dias.” O Plenário cumprimentou o Ministro de Estado da Saúde Interino, **José Agenor**  
89 **Álvares da Silva**, com uma salva de palmas. Na seqüência, foi aberta a palavra para considerações dos  
90 conselheiros. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** iniciou sua fala solicitando que o Ministro de Estado  
91 da Saúde se manifestasse sobre duas questões que, na sua visão, repercutiam no Controle Social do  
92 país: a não homologação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e a  
93 prorrogação do mandato dos conselheiros do CNS. Também comentou sobre a Portaria nº. 358, de 22  
94 de fevereiro de 2006, que institui diretrizes para a contratação dos serviços assistenciais no âmbito do  
95 Sistema Único de Saúde. Manifestou preocupação especial com o inciso II, § 2º, artigo 3º, que previa o  
96 contrato de gestão com organizações sociais, no caso de o objeto do contrato ser a transferência de  
97 gestão de um órgão estatal e com o artigo 9º, que previa contrato de gestão com Organizações Sociais  
98 quando o objeto do contrato fosse a transferência da gerência de um órgão público para a entidade  
99 conforme determinado pela Lei nº. 9.637/98. Disse que esses dispositivos iam de encontro à deliberação  
100 do CNS contrária a toda e qualquer forma de terceirização do SUS, particular, prioritária e principalmente  
101 terceirização da gestão do Sistema. Dessa forma, manifestou a sua posição contrária à Portaria e  
102 solicitou o posicionamento do Ministro de Estado da Saúde Interino a fim de subsidiar o debate da  
103 matéria posteriormente. Conselheiro **Eni Carajá Filho**, de início, cumprimentou o Ministro de Estado da  
104 Saúde Interino e demais presentes à reunião. Também reiterou a solicitação de pronunciamento do  
105 Ministro sobre a Portaria nº. 358/06, lembrando que na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e  
106 da Educação na Saúde foi aprovada proposta de suspensão dos efeitos dessa Portaria. Além disso,  
107 salientou a necessidade de o Plano Diretor da Vigilância Sanitária ser pautado para debate no CNS, a  
108 fim de possibilitar a apresentação de sugestões ao mesmo. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins**  
109 também registrou a sua preocupação com a prorrogação do mandato dos conselheiros nacionais de  
110 saúde, destacando, inclusive, o questionamento do Conselho Municipal de Saúde de Joinville/SC sobre  
111 os motivos dessa nova prorrogação, por mais 180 dias e solicitou que o Ministro de Estado da Saúde se  
112 manifestasse sobre esse fato. Em resposta às indagações, o Ministro de Estado da Saúde Interino, **José**  
113 **Agenor Álvares da Silva**, manifestou-se nos seguintes termos: “Em relação à Portaria nº. 358/06.  
114 Ontem nós fizemos uma discussão sobre ela, até por conta de dúvidas que surgiram entre nós mesmos  
115 depois da sua edição. Na ocasião, estavam todos os secretários e decidimos re-avaliar essa Portaria,  
116 porque é preciso dirimir algumas divergências dentro da própria equipe do Ministério da Saúde. Há uma  
117 outra questão que eu acho que vai aparecer nessa discussão, que é a questão de estados e municípios,  
118 que têm legislação própria e permitem a contratação de Organizações Sociais, que são entidades legais  
119 e legitimamente constituídas. Então, nós temos que definir o que fazer onde há legislação própria, os

120 estados têm legislação própria para fazer isso, eles têm autonomia. Essa é uma questão que nós vamos  
121 discutir e o Ministério não se furtar a fazer esse debate. Essa matéria está pautada para debate aqui e  
122 qualquer que seja o encaminhamento nós podemos encaminhar e discutir naquilo que for melhor para o  
123 Sistema Único de Saúde. Sobre o Plano Diretor, é bom esclarecer alguns pontos. Nós estamos  
124 discutindo diretrizes para a elaboração do Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Essas diretrizes estão  
125 sendo aperfeiçoadas, passando por todos os processos de discussão que há na vigilância sanitária e já  
126 foi discutido por um comitê que tem representatividade de todos os setores e vários segmentos da  
127 sociedade civil, inclusive a comunidade acadêmica e a ANVISA estão discutindo e aperfeiçoando esse  
128 processo. Evidentemente, essa questão será discutida aqui no Conselho Nacional de Saúde. Há muitas  
129 questões que aparecem lá, e até pelo próprio significado da vigilância sanitária, que é pouco conhecido.  
130 Nós conhecemos pouco, são poucos os profissionais de saúde que conhecem vigilância sanitária. Essa  
131 é uma questão que nós temos que difundir e discutir. Muitas das ações que são de regulação da  
132 ANVISA muitas vezes têm uma interpretação equivocada e a ausência da regulamentação cria um  
133 vácuo inclusive de ocupação dos segmentos, tanto do Ministério Público quanto da justiça para  
134 responsabilizar gestores públicos, agentes públicos por opções que eles não têm. Então, eu acho que  
135 esse plano diretor representa um avanço para nós e o aperfeiçoamento das diretrizes é importante que  
136 se discuta aqui. Eu assumo esse compromisso de que ele será discutido no Conselho e todos os  
137 conselheiros terão a oportunidade de manifestar-se sobre o plano. Sobre a Portaria de Medicina  
138 Complementar, eu me comprometo a verificar inclusive com a SAS os motivos da sua não promulgação.  
139 De qualquer forma, eu assumo o compromisso de verificar essa questão. Eu me lembro que havia um  
140 ruído em relação a essa questão e nós teremos que verificar. Sobre a prorrogação do mandato dos  
141 conselheiros. Esse assunto é novo para mim, eu tomei conhecimento agora pela Eliane (*Secretaria-142 Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz*) e o que eu posso fazer é me interar sobre o assunto e  
143 conversar com a Secretaria de Gestão e a Secretaria-Executiva do CNS para encaminhar essa questão  
144 e resolver o mais rápido possível. A prorrogação é até junho de 2006? Tudo aquilo que nós pudermos  
145 fazer para ter o Conselho funcionando, nós vamos fazer. Eu estou tomando conhecimento disso agora e  
146 eu tenho que conhecer melhor essa questão para poder definir posição do Ministério da Saúde para  
147 encaminhar." Conselheiro **Volmir Raimondi** fez uso da palavra para destacar que o CNS não conseguia  
148 debater o mérito de portarias e opinar sobre consultas públicas do Ministério da Saúde e suas  
149 vinculadas, por não ser previamente informado ou comunicado das mesmas. Nesse sentido, solicitou ao  
150 Ministro de Estado da Saúde Interino que garantisse o envio de portarias e consultas públicas ao CNS  
151 com a devida antecedência, a fim de possibilitar a emissão de pareceres sobre as mesmas antes que  
152 fossem publicadas. Citou, por exemplo, o caso da consulta pública da ANVISA acerca da utilização da  
153 talidomida que chegou ao conhecimento do CNS às vésperas do seu encerramento. Em resposta à essa  
154 fala, o Ministro de Estado da Saúde Interino, **José Agenor Álvares da Silva**, manifestou-se nos  
155 seguintes termos: "Conselheiro Volmir, eu vou manifestar a minha opinião pessoal, muito sincera e  
156 honesta, que eu posso até mudar. O Ministério da Saúde e os seus órgãos têm que pautar as suas  
157 ações nas normativas gerais do Sistema Único de Saúde. Ele não pode normatizar nada que esteja fora,  
158 o que não for legal, nós temos que buscar corrigir e acho que o Conselho está no justo direito de exigir  
159 que se corrija e solicitar pauta para discussão. Agora, há questões que são atribuições dos órgãos. Se  
160 todas as resoluções, consultas públicas e portarias da ANVISA tivessem que passar aqui, isso  
161 engessaria a Administração Pública e o CNS não teria outra coisa que fazer senão discutir resolução,  
162 consulta pública e portaria. Por exemplo, a Portaria sobre a Talidomida, eu tomei conhecimento e  
163 conversei com alguns conselheiros. Eu acho que aperfeiçoar o uso da talidomida é um alerta que o  
164 Conselho tem que fazer, mas proibir a consulta pública sobre a Talidomida...nós podemos até discutir o  
165 que ela significa hoje para a saúde. A Talidomida é um medicamento importante, tem que ter os seus  
166 cuidados e temos que responsabilizar aqueles que não usam a substância com o devido cuidado. Nós  
167 temos consulta pública de todas as espécies, na área de compras, na área de licitações, na área  
168 específica de saúde. Se nós formos fazer isso...*interrupção na gravação*...e essas advertências são  
169 importantes para o Ministério. Qualquer das resoluções, das consultas públicas, qualquer das portarias  
170 publicadas que sejam de encontro às normas que regulamentam o Sistema Único de Saúde, nós temos  
171 obrigação de rever. Eu dou um exemplo agora, a Resolução nº. 358/06. Nós fomos alertados para isso,  
172 veio a manifestação, a equipe do Ministério estava se debruçando sobre isso e vamos rever, vir aqui e  
173 conversar e discutir tranquilamente. As questões que puderem ser negociadas, nós vamos negociar, o  
174 que não puder ser negociado, nós teremos que resolver como conduzir. Esse é o compromisso que nós  
175 temos, é o compromisso que os conselheiros que representam o Ministério têm perante esse Conselho e  
176 é o compromisso que o Ministério faz com vocês, é o compromisso que eu faço enquanto Ministro  
177 Interino. Agora, desculpe-me conselheiro, mas eu não posso assumir compromisso de mandar para cá  
178 todas as portarias, as resoluções e consultas públicas porque aí eu vou estar fazendo duas coisas,  
179 tirando o papel do Ministério da Saúde de fazer a sua gestão e enchendo de burocracia os membros do  
180 Conselho Nacional de Saúde e eu acho que essa não é a função de vocês." Concluída essa fala, a  
181 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, agradeceu o Ministro de Estado da Saúde

182 Interino, **José Agenor Álvares da Silva**, e encerrou esse ponto. Na seqüência, passou ao item 3 da  
183 pauta. **ITEM 3 – APRECIACÃO E VOTAÇÃO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 2005/PROJETO**  
184 **DE LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**  
185 **Cruz**, convidou para compor a mesa os integrantes da Comissão de Orçamento e Financiamento do  
186 CNS (COFIN/CNS) Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, Conselheira **Ana Cristina Brasil** e o  
187 consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**. O consultor técnico da COFIN/CNS,  
188 **Francisco Rózsa Funcia**, iniciou a apresentação do relatório da reunião da COFIN/CNS realizada no  
189 dia 3 de abril de 2006, com ênfase na análise complementar da execução orçamentária de 2005,  
190 considerando as pendências anteriores (ressalvas da COFIN/CNS). Começou lembrando que a análise  
191 da execução orçamentária de 2005 do Ministério da Saúde foi apresentada na reunião de fevereiro do  
192 CNS de 2006, com deliberação prevista para a reunião de março. Na oportunidade, os conselheiros  
193 solicitaram a relação das ressalvas anteriores da COFIN/CNS feitas durante as análises da execução  
194 orçamentária para deliberarem sobre o tema. Feitos esses esclarecimentos iniciais, passou à  
195 apresentação da síntese da análise da execução orçamentária de 2005, conforme relatórios da  
196 COFIN/CNS de fevereiro e março de 2006. Disse que os percentuais totais de empenho e liquidação que  
197 integram as Ações e Serviços de Saúde – OCC (Outros Custos e Capital) atingiram 95,51% (R\$  
198 33.242.997.972,00). Com a incorporação dos gastos de pessoal ativo (R\$ 3.902.780.095,00), os  
199 percentuais de empenho e liquidação em ações e serviços públicos de saúde atingiram 95,21% (R\$  
200 37.145.778.066,00). Ressaltou que não foi possível empenhar todos os valores da coluna “Lei+Crédito”  
201 devido aos limites orçamentários (contingenciamento) estabelecidos pelo Ministério do Planejamento,  
202 Orçamento e Gestão/Secretaria do Orçamento Federal (SOF), sendo que o valor contingenciado foi de  
203 R\$1.547.100.000,00. Assim sendo, o contingenciamento condicionou o nível de execução orçamentária  
204 do Ministério da Saúde, que foi considerado regular por ter atingido 95% da Coluna “Lei + Crédito”, cujos  
205 valores não estavam totalmente disponibilizados para empenhamento. Destacou que o  
206 contingenciamento citado também condicionou a maior parte do desempenho das unidades, tendo como  
207 percentuais de empenho e liquidação e nível de execução orçamentária, respectivamente: FNS –  
208 96,64%, regular; ANVISA – 96,66%, regular; FUNASA – 89,85%, inadequado; FIOCRUZ – 50,01%,  
209 inadequado; ANSS – 97,43%, regular; e GHC – 95,62%, regular. Na seqüência, apresentou síntese do  
210 nível de execução orçamentária dos 74 itens/programas analisados pela COFIN/CNS: **a)** nível adequado  
211 (acima de 98%): 30 itens (ou 41% do total) no valor de R\$24.900.517.269,00 (ou 75% do total); **b)** nível  
212 regular (entre 92% e 98%): 18 itens (ou 24% do total) no valor de R\$5.364.804.309,00 (ou 16% do total);  
213 e **c)** nível inadequado (abaixo de 92%): 26 itens (ou 35% do total) no valor de R\$2.977.676.393,00 (ou  
214 9% do total). Em resumo, do total empenhado, a maior parte (75%) correspondeu a itens com nível  
215 adequado de execução orçamentária. Explicou que a maior redução orçamentária em termos absolutos  
216 ocorreu no item 35 (Atenção à Saúde Bucal – R\$ 90.000.000,00), seguida do item 45 (Emendas  
217 Nominativas/FNS – R\$ 64.019.352,00), enquanto que a maior suplementação ocorreu no item 7 (Bolsa  
218 Alimentação – R\$ 1.116.491.000,00), seguida do item 27 (Média e Alta Complexidade – MAC –  
219 AIH/SIA/SUS – R\$755.127.000,00). Esclareceu que, em termos da variação 2005/2004, a aplicação em  
220 “Ações e Serviços de Saúde – OCC” em 2005 foi de R\$33.242.997.972,00, o que representou um  
221 acréscimo de 15,1% em relação ao valor aplicado em 2004 (R\$28.893.454.964,00). Do total de 74 itens  
222 analisados, 18 (ou 24%) tiveram queda de aplicação em 2005 em relação a 2004, enquanto 56 (ou 76%)  
223 tiveram aumento de aplicação. Destacou que, considerando que o valor estimado para aplicação mínima  
224 em ações e serviços públicos de saúde, calculado nos termos da EC nº. 29 e da Resolução nº. 322 do  
225 CNS, era de R\$37.125.000.000,00, constatou-se que o valor total empenhado e liquidado até 31 de  
226 dezembro de 2005 de R\$37.145.778.066,00 (inclui pessoal ativo) superou em R\$20.778.066,00 o  
227 mínimo exigido. Nesse ponto, lembrou que integravam tais valores as despesas com Farmácias  
228 Populares (R\$50.920.469,00) e Bolsa Alimentação (R\$2.077.752.117,00), nos termos dos parâmetros  
229 legais adotados pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Esses mesmos parâmetros não  
230 permitiam a compensação automática dos Restos a Pagar cancelados no período 2000-2005, nem a  
231 compensação das diferenças de aplicação a partir de 2001 com base na Resolução nº. 322 do CNS.  
232 Segundo, apresentou as justificativas apresentadas para as ressalvas destacadas pela COFIN/CNS: **a)**  
233 FIOCRUZ: **a.1)** item 72 (Farmácias Populares) - está relacionada aos seguintes aspectos: houve uma  
234 superestimação do número de farmácias a serem implantadas e, consequentemente, de captação de  
235 recursos próprios (tinha-se como meta o funcionamento de 330 farmácias em 2005, sendo que estavam  
236 funcionando 78 no final de 2005, das quais, 51 foram implantadas nesse ano). Há que se considerar que  
237 a implantação e o funcionamento das farmácias populares dependiam do interesse das prefeituras, que  
238 deviam encaminhar o projeto para celebração de convênio; **a.2)** item 69 (Produção de Vacinas e  
239 Medicamentos) – este item não representa o principal recurso para a finalidade descrita, pois a maior  
240 parte dos recursos é constituída das transferências do FNS. Entretanto, o limite orçamentário de 2005  
241 manteve indisponível parte dos recursos destinados a essas transferências, sendo que o atendimento  
242 das necessidades foi garantido com o estoque estratégico. A produção de vacinas ficou abaixo da meta,  
243 mas haverá compensação em 2006; **a.3)** item 75 (Emendas Nominativas) – a execução orçamentária

244 desse item não depende da decisão da FIOCRUZ; e **a.4)** Outros comentários – houve uma maior  
245 fiscalização na concessão do vale-transporte, o que possibilitou uma economia de recursos; está em  
246 fase de construção o Centro de Produção de Biofármacos e Reagentes que possibilitará o domínio  
247 tecnológico necessário para a estabilização da oferta desses produtos; **b)** ANSS: **b.1)** itens 80 (Auxílios  
248 ao Servidor) e 81 (Assistência Médica a Servidores) – houve a realização de concurso público para o  
249 preenchimento de vagas e os procedimentos formais de contratação fizeram com que o processo se  
250 alongasse por vários meses em relação ao tempo inicialmente previsto para o início das atividades dos  
251 servidores; **c)** FNS: **c.1)** Secretaria de Vigilância em Saúde: item 9 (Manutenção de Unidades  
252 Operacionais) – houve dificuldade na licitação dos equipamentos para o Centro de Referência Hélio  
253 Fraga (Rio de Janeiro); item 18 (Vacinas e Vacinação) – limite orçamentário impossibilitou a  
254 transferência de R\$ 40 milhões para a FIOCRUZ, o que trará impactos no cronograma de 2006,  
255 especialmente na recomposição do estoque estratégico; o investimento para adequação da rede de  
256 frios ficou abaixo do esperado devido aos problemas verificados no projeto apresentado pelo Estado de  
257 Amazonas; a meta de produção de imunobiológicos não foi cumprida, mas haverá compensação em  
258 2006; item 37 (Ações de Vigilância Epidemiológica) – depende da celebração de convênios, sendo que  
259 muitos proponentes não conseguiram apresentar projetos; Termo de Cooperação Técnica com a OPAS  
260 foi aprovado em novembro de 2005, mas não houve execução devido ao limite orçamentário; houve  
261 dificuldade em algumas licitações; problemas para aquisição de *kits* para os laboratórios da área de  
262 vigilância (a solicitação foi feita em abril e até dezembro não houve a aquisição); **c.2)** Secretaria de  
263 Gestão do Trabalho: item 20 (Qualificação Profissional do SUS) – a execução orçamentária ficou  
264 prejudicada pelo contingenciamento; item 24 (PROFAE) – nesse item estão incorporadas outras  
265 atividades, sendo que o PROFAE, enquanto um projeto específico, teve boa execução. Está na fase  
266 final, sendo que o saldo corresponde ao valor previsto para obras: houve problemas no projeto  
267 arquitetônico; item 31 (PITS) – o novo programa denominado “Serviço Civil” prevê o pagamento de  
268 bolsas para a interiorização do trabalho e para residentes, sendo que a portaria regulamentadora  
269 somente foi aprovada em agosto de 2005. (Foi apresentada justificativa complementar); **c.3)** Secretaria  
270 de Gestão Participativa: item 19 parcial (Outros Programas) – houve baixa execução na ação “1314”  
271 (Participação Popular e Intersetorialidade na Reforma Sanitária e no SUS), tendo sido empenhado 76%  
272 (equivalente a R\$ 17.874.740,00) do valor da coluna “Lei+Crédito”, decorrente do contingenciamento  
273 orçamentário: apesar do Termo de Cooperação Técnica com a OPAS ter sido assinado em outubro, não  
274 houve recurso disponível para empenhamento. Além disso, os recursos alocados para os equipamentos  
275 do auditório do Conselho Nacional de Saúde não foram utilizados por problemas no processo licitatório;  
276 **c.4)** FUNASA: apresentou um relatório com informações gerais sobre a execução orçamentária, sem  
277 apresentar uma justificativa específica para o item 56 (Sistema Nacional de Vigilância em  
278 Saúde/VIGISUS), o que seria encaminhado até a reunião do CNS; e **c.5)** SPO: Piso Mínimo de  
279 Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde – cumprido com a inclusão do Bolsa-Alimentação e  
280 das Farmácias Populares, sendo que o sistema orçamentário informatizado, de responsabilidade da  
281 SOF, não permitia a exclusão desses itens e o contingenciamento foi realizado pela SOF segundo essa  
282 premissa. Os destaques da variação 2005/2004 em Outros Custeios e Capital – OCC foram: Média e  
283 Alta Complexidade (+6,9%), Atenção Básica (+16,6%); Medicamentos (+16,4%), Vigilância em Saúde  
284 (+7,1%), Saneamento (+14,9%), Estruturação de Unidades de Saúde (-5,7%), Bolsa Família (+153,8%),  
285 Demais Ações (+11,8%) e Emendas Parlamentares (+25,7%). Além disso, as Transferências a Estados,  
286 DF e Municípios representou 70,4% do total das despesas classificadas como “Outros Custeios e Capital  
287 – OCC”. Por fim, comentou o quadro com as ressalvas apontadas pela COFIN/CNS durante a análise  
288 das prestações de contas de 2005 (fechamento) e a situação correspondente nos trimestres anteriores  
289 de 2005 e no fechamento de 2004. Destacou, em especial, que o Ministério da Saúde cumpriu a EC nº.  
290 29 em 2005, incorporando Farmácia Popular e Bolsa Alimentação e destacou a diferença de aplicação  
291 em 2001, 2002 e 2003 devido à metodologia de cálculo do governo e do CNS. Em relação aos Restos a  
292 Pagar cancelados, destacou que não houve compensação em 2005 e o Projeto de Lei Orçamentária  
293 2006 não contemplou essa compensação. Acrescentou que o valor dos Restos a Pagar até maio de  
294 2005 era de R\$ 800 milhões, porém não ficou definida a forma de compensação. Concluída essa parte,  
295 o consultor técnico da COFIN/CNS passou a palavra ao Conselheiro **Gerônimo Paludo** para  
296 apresentação ao Plenário do CNS da proposta da COFIN/CNS de módulos de estudo para conselheiros  
297 sobre programação e execução orçamentária. O conselheiro, de início, convidou o representante da  
298 Secretaria de Orçamento e Planejamento (SPO/MS), **Inácio Aihara**, para compor a mesa e comunicou  
299 que seria aberta a palavra para manifestação dos representantes das áreas técnicas com baixa  
300 execução orçamentária presentes à reunião. Seguindo, explicou que a COFIN estava planejando  
301 elaborar módulos de estudo para conselheiros sobre programação e execução orçamentária e os  
302 membros da Comissão haviam iniciado a discussão sobre a natureza dos módulos a serem  
303 desenvolvidos. Ressaltou que não foi possível concluir a definição desses módulos, mas foram definidos  
304 pontos a serem tratados na próxima reunião da COFIN: **a)** formatar novo modelo de análise de execução  
305 orçamentária, com a incorporação de novas tabelas ou novas informações para subsidiar a análise dos

306 conselheiros, além daquelas atualmente disponibilizadas, que contemplem as mudanças na política de  
307 saúde verificadas nos últimos anos, com destaque para: **a.1)** Pacto de Gestão; **a.2)** programas  
308 prioritários; **a.3)** transferências para estados e municípios; **a.4)** incorporação das metas do PPA e, se  
309 possível, do Plano Nacional de Saúde; **a.5)** Restos a Pagar cancelados; **a.6)** quadro geral da execução  
310 orçamentária; **b)** propor esse novo modelo ao Conselho Nacional de Saúde e, após incorporação das  
311 sugestões do Plenário, pactuar a implantação e estabelecer prazos para revisão periódica; e **c)** verificar  
312 a possibilidade de o Conselho Nacional de Saúde acessar o SIAFI para consulta. Concluiu apresentando  
313 ao Pleno a proposta de incluir na pauta da mobilização pela regulamentação da EC nº. 29 a aprovação  
314 em regime de urgência do Projeto de Lei Orçamentária de 2006, visto que muitos municípios estavam  
315 sendo penalizados em relação às transferências de recursos financeiros no âmbito do SUS, com  
316 impactos negativos sobre o atendimento e acesso ao Sistema. Concluída a apresentação, foi aberta a  
317 palavra para manifestações dos conselheiros. Conselheira **Zilda Arns Neumann** parabenizou a  
318 COFIN/CNS pelo trabalho, mas lamentou o fato de a análise da execução orçamentária não ter sido  
319 enviada com antecedência aos conselheiros. Também reiterou a necessidade de mobilização no sentido  
320 de aprovar o orçamento da saúde 2006 o mais rápido possível. Solicitou ainda maiores esclarecimentos  
321 sobre a baixa execução orçamentária do orçamento destinado ao cartão SUS, à saúde bucal, às  
322 farmácias populares e ao saneamento. Por fim, perguntou sobre a inclusão do Bolsa Alimentação no  
323 cômputo do cumprimento da EC nº. 29 em 2005. Conselheiro **Eni Carajá Filho** comentou sobre a  
324 Farmácia Popular, enfatizando que se tratava de uma política de governo e não da saúde pública, logo,  
325 não deveria ser computada como gastos de saúde. Também salientou a necessidade de discutir a  
326 questão das farmácias populares no âmbito da política de assistência farmacêutica. Ressaltou ainda a  
327 importância de o CNS aprofundar o debate sobre os Centros de Especialidade Odontológica visto que  
328 municípios implantavam esses centros sem articulação com políticas de assistência odontológica.  
329 Reiterou ainda que o Bolsa Família deveria ser articulado ao Ministério do Desenvolvimento Social e não  
330 ser considerado como gasto de saúde. Destacou que o SIOPS também deveria considerar os dados dos  
331 conselhos de saúde sobre a execução orçamentária de estados e municípios. Concluiu registrando que  
332 o relatório da COFIN/CNS apresentou boa execução em 2005, contudo, seria necessário analisá-la a  
333 partir do custo/benefício aos usuários. Conselheiro **Paulo César A. de Souza** cumprimentou a Comissão  
334 pelo trabalho, contudo, enfatizou a necessidade de o CNS avaliar os efeitos da execução orçamentária  
335 na melhoria dos indicadores de saúde. Registrhou também o seu desconforto com o alto gasto do  
336 orçamento da saúde com planos de saúde para servidores do Ministério da Saúde e vinculadas, por  
337 entender que isso não contribuía para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Conselheira **Tânia di**  
338 **Giacomo do Lago** somou-se aos demais conselheiros que elogiaram o trabalho da COFIN/CNS.  
339 Também chamou a atenção para a baixa execução orçamentária de programas estruturais do SUS e ou  
340 que apoiavam a estruturação básica da atenção no SUS. A propósito, solicitou esclarecimentos mais  
341 detalhados sobre os seguintes programas: Cartão SUS; FIOCRUZ – baixa produção de vacinas;  
342 PROESF; e Atenção à Saúde da Criança, Mulher e Adolescente. Por fim, sugeriu ao Ministério da Saúde  
343 a avaliação do impacto do Programa Bolsa Alimentação na melhoria do estado nutricional da população.  
344 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** iniciou sua fala manifestando preocupação com o não  
345 cumprimento da EC nº. 29, pelo Ministério da Saúde, em 2005. Também pontuou que o  
346 contingenciamento orçamentário e os problemas burocráticos dificultavam a execução dos recursos  
347 pelos gestores. Além disso, sinalizou o fato de o corte de recursos ser feito em áreas estratégicas como  
348 prevenção, vigilância e formação profissional, o que, no seu entendimento, teria repercussão negativa  
349 para o SUS, em curto prazo. Finalizou a sua fala ressaltando a necessidade de o CNS contribuir para  
350 que a execução orçamentária do Ministério da Saúde fosse pautada no Plano Nacional de Saúde e  
351 priorizasse as ações relacionadas à prevenção. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** parabenizou a  
352 COFIN/CNS pelo relatório que, além de apresentar análise da execução orçamentária, apresentava  
353 proposta de novo modelo de análise de execução orçamentária, com a incorporação de novas  
354 informações para subsidiar a análise dos conselheiros. Também informou que debateria com o  
355 Coordenador Nacional de Saúde Bucal alternativas para garantir a execução do orçamento da Política  
356 de Saúde Bucal, que era estratégica para o governo. Ressaltou, por fim, que, antes de lutar pela  
357 execução do orçamento da saúde, era preciso mobilização pela aprovação da Lei de Responsabilidade  
358 Sanitária, que definia sanções para os gestores que não cumprissem a legislação do SUS. Conselheiro  
359 **Wander Geraldo da Silva** cumprimentou a COFIN/CNS pelo trabalho de sistematização das  
360 informações sobre a execução orçamentária e reiterou o problema do contingenciamento de recursos de  
361 áreas sociais. Destacou que era recorrente a baixa execução do orçamento da FUNASA destinado ao  
362 saneamento e registrou a ausência da Fundação, nos últimos dois anos, nas reuniões da Comissão  
363 Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente (CISAMA/CNS). Por fim, reforçou a proposta de incluir na  
364 pauta da mobilização pela regulamentação da EC nº. 29, no dia seguinte (5 de abril de 2006), a  
365 aprovação em regime de urgência do Projeto de Lei Orçamentária de 2006. Conselheiro **Antônio Alves**  
366 **de Souza** cumprimentou os membros da Comissão pelo trabalho, por entender que possibilitaria maior  
367 compreensão da execução orçamentária, contudo, lamentou a falta de quorum para votar a execução

368 orçamentária do Ministério da Saúde de 2005. Salientou a necessidade de o Plenário refletir sobre os  
369 prejuízos de analisar a execução orçamentária do ano anterior, sem que o Ministério da Saúde tivesse  
370 cumprido o seu papel de implementar na totalidade o seu orçamento. Diante disso, sugeriu que a análise  
371 da execução orçamentária fosse apresentada mensalmente ao Plenário do CNS para possibilitar a  
372 correção de eventuais problemas e promover ajustes que garantissem execução satisfatória. Também  
373 ressaltou a necessidade de o CNS refletir sobre a Política Nacional de Saúde que era responsabilidade  
374 dos três Entes Federados, a fim de se garantir a implementação das ações nos estados e municípios,  
375 promovendo interação com os conselhos estaduais e municipais de saúde para acompanhar a execução  
376 do orçamento da saúde do Brasil. Também enfatizou ser importante discutir a inclusão das despesas  
377 das Farmácias Populares e do Bolsa Alimentação na apuração do cumprimento da EC nº. 29 em 2005,  
378 visto que isso seguia o acórdão do Tribunal de Contas da União. A respeito do orçamento da saúde  
379 2006, sugeriu a elaboração de nota do CNS, a ser divulgada à imprensa, explicitando a preocupação  
380 com a não aprovação até aquele momento e destacando a responsabilidade do Congresso Nacional por  
381 prejuízos aos programas de saúde por conta desse atraso. Por fim, reiterou a necessidade de a  
382 execução orçamentária do Ministério da Saúde ser analisada a partir do Plano Nacional de Saúde,  
383 debatido e aprovado pelo CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, fez uso da  
384 palavra para esclarecer pontos levantados pelos conselheiros. Lembrou que, em 2005, o Plenário do  
385 CNS, após debater a questão dos planos privados de saúde para servidores públicos, aprovou  
386 deliberação e sugeriu ampliar a discussão desse tema com outros Ministérios. Explicou que o Plenário  
387 vinha discutindo o melhor método para análise da execução orçamentária e, em 2005, conforme  
388 decisão, a análise foi feita a cada três meses, com destaque para as ressalvas e envio às áreas  
389 responsáveis a fim de serem respondidas. Além disso, destacou o esforço para garantir participação  
390 mais efetiva das áreas técnicas do Ministério da Saúde na COFIN/CNS. Nessa linha, enfatizou que o  
391 Plenário teria que definir qual seria o encaminhamento político para resolver as ressalvas à execução  
392 orçamentária. Também explicou que o Tribunal de Contas da União (TCU) editou acórdão garantindo a  
393 inclusão das despesas das Farmácias Populares e do Bolsa Alimentação como ações e serviços  
394 públicos de saúde para fins do cumprimento da EC nº. 29 em 2005, contudo, o Presidente do TCU,  
395 **Adylson Motta**, mostrou-se disposto a rever essa decisão. Para isso, a Comissão de Seguridade Social  
396 e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados teria que enviar ofício ao TCU com essa solicitação. Em  
397 face dessa manifestação do Presidente do TCU, disse que fez vários contatos com a Frente  
398 Parlamentar, mas até aquele momento a mesma não havia enviado o ofício ao TCU. Finalizou  
399 solicitando que o Plenário se manifestasse sobre a proposta da COFIN/CNS de módulos de estudo para  
400 conselheiros sobre programação e execução orçamentária. Conselheira **Noemy Yamaguishi Tomita**  
401 iniciou cumprimentando o trabalho da COFIN/CNS, dado o avanço nos últimos dois anos. Também  
402 reforçou as preocupações levantadas em relação a saneamento básico e informou que, na 4ª  
403 Conferência Nacional de Saúde Indígena, foi aprovada moção de apoio às iniciativas de pesquisa de  
404 novas tecnologias alternativas para aplicação de procedimentos e saneamento básico (água, lixo e  
405 esgoto). Na seqüência, foi aberta a palavra para esclarecimentos dos representantes das áreas técnicas.  
406 O representante da Secretaria de Orçamento e Planejamento (SPO/SE), **Inácio Aihara**, comentou a  
407 questão do contingenciamento, explicando que a proposta orçamentária encaminhada ao Ministério da  
408 Saúde possuía um valor limite a ser orçado e que todos os ajustes e encaminhamentos eram feitos  
409 nesse momento. Posteriormente, o orçamento somente poderia ser alterado no Congresso Nacional, por  
410 meio de emendas parlamentares. Acrescentou que no decorrer da execução o orçamento autorizado  
411 poderia ter aumento, mas o valor autorizado para execução permaneceria o mesmo. Assim, em 2005,  
412 houve o acréscimo dos valores relativos ao Bolsa Família, que afetou a programação financeira do  
413 Ministério da Saúde. Além disso, destacou que no ano de 2005 houve aumento na execução das  
414 emendas em relação aos anos anteriores, o que afetou a programação original. Afirmou que o  
415 contingenciamento era difícil de ser evitado e, em geral, os programas com maior dificuldade de  
416 execução eram os mais prejudicados. Nesse sentido, destacou que o contingenciamento, por ser uma  
417 questão de gestão, deveria ser analisado durante o ano para identificar os problemas de execução e  
418 tentar resolvê-los durante o exercício. Por fim, destacou a dificuldade na aprovação de créditos que  
419 repercutiu na execução da FUNASA e da SVS. O assessor técnico da CGOFI/FUNASA, **Walter Januzzi**,  
420 destacou que ao final do exercício, a execução orçamentária da FUNASA resultou no montante de R\$  
421 1,43 bilhão, cerca de 81,6% da dotação autorizada. Entretanto, face ao contingenciamento orçamentário  
422 estabelecido pelo governo federal para o Ministério da Saúde e unidades vinculadas, a execução foi de  
423 99,9% em relação ao limite de empenho disponibilizado em 2004. Acrescentou ainda que, em 2005, do  
424 total disponibilizado, a FUNASA executou 99,8%. A representante da Secretaria de Vigilância em  
425 Saúde/MS, **Sônia Brito**, manifestou satisfação diante do trabalho da COFIN/CNS e das intervenções  
426 dos conselheiros e destacou a vontade política dos gestores da SVS/MS destacando ações como a  
427 definição da política contra pandemia de influenza e introdução da vacina contra o rotavírus na rede. Em  
428 relação a vacinas, destacou que uma série de questões impossibilitou o desempenho orçamentário  
429 desejável. Explicou que a SVS antecipou a destinação de recurso à FIOCRUZ para aquisição de

430 matéria-prima necessária à produção da tríplice viral, entretanto, por conta de limite da Fundação, houve  
431 a devolução de recurso e a priorização de outras áreas. Ressaltou que, apesar do prejuízo de R\$40  
432 milhões, esse fato não causou desabastecimento da rede e a situação estava regularizada. O vice-  
433 diretor da Atenção à Saúde (SAS/MS), **Antônio Ferreira**, justificou que a equipe técnica da SAS não  
434 participou da reunião da COFIN/CNS porque o convite chegou à Secretaria no dia 4 de abril de 2006, por  
435 volta das 17 horas. Acrescentou que a SAS, sempre que convidada a tempo, participava das reuniões da  
436 Comissão. Em relação à Saúde Bucal, esclareceu que o item 35 (Atenção à Saúde Bucal) não  
437 representava o orçamento da saúde bucal, tratando-se de uma rubrica destinada para aquisição do *kit*  
438 saúde bucal. Disse que houve problemas licitatórios para compra dos *Kits* e a compra estava suspensa  
439 até o momento. Também destacou que o governo federal retomou a atividade de estímulo à fluoretação  
440 das águas e foi destinado recurso a 56 municípios para implementação de sistema de fluoretação das  
441 águas com heterocontrole da água e a previsão era contemplar outros municípios em 2006. Em relação  
442 ao PROESF, explicou que se tratava de acordo de empréstimo do governo federal/Ministério da Saúde  
443 com o BIRD para a expansão e consolidação da estratégia Saúde da Família. Explicou que o Programa  
444 possuía três componentes: Expansão e consolidação nos grandes centros urbanos; formação e  
445 capacitação de recursos humanos (execução descentralizada para os estados); e avaliação e  
446 monitoramento (execução descentralizada). Enfatizou que a maioria das ações do PROESF eram  
447 descentralizadas e de acordo com o planejamento e a capacidade de execução das Secretarias  
448 Estaduais ou Municipais. Informou que o grande problema na execução dos recursos referiu-se à  
449 mudança nas gestões municipais e os processos de licitação era uma das principais dificuldades de  
450 gestão, visto que deveria seguir a legislação nacional e internacional. Ressaltou que, diante da situação  
451 do PROESF, a execução de 60% dos recursos em 2005 representava um avanço. A representante da  
452 CGPAM/MS, **Marília Leão**, respondeu aos questionamentos dos conselheiros sobre carências  
453 nutricionais e o Bolsa-Alimentação. Disse que, em 2004, foi lançado programa de suplementação de  
454 ferro que estava sendo desenvolvido em parceria com várias áreas técnicas do Ministério da Saúde.  
455 Destacou que, na portaria de lançamento do programa, definia-se a responsabilidade do governo federal  
456 em disponibilizar aos municípios o quantitativo de suplemento de ferro para atender a cobertura.  
457 Explicou que a Farmanguinhos, responsável por produzir o suplemento, na forma de xarope, teve  
458 problemas operacionais e não conseguiu o quantitativo solicitado pelo Ministério da Saúde e, por isso,  
459 devolveu parte do recurso. Em relação ao Bolsa Alimentação, lembrou que, em 2003, foi criado o  
460 programa Bolsa-Família, que incorporou todos os programas de transferência direta de rendas, inclusive  
461 o Bolsa-Alimentação. Destacou que atualmente o Bolsa Família era coordenado pelo Ministério do  
462 Desenvolvimento Social, contudo, no processo de transição para esse programa, foi acordado que o  
463 Ministério da Saúde faria o acompanhamento das condicionalidades das famílias na saúde (vacinação  
464 de crianças, gestantes realizando pré-natal e acompanhamento estado nutricional). Para garantir esse  
465 acompanhamento, o Ministério da Saúde estava desenvolvendo estratégias em parceria com estados e  
466 municípios. Também sugeriu que o CNS convidasse o Ministério de Desenvolvimento Social para fazer  
467 apresentação sobre o Controle Social feito pelo Programa Bolsa Família. Ressaltou que o recurso era  
468 repassado diretamente para as famílias e o Ministério do Desenvolvimento definiu estratégias para evitar  
469 problemas relacionados às famílias beneficiárias. Por fim, ressaltou que as avaliações do Programa  
470 Bolsa Família demonstravam impacto positivo e, nessa lógica, solicitou espaço no CNS para  
471 apresentação de resultados do programa. O representante da diretoria de planejamento da FIOCRUZ,  
472 **Juliano C. Lima**, comentou sobre a produção de vacinas, informando que a FIOCRUZ ultrapassou a  
473 meta definida no PPA de 50 milhões de doses e produziu 68 milhões. Ressaltou que houve redução da  
474 produção da vacina tríplice, por conta da priorização de outras áreas. Em relação ao item 69 (Produção  
475 de Vacinas e Medicamentos), com nível inadequado de execução orçamentária, informou que não  
476 representava o principal recurso para a finalidade descrita, pois a maior parte dos recursos era  
477 constituída das transferências do FNS. Além disso, ressaltou que o atendimento das necessidades em  
478 relação a vacinas foi garantido com o estoque estratégico. Destacou ainda que a FIOCRUZ tinha  
479 histórico de boa execução orçamentária e, em 2005, a sua baixa execução orçamentária referiu-se ao  
480 item 72 (Farmácias Populares), sendo que os níveis dos demais itens era superior a 95%. Acrescentou  
481 ainda que a meta estabelecida de implantação das Farmácias Populares para FIOCRUZ em 2005 era de  
482 dez Farmácias e foram executadas cinqüenta. Devido ao adiantado da hora, o Conselheiro **Fernando**  
483 **Luiz Eliotério** interrompeu a discussão e informou que retomaria o debate no período da tarde para  
484 definição de encaminhamentos. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no período da manhã do  
485 primeiro dia de reunião: **Titulares - Antônio Alves de Souza, Domingos Lino, Eni Carajá Filho,**  
486 **Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti**  
487 **Scaboli, José Agenor Álvares da Silva, José Francisco Schiavon, José Luiz Gomes do Amaral,**  
488 **Luiz Augusto A. Martins, Paulo César Augusto de Souza, Rômulo Maciel Filho, Solange**  
489 **Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi, Zilda Arns Neumann e Wander Geraldo da Silva. Suplentes**  
490 **- Ana Crissthina de Oliveira Brasil, Ciro Mortella, Clóvis Adalberto Boufleur, Fernando Luiz**  
491 **Eliotério, Maria Irene Monteiro Magalhães, Sérgio Ricardo G. M. Barreto e Tânia di Giacomo do**

492 **Lago.** A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou os trabalhos da tarde do  
493 primeiro dia de reunião, retomando a discussão sobre a execução orçamentária do Ministério da Saúde  
494 2005. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** submeteu à apreciação e deliberação dos conselheiros a  
495 proposta de planejamento da COFIN de módulos de estudo para conselheiros sobre programação e  
496 execução orçamentária. Detalhou que a proposta consistia na formatação de novo modelo de análise de  
497 execução orçamentária, com a incorporação de novas tabelas ou novas informações para subsidiar a  
498 análise dos conselheiros, além daquelas atualmente disponibilizadas, que contemplassem as mudanças  
499 na política de saúde verificadas nos últimos anos, com destaque para: **a.1) Pacto de Gestão; a.2)**  
500 **Programas Prioritários; a.3) Transferências para Estados e Municípios; a.4) Incorporação das metas do**  
501 **PPA e, se possível, do Plano Nacional de Saúde; a.5) Restos a Pagar Cancelados; a.6) Quadro Geral da**  
502 **Execução Orçamentária.** Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** acrescentou que esses módulos  
503 de estudos, caso fossem aprovados pelo Plenário do CNS, seriam conectados ao modelo de relatório da  
504 COFIN/CNS. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** perguntou que metodologia a COFIN/CNS utilizaria para  
505 definir os módulos de estudo (seminários, oficinas etc.) e se estava prevista participação do Fundo  
506 Nacional de Saúde nesse processo. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que, na próxima  
507 reunião do CNS, a COFIN apresentasse ao Plenário a proposta do novo modelo de análise de execução  
508 orçamentária. Também destacou a necessidade de convidar a Consultoria Jurídica (CONJUR) e o  
509 Tribunal de Contas da União (TCU) para participarem do debate sobre a execução orçamentária.  
510 Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** disse que, primeiramente, a COFIN/CNS definiria  
511 proposta de módulos de estudo e, em seguida, poderia discutir estratégias para envolver outros órgãos  
512 nesse debate. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, tendo em vista a falta de quorum para a votação da  
513 execução orçamentária do Ministério da Saúde, sugeriu que o Plenário aprofundasse o debate sobre a  
514 proposta do novo modelo de análise de execução orçamentária, proposto pela COFIN/CNS. Conselheiro  
515 **Clóvis A. Boufleur** propôs que o CNS aprofundasse o debate sobre a execução descentralizada do  
516 orçamento da União para estados e municípios e o impacto desse investimento. Conselheiro **Eni Carajá**  
517 **Filho**, diante da falta de quorum, sugeriu o adiamento da votação da execução orçamentária para o  
518 terceiro dia de reunião, quinta-feira. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** endossou a proposta de  
519 adiar a votação da execução orçamentária para a quinta-feira, por entender que haveria quorum para  
520 deliberação visto que muitos conselheiros estavam dirigindo-se a Brasília. Além disso, sugeriu que a  
521 COFIN/CNS apresentasse sugestões de temas para capacitação de conselheiros estaduais e municipais  
522 a serem tratados nas oficinas regionais sobre as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação  
523 Permanente no Controle Social do SUS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,  
524 sugeriu que o CNS primeiro trabalhasse a proposta de módulos de estudo para os conselheiros  
525 nacionais e posteriormente definisse método para os conselheiros estaduais e municipais. O consultor  
526 técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**, destacou que o Fundo Nacional de Saúde possuía  
527 representação na COFIN/CNS, logo, a sugestão do Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** poderia ser  
528 acatada. Também informou que a dinâmica de módulos de estudo possibilitaria abranger vários temas, de  
529 acordo com a expectativa do CNS. **Sobre essa questão, o Plenário decidiu manter a pauta em**  
530 **aberto e colocar a execução orçamentária do Ministério da Saúde 2005 em votação no momento**  
531 **em que houvesse quorum. Caso não se atingisse o quorum no primeiro dia de reunião, a votação**  
532 **seria feita na manhã do terceiro dia de reunião, quinta-feira, visto que muitos conselheiros**  
533 **confirmaram presença na reunião.** Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 4 da pauta.  
534 **ITEM 4 – PROTEÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane**  
535 **Aparecida da Cruz**, iniciou este item lembrando que, na 163ª Reunião Ordinária do CNS, o Plenário  
536 promoveu amplo debate sobre a Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP/CNS), a partir da  
537 apresentação do Conselheiro **William Saad Hossne**, e delegou à de Coordenação Geral do CNS (CCG)  
538 a tarefa de consolidar as propostas dos conselheiros relativas à proteção dos sujeitos das pesquisas  
539 científicas e ao aperfeiçoamento do sistema de regulação social da pesquisa no Brasil e apresentar  
540 proposições a essa matéria. Feitas essas considerações iniciais, passou a palavra ao Conselheiro  
541 **Francisco Batista Júnior** para apresentação da síntese das propostas apresentadas a partir de eixos  
542 temáticos e as proposições da CCG. Após convidar o Conselheiro **William Saad Hossne**, coordenador  
543 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP/CNS), para compor a mesa, o Conselheiro  
544 **Francisco Batista Júnior** iniciou a explanação com o resumo das propostas apresentadas pelos  
545 conselheiros durante a 163ª Reunião Ordinária do CNS, sendo: **1) Monitoramento e Acompanhamento;**  
546 **1.1) discussão no CNS de proposta de monitoramento e acompanhamento dos CEPs; 1.2) definição**, por  
547 parte do CNS, de um projeto de avaliação qualitativa do sistema de ética em pesquisa, a partir da visão  
548 do controle social. Este projeto poderia servir de subsídio para estabelecer propostas voltadas à  
549 descentralização das ações, com maior autonomia dos CEPs; **1.3) recomendação do CNS para que os**  
550 **Conselhos Estaduais de Saúde criem comissões de ética em pesquisa, que seriam responsáveis por**  
551 **analisar os protocolos de pesquisas antes de serem enviados para o CNS; e 1.4) solicitação de**  
552 **esclarecimentos por parte do Ministério da Saúde e CNS sobre o fato de donos de clínicas que**  
553 **trabalham no SUS estarem encaminhando pacientes do SUS para participar de pesquisas em clínicas**

privadas ambulatoriais; **2)** Regulação e Fiscalização: **2.1)** sugestão de debate no CNS sobre a criação de órgão de regulação da ética em pesquisa no âmbito do Ministério da Saúde, que se reproduzisse nas esferas estadual e municipal para acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais; e **2.2)** discussão sobre o tratamento de questões relacionadas à regulação e à fiscalização do sistema, levando em conta os papéis do Estado e do controle social; **3)** Criação, Composição e Capacitação dos CEPs: **3.1)** promoção de encontro nacional dos CEPs e definição de proposta ágil de capacitação dos comitês, aproveitando as comemorações de dez anos da Resolução nº. 196/96; **3.2)** verificação dos critérios para participação dos usuários; **3.3)** capacitação dos CEPs voltada não apenas aos aspectos técnicos relacionados à pesquisa, mas tratando também questões de direitos humanos e sociais; e **3.4)** criação de comitês regionais, ligados à CONEP/CNS, para auxiliar a Comissão na avaliação das áreas técnicas e servir de instrumento de supervisão das pesquisas; **4)** Relação entre CONEP/Secretaria-Executiva/CNS/Ministério da Saúde: **4.1)** debate no CNS sobre a relação da SE/CNS com a Secretaria-Executiva da CONEP e qual articulação desta com o Ministério da Saúde; e **4.2)** apresentação, por parte da CONEP/CNS, de planejamento das suas atividades para que a SE/CNS organizasse a sua estratégia de trabalho; **5)** Conselho Nacional de Bioética: e **5.1)** necessidade de esclarecimentos sobre a criação do Conselho Nacional de Bioética e as consequências disso. Explicou que a CCG, após analisar as questões citadas, sugeriu ao Plenário do CNS a constituição de GT do CNS, formado por quatro conselheiros e assessoria técnica, para estudar com maior profundidade as questões relacionadas à defesa e proteção do sujeito da pesquisa, a partir de quatro eixos estruturantes. O GT deveria apresentar um relatório no mês de junho com propostas para subsidiar a análise e deliberação do CNS. Destacou que os eixos seriam: **1)** Avaliação do Sistema CEP/CONEP. Objetivo – avaliar os Comitês de Pesquisa e a Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP/CNS), com destaque na participação dos usuários (capacitação; escolha de representantes; descentralização - Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde); **2)** Monitoramento e Acompanhamento das Pesquisas Aprovadas. Objetivo – Garantir que os projetos apresentados nos CEPs e CONEP sejam executados da forma como foram aprovados. **3)** Regulação. Objetivo – avaliar e definir os papéis do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde. **4)** Soberania Nacional – pesquisas com recursos estrangeiros. Objetivo - avaliar quais as medidas deverão ser adotadas nos casos de pesquisas financiadas por organismos estrangeiros, com o objetivo de garantir a defesa e a proteção dos voluntários das pesquisas; analisar o papel dos órgãos mencionados no processo de pesquisa: CNPq, Ministério da Ciência e Tecnologia, AISA, ANVISA e Itamaraty; analisar se as pesquisas realizadas no Brasil são de interesse do país. Além disso, informou que o Ministério da Saúde constituiria Grupo de Trabalho sobre a proteção do sujeito da pesquisa e a CCG sugeriu que o CNS indicasse um representante para acompanhar os trabalhos desse GT. Também destacou que seria solicitada à Presidência da República a apresentação de informe ao Plenário do CNS sobre o Conselho Nacional de Bioética. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que no item da capacitação dos CEPs fossem incluídos os temas legislação do SUS e direitos humanos e sociais. Conselheiro **Willian Saad Hossne** lembrou que a CONEP/CNS estava discutindo sistemática com delegação maior de competência para os CEPs. Conselheiro **Eni Carajá Filho** destacou a importância da participação do Controle Social nos CEPs e da definição dos papéis e das responsabilidades do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde na regulação. Também salientou a necessidade de orientação do CNS para que a participação nos CEPs seja feita de forma coletiva e não individual, de forma a evitar a defesa de interesses. Conselheira **Zilda Arns Neumann** propôs que o Plenário delegasse à CONEP/CNS a análise das propostas dos conselheiros e das proposições da Comissão de Coordenação Geral e a avaliação da viabilidade de criação de instância no âmbito do Ministério da Saúde sobre ética em pesquisa. Conselheiro **Ciro Mortella** ratificou a proposta de a CONEP/CNS discutir o resultado do debate a partir da apresentação do seu coordenador, as proposições da CCG e o objetivo do GT do Ministério da Saúde de proteção do sujeito da pesquisa. Também manifestou apoio à proposta de constituir GT do CNS para estudar com maior profundidade as questões relacionadas à defesa e proteção do sujeito da pesquisa. Conselheiro **Rômulo Maciel Filho** avaliou que havia uma série de desafios em relação ao controle da realização de pesquisas, em especial com seres humanos. Enfatizou a necessidade de valorizar o acúmulo de debate da CONEP/CNS, inclusive com a sistematização das suas informações. A propósito, perguntou quantos pareceres a CONEP/CNS emitiu em 2005. Em resposta, o Conselheiro **Willian Saad Hossne** disse que, em 2005, a CONEP/CNS emitiu 1.738 pareceres, que poderiam ser reduzidos a 600 por se tratarem de projetos multicêntricos. Conselheiro **Rômulo Maciel Filho** sugeriu que houvesse tempo para aprofundar o debate das questões apresentadas no âmbito dos segmentos e na CONEP/CNS. Por fim, enfatizou a necessidade de articular os esforços do Ministério da Saúde e do Controle Social para regular o sistema de pesquisa do país. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** lembrou que, em nenhum momento do debate, o Plenário desconsiderou a importância do trabalho da CONEP/CNS, contudo, avaliou que seria necessário estudo mais aprofundado do CNS sobre a ética na pesquisa, para além da CONEP/CNS. Nessa ótica, disse que a proposta de constituir GT do CNS para estudar as questões relacionadas à defesa e proteção do

616 sujeito da pesquisa não ia de encontro às propostas do Ministério da Saúde e nem ao trabalho da  
617 CONEP/CNS. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que a CONEP/CNS se reunisse para discutir  
618 as questões levantadas pelos conselheiros e, na próxima reunião do CNS, o Plenário deliberasse sobre  
619 a questão. Também destacou a necessidade de verificar se o número de funcionários e a estrutura da  
620 CONEP/CNS eram suficientes para responder ao aumento do número de projetos e a complexidade dos  
621 mesmos, evitando assim eventuais atrasos. Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs que o Plenário  
622 deliberasse sobre as propostas da CCG na reunião, visto que a matéria já havia sido objeto de debate  
623 no CNS. Conselheiro **Willian Saad Hossne**, na condição de coordenador da CONEP/CNS, fez  
624 considerações sobre as falas dos conselheiros, na perspectiva de contribuir no debate. Informou, a título  
625 de conhecimento, que, em 2005, a CONEP/CNS realizou cerca de trezentas palestras, reuniões e  
626 conferências em todo o país e atualmente os congressos da sociedade científica iniciavam com palestra  
627 sobre ética na pesquisa. Além disso, destacou que a CONEP/CNS tinha reuniões com representantes  
628 dos usuários nos CEPs e, conforme Resolução da CONEP/CNS, cabia ao Fórum de Patologias e  
629 Deficiências a indicação dos representantes dos usuários cujo nome era comunicado ao Conselho  
630 Municipal de Saúde. Reiterou que a CONEP/CNS representava um exemplo concreto de Controle  
631 Social, apesar de reconhecer a necessidade de aprofundar o debate sobre o sistema de regulamentação  
632 da pesquisa no Brasil. Esclareceu ainda que os comitês de éticas das instituições tinham o prazo de  
633 trinta dias para emissão de parecer e a comissão nacional sessenta dias. Os comitês realizavam  
634 reuniões mensais e a CONEP/CNS, considerando o grande número de projetos, estava reunindo-se a  
635 cada quinze dias. Também detalhou a metodologia para a análise de projetos (recebimento do projeto;  
636 envio para o relator; discussão do parecer no Plenário da CONEP; elaboração de parecer definitivo;  
637 revisão e assinatura). Disse que os projetos incompletos eram colocados em pendência, o que  
638 possibilitava ouvir opiniões sobre o mérito e a correção dos pontos necessários. Ressaltou que a  
639 CONEP/CNS estava analisando os motivos das pendências dos projetos de vinte comitês de pesquisas  
640 responsáveis por 40% dos projetos analisados pela CONEP/CNS e fazendo as correções a fim de evitar  
641 que não chegassem à Comissão com pendências. Ressaltou que a CONEP/CNS estava assoberbada,  
642 com deficiência de funcionários, contudo, não havia atraso substancial na emissão de pareces. Em  
643 relação aos projetos com cooperação estrangeira, disse que a CONEP considerava o interesse para o  
644 Brasil e verificava se o mesmo seria desenvolvido no país de origem. Conselheiro **Francisco Batista**  
645 **Júnior**, na condição de integrante da Comissão de Coordenação Geral, também fez alguns  
646 esclarecimentos. Disse que o debate sobre o projeto "Heterogeneidade de Vetores e a Malária no Brasil"  
647 e as denúncias de exploração de comunidades ribeirinhas no Amapá apontou a necessidade de se  
648 discutir o sistema de regulamentação de pesquisas do Brasil e, consequentemente, a atuação da  
649 CONEP/CNS. Enfatizou que a CONEP/CNS era uma comissão fundamental para o CNS e as suas  
650 peculiaridades, a exemplo da abrangência em todo o país, a diferenciava das demais comissões do  
651 CNS, remetendo a necessidade de debate específico visando fortalecê-la. Explicou que a proposta da  
652 CCG era criar um GT do CNS, formado por conselheiros, inclusive membros da CONEP/CNS, para  
653 aprofundar o debate das questões relacionadas à defesa e proteção do sujeito da pesquisa, a partir dos  
654 pontos levantados pelo Plenário do CNS. Conselheiro **Willian Saad Hossne** retomou a palavra para  
655 destacar a importância do sistema brasileiro de proteção do sujeito da pesquisa. Para ilustrar, informou  
656 que o Ministério Público considerou a Resolução do CNS nº. 196/96 para apurar as denúncias de  
657 exploração das comunidades ribeirinhas no Amapá pelo projeto "Heterogeneidade de Vetores e a  
658 Malária no Brasil". Acrescentou que o caso do Amapá era *suis generes* e que o projeto foi aprovado pela  
659 CONEP/CNS porque as irregularidades da pesquisa não constavam no protocolo em português que  
660 havia sido analisado pela Comissão. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que, ao invés de criar  
661 um GT, conselheiros do CNS se reunissem com a CONEP/CNS, que possui acúmulo de debate na área  
662 da ética em pesquisa, para aprofundar o debate das questões relacionadas à defesa e proteção do  
663 sujeito da pesquisa, a partir dos pontos levantados pelo Plenário do CNS. Além disso, solicitou que a  
664 CONEP/CNS fizesse levantamento do pessoal necessário para realizar os seus trabalhos em tempo  
665 hábil, evitando assim eventuais atrasos na emissão de parecer. Por fim, disse que seria necessário  
666 verificar o objetivo do Ministério da Saúde ao constituir Grupo de Trabalho sobre a proteção do sujeito da  
667 pesquisa. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, reiterou que a sugestão da CCG  
668 era solicitar à Presidência da República a apresentação de informe ao Plenário do CNS sobre o  
669 Conselho Nacional de Bioética para esclarecer eventuais dúvidas. Explicou que a intenção da CCG era  
670 criar um fórum do CNS, no formato de GT, para debater as questões relacionadas à defesa e proteção  
671 do sujeito da pesquisa, com a participação da CONEP/CNS e do Ministério da Saúde. Conselheira  
672 **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que o GT, conforme proposto pela CCG, fosse uma instância de  
673 interlocução. Conselheiro **Rômulo Maciel Filho** manifestou apoio à proposta de instituir GT do CNS para  
674 estudar as questões relacionadas à defesa e proteção do sujeito da pesquisa, por entender que  
675 fortaleceria o trabalho da COFIN/CNS e o sistema de regulação da pesquisa no país. **Não havendo**  
676 **posições contrárias**, o Plenário aprovou a criação de GT do CNS para estudar as questões  
677 relacionadas à defesa e proteção do sujeito da pesquisa, a partir dos referidos eixos

estruturantes. Foram indicados os seguintes nomes para compor o GT: Zilda Arns Neumann, Rômulo Maciel Filho, Ciro Mortella, Solange Gonçalves Belchior, Noemy Yamaguishi Tomita. O Conselheiro Willian Saad Hossne, coordenador da CONEP/CNS, acompanhará os trabalhos do GT. Por fim, Conselheiro Francisco Batista Júnior destacou que a CCG listou as pendências do ano de 2005 e solicitou que os conselheiros pudessem contribuir para definição da pauta da próxima reunião do CNS. Feita essa consideração, encerrou a discussão desse item da pauta. Na seqüência, foi iniciada a discussão do item 5 da pauta. **ITEM 5 – PORTARIA Nº. 358, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006** – Os Conselheiros Luiz Augusto A. Martins e Francisca Valda da Silva assumiram a coordenação dos trabalhos. Conselheira Francisca Valda da Silva lembrou que o Ministro de Estado da Saúde, no seu pronunciamento na abertura da reunião, havia feito breves considerações sobre a Portaria nº. 358, de 22 de fevereiro de 2006 e o diretor do Departamento de Regulação e Avaliação de Controle de Sistema (SAS/MS), José Carlos de Moraes, faria explanação mais detalhada da matéria. Iniciando, o diretor do Departamento de Regulação e Avaliação de Controle de Sistema (SAS/MS), José Carlos de Moraes, iniciou informando que, diante de equívocos na conceituação de componentes da Portaria, havia sido elaborada nova proposta para republicação, com retificação de alguns pontos. Dessa forma, passou à explicitação de cenário e apresentação dos princípios que orientaram a nova proposta. Explicou que alguns fatores colocaram para o Ministério da Saúde a necessidade de se trabalhar o processo de contratação dos serviços, dentre elas, ações desencadeadas pela CGU – Federação de Controle, questionamentos do Tribunal de Contas da União e ações do Ministério Público, questionando a remuneração de prestadores de serviços sem a existência de documento de contratação, além do processo de auditorias do DENASUS que apontou a remuneração de serviços, sem contrato. Observou ainda que não era obrigatório o preenchimento dos campos referentes a contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), contudo, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, em 2003, verificou que 70% dos contratados com prestadores de serviços não existiam ou seguiam as regras do antigo INAMPS. Além disso, destacou que as diretrizes do Pacto de Gestão definiam que, no prazo de um ano, deveria ser refeito o processo de contratação da rede complementar, passando a ser obrigatório o preenchimento do campo do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e deveria ser implantada Política Nacional de Regulação. Também ressaltou que estava em debate na Tripartite conjunto de regras de garantia de acesso e um dos instrumentos fundamentais para isso era a celebração de contratos, onde deveria ser explicitado o conjunto de ofertas de gestão pública e a garantia de acesso. Após essa explicitação de cenário, passou a fazer breves considerações sobre a Portaria nº. 358/GM, de 22 de fevereiro de 2006, como instrumento do programa nacional de contratação de serviços de saúde. Explicou que a Portaria estabelecia que a contratação de serviços de saúde deveria se dar de forma complementar, sendo imprescindível que o gestor conhecesse sua capacidade instalada e efetuasse diagnóstico das necessidades de saúde da sua população. Além disso, definia que deveria ser elaborado plano operativo sobre as unidades próprias para fins de comprovação da complementaridade de rede, além das demais formas contratuais, e exigia a adoção de instrumentos de controle dos contratos firmados. Também explicou que a referida Portaria listava cláusulas contratuais que deveriam constar nos contratos, estabelecia o prazo de um ano para efetuar a contratação de serviços de saúde, tornando obrigatório o preenchimento dos campos referentes a contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e trazia como anexo o Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde no SUS. Continuando, destacou as cláusulas necessárias, definidas na Portaria, que deveriam constar nos contratos: 1ª - estabelecimentos contratados deveriam estar com o cadastro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; 2ª - os estabelecimentos contratados serão submetidos a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS; 3ª - os serviços contratados estarão sob regulação instituída pelo gestor local; 4ª – para efeito da remuneração dos serviços contratados deverão ter como referência a Tabela de Procedimentos SUS; 5ª - o contratado deverá entregar ao usuário ou responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a informação da gratuidade do atendimento; 6ª - em decorrência da relação contratual estabelecida, a direção do Sistema Único de Saúde deverá praticar fiscalização permanente na entidade, no tocante aos recursos públicos recebidos; 7ª - os serviços contratados, obrigatoriamente, deverão apresentar, no mínimo a cada semestre, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto; 8ª – será garantido o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização; 9ª - os serviços contratados deverão seguir as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH); 10ª - os serviços hospitalares contratados deverão preencher a CIH, conforme determinado pela Portaria GM nº. 221, de 24 de março de 1999 e nº. 1.722, de 22 de setembro de 2005 e demais alterações; e 11ª - em conformidade ao art. 26, § 2º, da Lei 8.080/90, os serviços contratados deverão submeter-se às normas emanadas pelo Ministério da Saúde. Continuando, falou sobre a estrutura do Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde no SUS, que é composto por introdução; regulação; instrumentos de contratação; licitação; chamada pública; entidades

740 filantrópicas e organizações sociais; documentação pertinente a todo tipo de contratação; contratação  
741 hospitalar; fluxograma; cláusulas necessárias; e anexos – modelos. Ainda sobre o Manual de  
742 Orientações para Contratação de Serviços de Saúde no SUS, explicou que possuía capítulo específico  
743 sobre regulação, explicitando conceitos de uma maneira acessível e objetiva, apresentava e conceituava  
744 todos os instrumentos legais que podiam ser firmados para fins de complementação de rédea, bem  
745 como reafirmava a necessidade de embasamento na Lei de Licitações para a contratação dos serviços.  
746 Além disso, o Manual explicitava que a contratação hospitalar baseava-se nos três programas que  
747 compõem a Política de Atenção Hospitalar: Hospitais de Ensino, Hospitais de Pequeno Porte e Hospitais  
748 Filantrópicos. Por fim, destacou que as cláusulas necessárias ao contrato visavam adequar os serviços  
749 contratados às diretrizes e normas do Ministério da Saúde. Finalizou a sua explanação informando que  
750 no seminário com os representantes de estados e municípios (Bipartites e Secretarias de Saúde) foi  
751 apresentada a reivindicação de que o Ministério da Saúde, ao invés de orientar, definisse diretrizes para  
752 a contratação. Concluída a apresentação, foi aberto o debate. Conselheiro **José Francisco Schiavon**  
753 explicou que a regulação do processo de contratação vinha sendo feita pelos contratantes e não pelos  
754 contratados (prestadores de serviço). Além disso, ressaltou que os contratados não tinham domínio  
755 sobre os valores pagos pelos contratantes, o que causava dificuldade na relação contratado/contratante,  
756 dificultando o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Nessa linha, sugeriu ao Plenário que, antes  
757 de tratar sobre a contratação, fosse feito debate sobre os valores praticados pela tabela do SUS, na  
758 perspectiva de garantir o equilíbrio econômico do sistema de saúde complementar e a prestação de  
759 serviços. Também perguntou se os valores da tabela seriam publicados previamente e se haveria  
760 correção a cada período. Por fim, questionou se haveria licitação para contratação dos serviços e se a  
761 proposta de contratação contemplaria os hospitais privados com mais de trinta leitos. Conselheiro **Eni**  
762 **Carajá Filho** lembrou que o Plenário, após amplo debate, manifestou-se contrário ao repasse da gestão  
763 do SUS para organizações sociais e reafirmou a defesa da prestação dos serviços pela rede pública,  
764 entendendo que a contratação de serviços filantrópicos e privados, nessa ordem, deveria ser feita  
765 somente quando a rede pública não tivesse condições de garantir a prestação de serviços. A propósito  
766 da Portaria nº. 358/06, avaliou que foi editada em uma hora ruim e a regulação era desnecessária.  
767 Assim, sugeriu que o CNS recomendasse ao Ministério da Saúde a suspensão dos seus efeitos,  
768 possibilitando a promoção de debate sobre as bases para regulamentação do pagamento da iniciativa  
769 privada, filantrópica e conveniadas ao SUS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** iniciou a sua fala  
770 informando que a Portaria nº. 358/06 havia sido discutida informalmente durante a 3ª Conferência  
771 Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Destacou que, apesar de reconhecer como  
772 positiva a iniciativa da Portaria nº. 358/06 de definir regras para a contratação dos serviços privados,  
773 defendia a alteração do seu mérito a fim de garantir que a contratação dos serviços privados fosse feita  
774 somente quando fosse impossível ampliar a capacidade do setor público de prestação dos serviços.  
775 Acrescentou ainda que as legislações locais que poderiam dar suporte jurídico às organizações sociais  
776 como gestoras não poderiam sobrepor-se à legislação federal. Além disso, destacou que a transferência  
777 da gestão dos serviços públicos de saúde para o setor privado era inconstitucional, logo, a Portaria não  
778 poderia seguir esse eixo. Por fim, perguntou se a Portaria nº. 358/06 havia sido suspensa e, em sendo  
779 assim, sugeriu que houvesse amplo debate sobre a perspectiva de ampliação do setor público antes de  
780 se contratar o privado e fosse feita discussão com os representantes do setor privado sobre as regras  
781 para prestação dos serviços ao setor público, inclusive contemplando a proposta de criação de  
782 conselhos gestores nas unidades privadas de saúde. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** afirmou que  
783 o Ministro de Estado da Saúde Interino assumiu o compromisso de debater o texto da Portaria nº. 358/06  
784 e, nessa ótica, o diretor do Departamento de Regulação e Avaliação de Controle de Sistema (SAS/MS)  
785 apresentou proposta de republicação. Diante das considerações do Plenário, sugeriu que fosse  
786 constituído grupo para discutir com a SAS/CNS a revisão do texto, segundo as preocupações dos  
787 conselheiros. Também destacou que a Portaria deveria determinar que os Conselhos de Saúde  
788 poderiam autorizar a contratação dos serviços privados, de forma complementar, enquanto não havia a  
789 ampliação dos serviços públicos de saúde, visando garantir a assistência, desde que comprovada a  
790 insuficiência da capacidade instalada dos serviços públicos e justificada a necessidade de contratação  
791 do setor privado. Conselheira **Zilda Arns Neumann** salientou a necessidade de o Ministério da Saúde  
792 rever a tabela SUS, visto que entidades filantrópicas, sem fins lucrativos, responsável pelo atendimento  
793 de grande percentual de usuários, não estavam conseguindo manter-se com os valores pagos.  
794 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** defendeu que em todos os artigos da Portaria fosse  
795 explicitado o caráter complementar dos serviços privados e o texto contemplasse a Política Nacional de  
796 Gestão do Trabalho. Por fim, salientou a necessidade de maiores esclarecimentos sobre o Plano  
797 Operativo Individualizado, a fim de entendê-lo melhor. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** fez  
798 uso da palavra para apresentar sugestões ao texto da primeira versão da Portaria nº. 358/06. No artigo  
799 12, das cláusulas necessárias, sugeriu que fosse incluído item, expressando com clareza o  
800 financiamento compartilhado das três esferas de gestão e fosse explicitada a necessidade de  
801 apresentação da ata do Conselho de Saúde, indicando a necessidade de complementação de serviços e

802 autorizando a contratação. Além disso, propôs que a Portaria determinasse que, junto com o plano  
803 operacional, o gestor deveria apresentar projeto de ampliação da cobertura assistencial. Conselheira  
804 **Tânia Di Giacomo Lago** fez uso da palavra para registrar o acerto do Ministério da Saúde de  
805 regulamentar a contratação do setor complementar ao SUS. Também manifestou a sua preferência pela  
806 primeira versão da Portaria, por entender que contemplava as diferentes modalidades de relação  
807 existentes no país, inclusive de gestão. O último inscrito foi o Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins**, que  
808 perguntou se a Portaria nº. 358/06 teria repercussão nos convênios e contratos já assinados. Concluído  
809 esse bloco, o diretor do Departamento de Regulação e Avaliação de Controle de Sistema (SAS/MS),  
810 **José Carlos de Moraes**, teceu comentários sobre as falas dos conselheiros e prestou alguns  
811 esclarecimentos. Disse que o Departamento de Regulação e Avaliação de Controle de Sistema  
812 (SAS/MS), do qual era diretor, foi o responsável pela discussão e emissão da Portaria nº. 358/06, que  
813 tinha por objetivo inicial explicitar orientações gerais para a contratação. Contudo, ressaltou que cometeu  
814 um equívoco ao incluir no texto da Portaria somente a contratação complementar, sem contemplar o  
815 processo de gestão de unidade. Diante desse erro, disse que o Departamento trabalhou a revisão do  
816 instrumento da contratação, conforme a proposta que apresentara. Explicou que nos instrumentos  
817 firmados para fins de contratação de serviços de assistência à saúde deveriam ser explicitados todos os  
818 valores dos contratados. Disse ainda que a Portaria poderia apenas sugerir a criação de Conselho  
819 Gestor e não exigir, visto que não havia regulação determinando a existência desse nas unidades  
820 privadas de saúde. Esclareceu que o plano operativo consistia em um instrumento que substanciava o  
821 plano de saúde municipal ou estadual, identificando claramente a capacidade instalada e de resposta do  
822 equipamento público (hospital ou ambulatório) e a insuficiência da estrutura pública para responder a  
823 demanda da população. Assim, após aprovação da necessidade de complementação dos serviços, o  
824 gestor poderia iniciar o processo de contratação. Além disso, destacou que o plano operacional  
825 possibilitaria melhor acompanhamento da prestação dos serviços complementares, visto que  
826 contemplava metas de produção, de qualidade e financeiras. Disse que seria necessário consultar o  
827 setor jurídico sobre a inclusão de outras questões na Portaria diferentes do seu objetivo de regulamentar  
828 ou orientar a contratação complementar. Também lembrou que a Lei de Licitações e Contratos definia  
829 que a rede privada somente poderia se submeter ao processo de contratação pelo interesse público.  
830 Assim, o diálogo com o prestador de serviço era importante, mas não determinante para a contratação.  
831 Disse ainda que também poderia ser melhor explicitado que a contratação da rede complementar  
832 somente seria feita quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde e  
833 comprovada e justificada a necessidade de complementar a rede. Por fim, colocou que a determinação  
834 da necessidade de apresentação da ata do Conselho de Saúde, aprovando a necessidade de  
835 complementação de serviços e autorizando a contratação, poderia ser incluída no instrumento de  
836 controle do contrato. Após esses esclarecimentos, a mesa abriu a palavra para apresentação de  
837 encaminhamentos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs que o CNS recomendasse ao  
838 Ministério da Saúde a suspensão imediata da Portaria nº. 358/06. Também concordou com a proposta  
839 de criação de GT para rediscutir o texto da Portaria e, nessa ótica, apresentou as seguintes sugestões:  
840 nova redação para o artigo 2º - Quando utilizada toda a capacidade instalada e comprovada a  
841 impossibilidade de ampliação imediata dos serviços públicos de saúde, além de comprovada e  
842 justificada a necessidade, o gestor poderá complementar a oferta com serviços de assistência à saúde;  
843 inclusão de § 3º no artigo 2º, nos seguintes termos: O gestor submeterá ao respectivo conselho de  
844 saúde projeto que contemple a ampliação em prazo determinado da oferta de serviços no setor público  
845 em substituição à demanda contratada conveniada do setor privado; inclusão de inciso XII no artigo 11,  
846 com a seguinte redação: Os serviços conveniados e contratados deverão garantir aos trabalhadores  
847 vínculos empregatícios que assegurem todos os direitos trabalhistas, sociais e previdenciários; e  
848 supressão do artigo 13. Conselheiro **José Francisco Schiavon** destacou que, considerando a  
849 previsibilidade constitucional da assistência complementar ao SUS, seria necessário definir  
850 regulamentação para a contratação, contemplando no contrato inclusiva a necessidade de preservação  
851 do equilíbrio econômico financeiro do setor complementar. Também salientou a necessidade de  
852 preservar o pagamento pelo Código 7 na tabela SUS, dada a necessidade de explicitar os valores de  
853 pagamento dos profissionais. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** esclareceu que, no seu  
854 entendimento, a Constituição Federal não permitia a transferência da gestão dos serviços públicos  
855 estatais para o setor privado, mas sim, a contratação dos serviços privados complementar ao SUS.  
856 Conselheiro **Antônio Alves de Souza** solicitou que o Plenário se manifestasse sobre a proposta de  
857 constituir GT para reformular o texto da Portaria, a partir das propostas dos conselheiros. Conselheira  
858 **Solange Gonçalves Belchior** perguntou se seria possível apresentar nova proposta de redação para  
859 Portaria no terceiro dia de reunião, quinta-feira. O diretor do Departamento de Regulação e Avaliação de  
860 Controle de Sistema (SAS/MS), **José Carlos de Moraes**, explicou que seria possível incluir as  
861 sugestões dos conselheiros, mas não tinha certeza se haveria tempo para consultar a área jurídica e  
862 discutir as mudanças com CONASS e CONASEMS. Diante dessa consideração, Conselheira **Solange**  
863 **Gonçalves Belchior** propôs que, caso não fosse possível apresentar o novo texto da Portaria na quinta-

864 feira, 6 de abril de 2006, o CNS recomendasse ao Ministério da Saúde que mantivesse a Portaria em  
865 suspenso e a matéria fosse pautada na próxima reunião do CNS. O diretor do Departamento de  
866 Regulação e Avaliação de Controle de Sistema (SAS/MS), **José Carlos de Moraes**, explicou que na  
867 semana anterior o Ministro de Estado da Saúde Interino decidiu revogar a Portaria nº. 358/06 e publicar  
868 outra. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, perguntou se o encaminhamento do  
869 Plenário seria solicitar ao Ministério da Saúde a republicação da Portaria após aprovação do texto pelo  
870 Plenário do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que o diretor do Departamento de  
871 Regulação e Avaliação de Controle de Sistema (SAS/MS), **José Carlos de Moraes**, enquanto  
872 representante do governo, submeteu à apreciação do Plenário o texto da Portaria e concordou com a  
873 proposta de definir posição para os termos que não constavam na Portaria. O diretor do Departamento  
874 de Regulação e Avaliação de Controle de Sistema (SAS/MS), **José Carlos de Moraes**, disse que seria  
875 importante elaborar nova redação para o artigo 13, visto que a sua exclusão, conforme proposto,  
876 impediria a inclusão de outras questões no contrato, como, por exemplo, a instituição de conselho gestor  
877 de unidade. Em relação ao artigo 13, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a sua  
878 preocupação era que poderia possibilitar aos gestores, com base na legislação local, terceirizar a gestão  
879 dos serviços, por meio de organizações sociais. Em resposta, o diretor do Departamento de Regulação e  
880 Avaliação de Controle de Sistema (SAS/MS), **José Carlos de Moraes**, afirmou que o artigo 13 não  
881 possibilitava a terceirização da gestão, contudo, tentaria elaborar nova redação contemplando a  
882 preocupação. Conselheira **Zilda Arns Neumann** salientou a necessidade de manter o artigo 13, visto  
883 que a regulamentação não poderia cercear as iniciativas de estados e municípios para atender as suas  
884 necessidades de acordo com as peculiaridades locais. Conselheiro **José Francisco Schiavon** reforçou  
885 a fala da Conselheira **Zilda Arns Neumann** de que a Portaria não poderia cercear as iniciativas de  
886 estados e municípios para atender as realidades locais. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou se os  
887 representantes do governo tinham condições de assumir o compromisso de negociar com o CNS nova  
888 redação para a Portaria nº. 358/06 e trazer nova proposta de texto como posição do governo. O diretor  
889 do Departamento de Regulação e Avaliação de Controle de Sistema (SAS/MS), **José Carlos de**  
890 **Moraes**, registrou que na quinta-feira, 6 de abril de 2006, participaria de encontro do COSEMS, em São  
891 Paulo e não poderia participar da discussão, assim, perguntou se a intenção do Plenário era aprovar  
892 nesse dia o teor da Portaria ou as diretrizes que deveriam constar no documento. Conselheira **Zilda**  
893 **Arns Neumann** sugeriu que o Plenário aprovasse as diretrizes da Portaria. Conselheiro **Francisco**  
894 **Batista Júnior** defendeu que o Plenário do CNS aprovasse o teor da Portaria e as suas diretrizes. Ainda  
895 em relação ao artigo 13 da proposta de republicação, apresentou a seguinte redação alternativa: Para  
896 efeito da contratação de serviços de assistência à saúde, os municípios e estados poderão suplementar  
897 objeto desta Portaria para atender as necessidades e peculiaridades locais. Feitas essas considerações,  
898 a mesa fez a síntese dos encaminhamentos do Plenário: solicitar ao Ministério da Saúde a suspensão da  
899 Portaria nº. 358/06; e elaborar novo texto da Portaria, a partir das proposições do Plenário a ser  
900 apresentada na quinta-feira, dia 6 de abril de 2006, ocasião em que o Plenário do CNS aprovaria as  
901 diretrizes da Portaria. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que era preciso  
902 deixar claro se o Plenário do CNS se manifestaria a respeito das diretrizes da Portaria ou o seu teor,  
903 entendendo que as diretrizes poderiam ser aprovadas na reunião e o teor somente na próxima reunião  
904 do CNS, pois o Ministério da Saúde faria a discussão do mérito da Portaria com outros setores.  
905 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou se a Portaria ficaria suspensa enquanto estivesse  
906 sendo discutida com outras instâncias. Conselheira **Zilda Arns Neumann** propôs que o Plenário  
907 aprovasse as diretrizes da Portaria nº. 358/06 para que servisse de referência no debate do conteúdo  
908 por outras instâncias. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou o seguinte encaminhamento:  
909 votar na quinta-feira, dia 6 de abril de 2006, o conjunto das diretrizes, que seriam discutidas na  
910 Tripartite, em havendo acordo, a matéria iria para publicação. Em não havendo acordo, o tema  
911 retornaria para discussão, na próxima reunião do CNS. Não havendo posições contrárias, o  
912 Plenário aprovou o encaminhamento proposto pelo Conselheiro **Francisco Batista Júnior**. Definido  
913 esse ponto, foi iniciada a discussão do item 6 da pauta. **ITEM 6 – INFORME E INSTITUIÇÃO DO**  
914 **GRUPO DE TRABALHO DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA DA PANDEMIA** -  
915 O Conselheiro **Eni Carajá Filho** assumiu a coordenação dos trabalhos, convidando o Secretário de  
916 Vigilância em Saúde (SVS/MS), **Expedito Luna**, diretor do Departamento de Vigilância  
917 Epidemiológica/MS, para apresentação de informe sobre as últimas ações do Ministério da Saúde de  
918 preparação para uma pandemia de influenza. O Secretário de Vigilância em Saúde (SVS/MS), **Expedito**  
919 **Luna**, começou a sua explanação falando sobre a situação atual da gripe aviária no mundo. Disse que  
920 surtos de influenza aviária por H5N1 foram evidenciados em plantéis de aves de países da Ásia, África e  
921 Europa (Turquia) e se detectou o vírus em aves selvagens na Europa Oriental e Ocidental. Nas aves  
922 domésticas, explicou que foi observado apenas no sítio inicial (sudeste asiático). Ressaltou que isso  
923 causou elevado impacto econômico e social, contudo, a Europa Ocidental vinha demonstrando que era  
924 possível conter a disseminação do vírus pelas aves migratórias, por meio de ações de vigilância da  
925 zoonose das aves e bloqueio. Destacou que a transmissão do vírus para humanos continuava eventual e

926 não havia transmissão inter-humanos, o que apontava para a necessidade de fortalecimento da  
927 vigilância sobre saúde animal e dos mecanismos de contenção. No Brasil, disse que o Ministério da  
928 Agricultura restringiu a importação de material avícola. Também explicou que as rotas de aves  
929 migratórias, em geral, tinham o sentido norte/sul, o que colocaria o Continente Americano dentre aqueles  
930 com menor risco baixo de introdução do vírus H5N1 via aves migratórias. Destacou que oito países  
931 tinham registro de casos humanos confirmados pelo H5N1 e, alguns deles, a exemplo da Turquia, Iraque  
932 e Azerbaidjão, só tiveram registro de casos em 2005. Do total de casos, destacou que haviam sido  
933 confirmados menos de duzentos casos humanos e 105 óbitos. Chamou a atenção para a diminuição da  
934 letatidate na Turquia, por conta de uma vigilância de melhor qualidade, possibilitando a detecção de  
935 casos humanos com poucos sintomas. Também destacou que os casos humanos confirmados estavam  
936 restritos ao Sudeste Asiático e ao Oriente Médio. Segundo, explicou que a pandemia de influenza por  
937 H5N1 ocorreria quando e se o vírus "aprendesse" a se transmitir de pessoa à pessoa. Ressaltou que não  
938 era possível prever se esse vírus seria o gerador de uma pandemia, inclusive, alguns colocavam que o  
939 vírus já estava circulando nas aves havia dez anos e até aquele momento não havia atravessado a  
940 barreira entre as espécies. Dentre as fases de alerta pandêmico, explicou que permanecia na fase 3,  
941 com detecção de um ou vários casos de infecção humana com um novo subtipo viral em algum país  
942 estrangeiro de outro continente, sem transmissão inter-humanos. Explicou que as recomendações para  
943 essa fase era intensificar o processo de preparação para enfrentamento de uma pandemia e manter o  
944 sistema de vigilância em alerta para a detecção, notificação e investigação oportuna de formas graves  
945 de doença respiratória em pessoas oriundas da região afetada. Segundo essas orientações, explicou  
946 que o Plano de Preparação estava implementando ações no sentido de fortalecer a vigilância  
947 epidemiológica, prover insumos estratégicos (vacinas e anti-virais), prever necessidades na área  
948 assistencial (leitos hospitalares, UTI, medicamentos, etc.), planejar comunicação social e prever medidas  
949 de contenção. Em relação à vigilância, disse que a intenção era instalar, até o final de 2006, uma  
950 unidade sentinela nos quatro estados brasileiros que ainda não possuíam, sendo eles, Maranhão,  
951 Amapá, Rondônia e Acre. Lembrou que as unidades sentinelas verificavam se os casos de síndrome  
952 gripal estavam aumentando ou diminuindo. No caso de aumento, era iniciado processo de coleta de  
953 material para verificar se o vírus causador da gripe era influenza e qual tipo. Explicou que a outra linha  
954 de ação da vigilância epidemiológica voltava-se ao monitoramento das aves migratórias. Informou que,  
955 em 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde, em parceria com o IBAMA, iniciou esse processo, com a  
956 idéia de monitorar, a princípio, o vírus do Nilo Ocidental, causador da encefalite. Em seguida, foi iniciado  
957 o monitoramento do vírus da influenza. Ressaltou que, na época, o Ministério da Agricultura não  
958 manifestou interesse em realizar esse monitoramento, mas agora avocou para si essa responsabilidade.  
959 Assim, a SVS repassaria esse trabalho ao Ministério da Agricultura, na expectativa de estabelecimento  
960 de um sistema de vigilância permanente de aves migratórias. Também informou que foi implantado no  
961 Ministério da Saúde o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), que  
962 consiste em sala de situação, com recursos de comunicação e informática, permitindo comunicação mais  
963 rápida com a rede de vigilância do país, busca de informações na imprensa sobre surtos e epidemias e  
964 acompanhamento das equipes da SVS em campo, atuando na investigação e controle de surtos. Disse  
965 que a expectativa era que os estados tivessem estrutura semelhante para que o país se adaptasse ao  
966 novo Regulamento Sanitário Internacional, aprovado em 2005 e que entraria em vigor em 2007, que  
967 estabelece as capacidades mínimas dos países para o enfrentamento de surtos de epidemia. Em relação  
968 ao Plano Brasileiro de Preparação para a Pandemia de Influenza, destacou as principais ações, dentre  
969 elas: instituição de Comitê Técnico de Preparação em dezembro de 2003; criação de Grupo de Trabalho  
970 para acelerar a finalização do Plano em agosto de 2005; instituição do Grupo Executivo Interministerial,  
971 em novembro de 2005, para provisão de recursos necessários à implementação das ações propostas;  
972 realização de Seminário Internacional, no Rio de Janeiro/RJ, em novembro de 2005; participação em  
973 reuniões internacionais (Washington, Ottawa, Genebra, China); e realização da primeira simulação de  
974 ocorrência de um caso de gripe causada pelo vírus H5N1, em fevereiro de 2006. Acrescentou que a  
975 expectativa era realizar simulação mais ampla envolvendo a INFRAERO, a defesa civil, entre outros.  
976 Segundo, apresentou as atividades estratégicas em andamento, sendo elas: expansão e aprimoramento  
977 do sistema de vigilância epidemiológica da influenza, incluindo laboratórios; investimentos para a  
978 produção nacional de vacinas contra a influenza (previsão de conclusão da fábrica de produção de  
979 vacinas em junho de 2006); aquisição de estoque estratégico de anti-virais (9 milhões de tratamentos -  
980 90 milhões de doses - já foi iniciada a entrega); manutenção do inquérito viral para detecção de vírus  
981 influenza em aves migratórias; capacitação de profissionais de saúde (distribuição de CD-ROM com  
982 curso auto-instrutivo para médicos); e Grupos Técnicos do GEI: comando e controle – projeto de  
983 integração das salas de situação dos Ministérios; legislação – revisão para embasar adoção de medidas  
984 em uma situação emergencial; comunicação – plano elaborado; e logística – reunindo informações dos  
985 Ministérios. Concluindo salientou a necessidade de o CNS utilizar a sua rede para incentivar a agilização  
986 do processo de elaboração dos planos estaduais e municipais de enfrentamento da pandemia.  
987 Ressaltou ainda que, caso a pandemia não chegasse ao Brasil, haveria salto positivo na organização e

988 mobilização para situações emergenciais e não haveria desperdício de recurso, visto que as vacinas  
989 fabricadas e adquiridas poderiam ser utilizadas nos surtos habituais de influenza que ocorriam no país  
990 todos os anos. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Plenário.  
991 Conselheiro **Paulo César Augusto de Souza**, na condição de professor da Universidade Federal Rural  
992 do Rio de Janeiro, veterinário e especialista em aves, disse que a sua maior preocupação referia-se à  
993 falta de clareza das informações divulgadas à população sobre a gripe aviária, inclusive em materiais de  
994 órgãos do governo. Também registrou que lhe causava preocupação a transferência da  
995 responsabilidade do monitoramento das aves migratórias para o Ministério da Agricultura. Conselheira  
996 **Graciara Matos de Azevedo** salientou a necessidade de o plano de ação para enfrentamento de uma  
997 epidemia de influenza contemplar as sugestões do CNS de capacitação de equipe profissional e de todo  
998 pessoal envolvido nas farmácias, visto que era o primeiro local que a população procurava ao apresentar  
999 sintomas de gripe e de estender a vacinação contra a gripe sazonal para toda população, sem corte  
1000 etário. Também reiterou a preocupação com a proteção dos trabalhadores envolvidos nas ações, no  
1001 caso de uma epidemia, com remuneração compensatória para aqueles impedidos de trabalhar por conta  
1002 da epidemia. Conselheira **Zilda Arns Neumann** perguntou se havia trabalho de orientação para os  
1003 produtores de aves para o próprio consumo. Além disso, solicitou esclarecimentos sobre o tempo que o  
1004 Instituto Butantan levaria para produção de vacinas contra a influenza e quanto tempo, depois de tomar  
1005 a vacina, a pessoa teria os anticorpos necessários para combatê-la. Também salientou a necessidade  
1006 de criação de spot de rádios para divulgar informações sobre a pandemia de influenza e a propósito  
1007 disse que as emissoras de rádio e o jornal da Pastoral da Criança poderiam contribuir nesse processo.  
1008 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** iniciou a sua fala afirmando que as ações explicitadas não  
1009 eram suficientes para conter uma pandemia de influenza no Brasil. Destacou que era preciso intensificar  
1010 a vigilância epidemiológica com foco na influenza e capacitar, em primeiro lugar, os profissionais de  
1011 vigilância sanitária epidemiológica para serem multiplicadores. Também afirmou que o processo de  
1012 preparação para entrada de uma pandemia de influenza no país estava lento e a resposta à população  
1013 poderia não ser suficiente. Nessa ótica, reiterou a necessidade de ampliar a vacinação contra a influenza  
1014 para toda a população e trabalhar com o pessoal dos locais por onde as aves migratórias entrariam no  
1015 país. Por fim, enfatizou a importância de investir na capacitação em rede para os trabalhadores do SUS.  
1016 Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra para respostas. O Secretário de Vigilância em Saúde  
1017 (SVS/MS), **Expedito Luna**, diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica/MS, iniciou afirmando  
1018 que nenhum país estava preparado para uma pandemia de influenza e que, mesmo com a maior  
1019 preparação, haveria lacunas em relação a questões não pensadas e comportamentos que ocorreram de  
1020 forma diferente do previsto. Para ilustrar, citou o caso do Canadá, em 2003, com a ocorrência da  
1021 Síndrome Respiratória Aguda Grave. Disse que o país era conhecido por ter o melhor sistema público de  
1022 saúde do mundo e foi vítima da falta da coordenação e incapacidade de reagir diante de uma ameaça  
1023 concreta. Com isso, o país repensou a sua estrutura, com criação de novos órgãos. Nessa ótica,  
1024 salientou que havia grande esforço diante da situação concreta do Brasil, especialmente do Ministério da  
1025 Saúde e dos atores das esferas estaduais e municipais. Considerou que era papel do Estado assumir  
1026 essa questão, contudo, avaliou que a representação da sociedade civil, com seu poder de mobilização,  
1027 poderia pressionar os gestores a se envolverem com a questão. Além disso, destacou que, desde  
1028 agosto de 2005, foram tomadas várias iniciativas, envolvendo representações da vigilância  
1029 epidemiológica dos estados, da vigilância sanitária dos estados, municípios e capitais, laboratórios  
1030 centrais de saúde pública, área da atenção básica, da atenção especializada e a expectativa era de  
1031 mobilizações nesse sentido nos estados e municípios. Em relação à vacina, explicou que duas eram  
1032 produzidas por ano no mundo, a do hemisfério norte e a do sul. Em 2005, foram produzidas  
1033 aproximadamente 300 milhões de doses em todo o mundo, sendo 260 milhões da vacina do hemisfério  
1034 norte e 30 milhões do hemisfério sul. Desses 30 milhões, o Brasil adquiriu 19 milhões, tornando-se o  
1035 maior consumidor da vacina do hemisfério sul e o com maior programa público de vacinação contra a  
1036 gripe. Dessa forma, afirmou que, no momento, a disponibilidade desse imunobiológico era limitada.  
1037 Explicou que a capacidade inicial de produção da fábrica do Butantan seria de 19 milhões de doses por  
1038 ano, podendo dinamizar esse processo para aumentar esse percentual. Além disso, informou que o  
1039 Instituto Butantan e outros institutos estavam investigando a possibilidade de utilização de adjuvante, ou  
1040 seja, uma substância dentro da vacina que potencializa a resposta imune, possibilitando a vacinação,  
1041 com quantidade menor do antígeno, de um número maior de pessoas. Disse que também estava sendo  
1042 testada a produção da vacina em cultura de células, o que acabaria com o problema de suprimento da  
1043 vacina. Ressaltou que apesar da situação do país ser delicada, dentre os países com mesmo nível de  
1044 desenvolvimento, o Brasil era o único que possuía projeto nessa área. Assim, os países da América  
1045 Latina tinham a expectativa de que o Brasil suprisse a demanda deles. Diante desse cenário, ressaltou  
1046 que certamente em 2006 e 2007 não seria possível ampliar a vacinação de rotina para toda população.  
1047 Assim, seriam vacinados a população idosa, os profissionais de saúde e grupos populacionais especiais  
1048 (indígenas, carcerária, pessoas com determinados tipos de patologias, transplantados, candidatos a  
1049 transplantes etc). Informou ainda que a produção da vacina era feita a cada seis, conforme a

1050 composição definida pela Organização Mundial de Saúde, em virtude da mutabilidade do vírus da gripe.  
1051 Reconheceu que a comunicação sobre a influenza apresentava falha e o plano de comunicação do  
1052 governo sobre a influenza, que certamente contemplava spot de rádios, ainda não havia se concretizado.  
1053 Explicou que o setor da agricultura estava voltado à grande produção avícola e os relatos de  
1054 profissionais que trabalham na área é que estava segura. Ressaltou que o Ministério do  
1055 Desenvolvimento Agrário incorporou-se ao grupo interministerial do Ministério da Saúde e foram  
1056 iniciadas atividades educativas para os pequenos produtores, utilizando a rede de televisão que chegava  
1057 a assentamentos. Enfatizou que seria necessário treinar e disponibilizar equipamentos de biossegurança  
1058 aos trabalhadores de avicultura que seriam os responsáveis, por exemplo, por sacrificar as aves no caso  
1059 de ser identificado caso de gripe aviária. Também concordou com a necessidade de capacitar todos os  
1060 profissionais de saúde para o enfrentamento da influenza. Disse ainda que um percentual do recurso do  
1061 plano seria destinado à aquisição de equipamentos de biossegurança. Informou que não foi discutida a  
1062 questão da remuneração compensatória para profissionais de saúde e disse que a sugestão de trabalho  
1063 com as farmácias poderia ser incorporada ao Plano. Explicou ainda que o monitoramento de aves  
1064 migratórias era uma atribuição legal do Ministério da Agricultura e como tal deveria ser assumida por ele,  
1065 contudo, o Ministério da Saúde iria manter o seu programa de monitoramento de aves. Finalizou  
1066 destacando a necessidade de envolvimento de todas as esferas na preparação para o enfrentamento de  
1067 uma epidemia de influenza, a fim de se garantir a implementação das ações propostas. Conselheiro **Eni**  
1068 **Carajá Filho** agradeceu a exposição e os esclarecimentos do Secretário de Vigilância em Saúde  
1069 (SVS/MS) e destacou que esse tema seria um ponto permanente da pauta do CNS. Diante da  
1070 discussão, o Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou o seguinte encaminhamento: que o  
1071 Ministério da Saúde, junto com os demais atores envolvidos nesse debate, presente, na próxima  
1072 reunião do CNS, programa de comunicação voltada à população e projeto de capacitação. Conselheiro  
1073 **Volmir Raimondi** destacou a necessidade de envolver outros setores no projeto, inclusive o IBAMA, que  
1074 poderia contribuir no monitoramento de aves migratórias. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**  
1075 solicitou ao Secretário de Vigilância em Saúde (SVS/MS) que, na próxima reunião do CNS, além do  
1076 programa de comunicação voltada à população e projeto de capacitação, fosse feita apresentação sobre  
1077 as dificuldades da SVS/MS para o bloqueio e controle da influenza no Brasil. Também sugeriu que fosse  
1078 feita explanação sobre o estoque disponível da vacina, visando à ampliação dos grupos a serem  
1079 vacinados. Por fim, propôs o envolvimento das Universidades, Faculdades e cursos de formação das  
1080 áreas de saúde pública nesse processo de capacitação. O Secretário de Vigilância em Saúde (SVS/MS),  
1081 **Expedito Luna**, diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica/MS, retomou a palavra para  
1082 responder, de imediato, às perguntas da Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**. Disse que a  
1083 capacidade de produção do Brasil era de 19 milhões de doses e que a principal dificuldade nesse  
1084 processo era a falta de cultura brasileira de se programar para algo que poderia acontecer ou não. Com  
1085 relação à SVS/MS, ressaltou que a sua equipe estava sendo recomposta e que a capacidade de  
1086 contratação de pessoal no Ministério da Saúde era cada vez mais limitada. Conselheiro **Eni Carajá Filho**  
1087 agradeceu os esclarecimentos do Secretário de Vigilância em Saúde (SVS/MS), **Expedito Luna**, e  
1088 encerrou a discussão do item. De imediato, passou ao último item da pauta. **ITEM 7 – ELIMINAÇÃO DA**  
1089 **HANSENÍASE** – Conselheiro **Eni Carajá Filho** convidou a Coordenadora do Programa Nacional de  
1090 Eliminação da Hanseníase/MS, **Rosa Castália**, para apresentação de informe sobre o Programa  
1091 Nacional de Eliminação da Hanseníase. A Coordenadora do Programa Nacional de Eliminação da  
1092 Hanseníase/MS iniciou a sua apresentação, destacando que o Programa, definido como uma das  
1093 prioridades de gestão do Ministério da Saúde, visava eliminar a hanseníase como problema de saúde  
1094 pública, alcançando o percentual de um caso para 10 mil habitantes. Para isso, disse que foram  
1095 adotadas as seguintes linhas de base para eliminação da hanseníase: criação de sistema de informação;  
1096 promoção do diagnóstico precoce; tratamento oportuno com esquemas PQT, conforme preconizado pela  
1097 OMS; cobertura de serviços de atenção primária (garantia de atenção integral da equipe de Saúde da  
1098 Família até a reabilitação – publicação das Portarias 587 e 1.065, de 2005, que instituem a  
1099 responsabilidade da organização da rede para atendimento integral do paciente); e prevenção de  
1100 incapacidades e reabilitação. Seguindo, destacou os principais problemas identificados para eliminação  
1101 da hanseníase, sendo: exame de contatos não sistematizado; incidência em crianças menores de 15  
1102 anos; descoberta de casos com grau avançado de incapacidade, indicando diagnóstico tardio; falta de  
1103 consolidação da rede básica de saúde; esquemas terapêuticos prolongados; diagnóstico, manejo dos  
1104 episódios reacionais e recidivas sem confirmação laboratorial; migração e deslocamentos em busca de  
1105 assistência médica; prevenção de incapacidades não rotineira; e rede de referência em reabilitação não  
1106 estruturada - infra-estrutura, contra-referência, equipe especializada e equipamentos de medicina física.  
1107 Na sequência, destacou quadro de prevalência e detecção da hanseníase no Brasil (ano base: 2005).  
1108 Destacou que, em 2005, havia 27.313 casos em curso de tratamento, o que resultava no coeficiente de  
1109 1,48 casos para 10 mil habitantes. Ou seja, apesar de diminuição do número casos, o Brasil não atingiu  
1110 a meta de eliminação da hanseníase de menos de caso para 10 mil habitantes. Em relação aos casos  
1111 novos diagnosticados, destacou que, em 2005, foram detectados 38.410 casos, com coeficiente de 2,09

casos para cada 10 mil habitantes. Destacou que a Região Norte apresentou as maiores taxas de prevalência e de detecção e que os Estados do Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins apresentavam maior número de casos de hanseníase. Além disso, ressaltou que a Região Nordeste foi a única a apresentar crescimento de casos novos nos últimos anos. Detalhou ainda que as Regiões Sul e Sudeste atingiram as taxas de eliminação. Ressaltou que a Região Centro-Oeste era a segunda com as mais altas taxas de detecção, por conta do Mato Grosso que apresentava a mais alta taxa de prevalência do país, em torno de oito casos para 10 mil habitantes. Na Região Nordeste, destacou o Estado do Maranhão que apresentava altas taxas e grande ocorrência de casos em crianças. Ressaltou que o Brasil teria patamares mais aceitáveis do ponto de vista epidemiológico com a diminuição do número de casos nos Estados de Rondônia, Pará, Mato Grosso, Tocantins e Maranhão. Além disso, salientou que o país possuía nível médio de magnitude em termos de prevalência, mas apresentava nível muito alto em termos de detecção de casos novos. Ressaltou que as Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, nessa ordem, apresentavam maior estágio de prevalência e detecção. Explicou que, em 2005, dos 38.410 casos novos detectados, 3.259 referiam-se a menores de 15 anos, o que demonstrava a precariedade do exame de contato e a necessidade de fortalecimento da vigilância epidemiológica. Em relação ao nível de eliminação por Unidade Federada, segundo o coeficiente de prevalência, explicou que oito Estados apresentavam menos de um caso para 10 mil habitantes (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Alagoas, Rio Grande do Norte e Distrito Federal); sete Estados apresentavam dois casos para cada 10 mil habitantes (Amazonas, Ceará, Paraíba, Sergipe, Bahia, Paraná, Mato Grosso do Sul), entre dois e três casos, seis Estados (Acre, Amapá, Piauí, Pernambuco, Espírito Santo e Goiás), entre quatro e cinco casos, dois Estados (Roraima e Pará); entre cinco e seis, três estados (Rondônia, Tocantins, Maranhão); e entre oito e dez casos, um Estado (Mato Grosso). Finalizou a sua apresentação destacando os principais avanços dos últimos dois anos, a saber: organização do sistema de informação e dados; consolidação da expansão da rede de atenção básica – 41,06% em 2005; estruturação dos serviços de média e alta complexidade; informação científica por educação e atualização continuadas; distribuição equitativa e garantida da PQT; e elaboração de Plano 2006-2010, lançado no Seminário de Avaliação do PNEH, em março de 2006. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Eni Carajá Filho** agradeceu a Coordenadora do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase/MS, pela apresentação e sugeriu que o Plenário delegasse à Comissão de Eliminação da Hanseníase a elaboração de parecer sobre os dados apresentados. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que as congregações religiosas fossem envolvidas nas ações voltadas à eliminação da hanseníase. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** lamentou o esvaziamento do Plenário dada a gravidade do problema e sugeriu que o CNS recomendasse aos conselhos de saúde dos estados que apresentavam altas taxas e grande ocorrência de casos ações mais efetivas visando atingir a meta de eliminação da hanseníase. Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs que o Plenário elaborasse moção de apoio à iniciativa da Deputada Estadual/MG, **Maria Tereza Lara**, que pela Lei nº. 15.439, de 11 de janeiro de 2005 e o Decreto nº. 44.269, de 30 de março de 2006, regulamentou e institui a Política Estadual de Educação Preventiva contra a Hanseníase e de Combate ao Preconceito no Estado contra as pessoas atingidas pela Hanseníase. **Após essas considerações, o Plenário aprovou os seguintes encaminhamentos: indicar a Conselheira Maria Leda de R. Dantas para participar do fórum global da Organização Mundial da Saúde onde será discutida a situação da hanseníase; e elaborar moção de apoio à iniciativa da Deputada Estadual/MG, Maria Tereza Lara, pela aprovação da Lei nº. 15.439/05 e do Decreto nº. 44.269/06.** Nada mais havendo a tratar, os trabalhos do primeiro dia de reunião foram encerrados. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no período da tarde: **Titulares** - **Antônio Alves de Souza, Domingos Lino, Eni Carajá Filho, Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Francisco Schiavon, José Luiz Gomes do Amaral, Luiz Augusto A. Martins, Paulo César Augusto de Souza, Rômulo Maciel Filho, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi e Zilda Arns Neumann.** **Suplentes** – **Ciro Mortella, Clóvis Adalberto Boufleur, Maria Irene Monteiro Magalhães, Noemy Yamaguishi Tomita e Tânia di Giacomo do Lago.** **ITEM 8 – MOBILIZAÇÃO EM FAVOR DA REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 29 NO CONGRESSO NACIONAL** - No dia 5 de abril de 2006, quarta-feira, o Conselho Nacional de Saúde realizou ato pela regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29, no Congresso Nacional. A mobilização contou com a presença de entidades e movimentos sociais ligados ao setor saúde e teve o apoio de parlamentares de vários partidos. Em resposta ao movimento, o presidente da Câmara dos Deputados, Deputado **Aldo Rebelo**, comprometeu-se a incluir a votação do Projeto de Lei Complementar nº. 01/03, do Deputado Roberto Gouveia, que regulamenta a EC nº. 29, na Ordem do Dia da próxima terça-feira, dia 11 de abril de 2006. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou os trabalhos do terceiro dia de reunião, com o item 11 da pauta. **ITEM 11 - TELECONFERÊNCIA “GENTE QUE FAZ SAÚDE”** – A Secretaria-Executiva do CNS lembrou que a teleconferência ocorreria no período da tarde daquele dia (no dia 6 de abril de 2006), em comemoração à Semana Nacional de Comemoração ao Dia Mundial da Saúde. Assim, o Plenário teria que indicar dois

1174 conselheiros do CNS, um para coordenar a teleconferência e outro para fazer exposição sobre o tema  
1175 "gente que faz saúde". **O Plenário referendou os nomes das Conselheiras Zilda Arns Neumann e**  
1176 **Solange Gonçalves Belchior para, respectivamente, coordenar e fazer exposição na**  
1177 **teleconferência.** Na seqüência, o Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** retomou a questão da execução  
1178 orçamentária do Ministério da Saúde 2005 para deliberação. A propósito, apresentou a seguinte  
1179 proposta da COFIN/CNS: aprovar a execução orçamentária e fazer o acompanhamento dos itens  
1180 destacados. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o Plenário aprovasse a execução orçamentária  
1181 do Ministério da Saúde 2005, com ressalvas. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** reapresentou a  
1182 proposta de a COFIN/CNS apresentar a análise da execução orçamentária mensalmente ao Plenário do  
1183 CNS para que se pudesse corrigir eventuais problemas relativos à execução de programas e ações do  
1184 Ministério da Saúde. Conselheira **Zilda Arns Neumann** reiterou a proposta de análise mensal da  
1185 execução orçamentária, garantindo-se a presença dos responsáveis pelas áreas com baixa execução  
1186 orçamentária para explicitar os motivos da execução inadequada. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**  
1187 informou que os itens apontados como ressalvas à execução orçamentária do Ministério da Saúde em  
1188 2005 seriam incluídos no próximo relatório da COFIN/CNS. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que os  
1189 itens destacados como ressalvas fossem encaminhados às áreas técnicas responsáveis a fim de serem  
1190 apresentadas justificativas na próxima reunião do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane**  
1191 **Aparecida da Cruz**, informou que todas as áreas técnicas foram comunicadas em tempo hábil para que  
1192 respondessem à COFIN/CNS sobre a baixa execução orçamentária, contudo, nem todas o fizeram.  
1193 Conselheira **Nildes de Oliveira** sugeriu que o CNS solicitasse às áreas técnicas responsáveis respostas  
1194 mais ágeis para as ressalvas. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que o Plenário  
1195 recomendasse ao Ministério da Saúde a convocação dos coordenadores e responsáveis pelas áreas  
1196 técnicas com baixa execução orçamentária para participarem das reuniões do CNS. Feitas essas  
1197 considerações, a Secretária-Executiva do CNS perguntou se havia posição contrária ao  
1198 encaminhamento do Conselheiro **Eni Carajá Filho** de aprovar a execução orçamentária do Ministério da  
1199 Saúde com ressalvas. Conselheiro **José Luiz Gomes do Amaral** disse que não se sentia seguro para  
1200 manifestar-se sobre a execução orçamentária, visto que tomou conhecimento do relatório da  
1201 COFIN/CNS somente no início da reunião. Nesse sentido, solicitou que os documentos a serem  
1202 deliberados nas reuniões fossem enviados com antecedência aos conselheiros. De toda forma, não se  
1203 manifestou contrário ao encaminhamento proposto. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida**  
1204 **da Cruz**, explicou que muitas vezes não era possível enviar com antecedência aos conselheiros os  
1205 documentos que seriam discutidos na reunião porque não havia tempo hábil. De toda forma, destacou  
1206 que levaria a solicitação à CCG que estudaria uma forma de atendê-la. **Feito esse esclarecimento,**  
1207 **colocou em votação o encaminhamento: aprovar a execução orçamentária de 2005 do Ministério**  
1208 **da Saúde. Dos 23 conselheiros presentes, 22 manifestaram-se favoráveis à aprovação da**  
1209 **execução orçamentária de 2005 do Ministério da Saúde, com ressalvas e um absteve-se da**  
1210 **votação (Conselheiro José Luiz Gomes do Amaral).** Após a votação, a Secretária-Executiva do CNS,  
1211 **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que seriam distribuídos aos conselheiros os documentos enviados  
1212 às áreas técnicas do Ministério da Saúde, com as ressalvas destacadas. Assim, sugeriu que na próxima  
1213 reunião do CNS o Plenário iniciasse a discussão pelas ressalvas à execução orçamentária de 2005 do  
1214 Ministério da Saúde. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou que o Plenário também deveria  
1215 manifestar-se sobre a proposta do Conselheiro **Antônio Alves de Souza** de a análise da execução  
1216 orçamentária ser apresentada mensalmente ao Plenário do CNS. A Secretária-Executiva do CNS,  
1217 **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que, no primeiro dia de reunião, o Plenário do CNS deliberou por  
1218 recomendar à COFIN/CNS a redefinição da metodologia de apreciação da execução orçamentária, a  
1219 partir da proposta de módulos de estudos para conselheiros. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que a  
1220 Secretária-Executiva do CNS entrasse em contato com os conselheiros para confirmar o recebimento  
1221 dos documentos que seriam tratados nas reuniões do CNS. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou ao  
1222 Conselheiro **Antônio Alves de Souza** que, na condição de representante do Ministério da Saúde,  
1223 reiterasse o pedido para que as áreas técnicas do Ministério da Saúde respondessem às solicitações do  
1224 CNS. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** disse que vinha desempenhando esse papel e que no mês  
1225 anterior enviou comunicado aos secretários e coordenadores das áreas do Ministério da Saúde,  
1226 solicitando que os mesmos participassem do debate sobre a execução orçamentária. Além disso,  
1227 chamou a atenção para a ausência de representações importantes nos debates do CNS e destacou que  
1228 o acompanhamento mensal da execução orçamentária do Ministério da Saúde permitiria inclusive que  
1229 na proposta orçamentária não fosse disponibilizado mais recurso para as áreas que não executassem  
1230 adequadamente o orçamento do ano anterior. Por fim, reiterou que continuaria fazendo esforços para  
1231 garantir a presença dos secretários do Ministério da Saúde nas reuniões do CNS para responder aos  
1232 questionamentos do Plenário. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** destacou a necessidade de os  
1233 conselheiros titulares, na impossibilidade de participação nas reuniões do CNS, comunicarem os  
1234 suplentes, a fim de garantir a presença de todas as representações e o quorum necessário para  
1235 deliberação. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que, na sua próxima

1236 reunião, a COFIN/CNS definiria dinâmica para debater a análise da execução orçamentária do Ministério  
1237 da Saúde. Definido esse ponto, foi retomada a discussão do item 8. **ITEM 9 - RELATÓRIO DA CCG**  
1238 **PARA ANÁLISE E DELIBERAÇÕES E INFORMES E INDICAÇÕES** – A Secretaria-Executiva do CNS  
1239 concluiu a apresentação do expediente e fez a leitura dos itens que precisavam de indicação do  
1240 Plenário. Devido à exigüidade de temo, não foi feita a leitura dos informes. *Expediente: 1) O Conselho*  
1241 *Municipal de Saúde de Goiânia/Go solicitou que o CNS se mobilizasse nacionalmente para discussão do*  
1242 *Projeto de Lei nº. 25/00, que regula o Ato Médico. 2) Fórum Social Brasileiro. A inscrição da oficina*  
1243 *deverá ser feita até dia 10 de abril de 2006. O Plenário deve definir o tema e o número de participantes.*  
1244 *Valor da oficina R\$ 50,00 e participantes R\$ 10,00. Os segmentos deverão apresentar as indicações à*  
1245 *Secretaria-Executiva do CNS. 3) Acampamento humanitário na Colômbia em Favor do Direito à Saúde.*  
1246 *Encaminhamentos: a) gravação de vídeo durante a III Conferência de Gestão do Trabalho e da*  
1247 *Educação na Saúde para enviar à comissão organizadora do evento; b) solicitação de encaminhamento*  
1248 *de documento à Embaixada da Colômbia em solidariedade ao evento; c) solicitação de mobilização em*  
1249 *frente a embaixada da Colômbia no dia 28 de abril de 2006; e d) pronunciamento sobre a atividade*  
1250 *durante o Fórum Social Brasileiro. Sobre esse tema, o Plenário decidiu: encaminhar moção do CNS*  
1251 *de apoio à atividade (responsáveis pela elaboração: Eliane Aparecida da Cruz e Verbena Melo).* 4)  
1252 Utilização dos veículos oficiais e terceirizados no âmbito do Ministério da Saúde - Circular do Ministério  
1253 da Saúde informando sobre as condições para utilização do serviço de transporte do Ministério da Saúde  
1254 - Instrução Normativa IN/MARE nº. 09/94 e Portaria GM/MS nº. 2.111/03. Conselheira **Graciara Matos**  
1255 **de Azevedo** reiterou o pedido de disponibilização de carro do Ministério da Saúde adaptado para as  
1256 pessoas com deficiência física. 5) Carta assinada pela Plenária Municipal de Saúde do Trabalhador de  
1257 São Paulo, Associação dos Expostos Intoxicados por Mercúrio Metálico e Associação de Combate aos  
1258 POPs, solicitando providências em relação à ocorrência de fato grave relacionado ao atendimento de  
1259 saúde prestado à população do Município de Bacabal/MA. *Indicações: 1) Oficina Nacional de*  
1260 *“Identificação dos Pontos Fundamentais para a Implementação do Regulamento Sanitário Internacional*  
1261 *2005 (RSI 2005)”. O Subgrupo de Trabalho nº. 11 “Saúde” Mercosul solicitou a indicação de um*  
1262 *representante do CNS para participar de oficina, que se realizará no dia 12 de abril de 2006, das 9h às*  
1263 *18h, em Brasília/DF. Não houve indicação. 2) O Conselho Municipal de Goiânia convidou o CNS para*  
1264 *participar da 91ª Reunião Ordinária e solicitou indicação de representantes para tratar sobre gastos*  
1265 *permitidos com o recurso da Emenda Constitucional nº. 29 e apreciação de convênios na administração*  
1266 *municipal, que se realizará no dia 26 de abril de 2006 em Goiânia/GO. 3) Comissão sobre Determinantes*  
1267 *Sociais da Saúde. O Gabinete do Ministro da Saúde solicitou a indicação de um representante para*  
1268 *compor Grupo de Trabalho da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. O Plenário*  
1269 **decidiu não indicar representante, atendendo à decisão anterior de não participar de grupos**  
1270 **consultivos do Ministério da Saúde e solicitar os relatórios das reuniões da comissão a serem**  
1271 **encaminhados para análise das comissões do CNS.** 4) Ano dos Trabalhadores da Saúde. Conforme  
1272 a Portaria nº. 338, de 17 de fevereiro de 2006, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na  
1273 Saúde solicitou a indicação de dois trabalhadores, dois usuários e um prestador privado para compor o  
1274 Comitê Consultivo e a Comissão Organizadora do “Ano dos Trabalhadores da Saúde”. **Os segmentos**  
1275 **deverão apresentar as indicações para a Secretaria-Executiva do CNS.** 5) Comissão Nacional de  
1276 DST e AIDS (CNAIDS) solicitou a indicação de um representante dos usuários (ONGs AIDS) para  
1277 compor a CNAIDS. **O Plenário decidiu não indicar representante, atendendo à decisão anterior de**  
1278 **não participar de grupos consultivos do Ministério da Saúde.** 6) A Assembléia Legislativa do Estado  
1279 de São Paulo realizou ato comemorativo da Semana Estadual de Saúde, no dia 4 de abril e convidou o  
1280 CNS para instalação do Fórum Suprapartidário em Defesa do SUS e da Seguridade Social, no dia 25 de  
1281 abril, às 9 horas, em São Paulo. 7) Portaria Interministerial nº. 562/2003, que institui a recomposição da  
1282 Comissão Interinstitucional dos Hospitais de Ensino. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS)  
1283 solicitou indicação de dois representantes para compor a Comissão e um representante para compor  
1284 Subgrupo de Gestão, Certificação, Investimento e Gestão de Pessoas. *Não houve indicação.* 8) A  
1285 Confederação Nacional das Associações de Moradores, em parceria com o Ministério da Saúde,  
1286 realizará nos dias 18 e 19 de abril de 2006, no Município de Olinda, em Pernambuco, a “Oficina  
1287 Nacional de Qualificação de Lideranças Comunitárias em Controle Social no SUS em Saneamento  
1288 Ambiental” e solicitou a indicação de conselheiro (segmento dos usuários ou de trabalhadores da saúde)  
1289 para participar dos painéis “Históricos e desafios na implementação do SUS” e “O papel do movimento  
1290 comunitário no Controle Social”. 9) Dia Internacional em Memória dos Trabalhadores Vitimados por  
1291 Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho - 28 de abril. Concluída a apresentação do expediente e  
1292 das indicações, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, retomou a discussão da  
1293 Portaria nº. 358, de 22 de fevereiro de 2006. Explicou que a nova versão da Portaria nº. 358/06,  
1294 distribuída aos conselheiros, apresentava alteração nos seguintes itens: artigo 2º; artigo 11 – inciso VII; e  
1295 artigo 13. Antes de abrir a discussão, o Conselheiro **Luiz Francisco Schiavon** solicitou vistas à Portaria,  
1296 justificando que os prestadores de serviços precisariam discutir melhor o mérito da mesma. A Secretaria-  
1297 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que o Plenário, no primeiro dia de reunião,

1298 decidiu que aprovaria as diretrizes para a Portaria nº. 358/06, visto que o Ministério da Saúde debateria a  
1299 mesma com outros atores e definiu que, caso houvesse concordância com a proposição do CNS, a  
1300 Portaria seguiria o trâmite para a republicação, por outro lado, se houvesse discordância, deveria voltar  
1301 ao Plenário do CNS para discussão. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que, no primeiro dia  
1302 de reunião, defendeu que o Plenário se manifestasse a respeito das diretrizes e do teor da Portaria nº.  
1303 358/06 e a representação do Ministério da Saúde disse que não haveria problemas quanto a isso. Além  
1304 disso, destacou que a nova proposta da Portaria contemplava quase todas as preocupações levantadas  
1305 pelo Plenário no primeiro dia de reunião. Ressaltou que a Portaria era importante e respeitava a  
1306 legislação do SUS, contudo, a contratação majoritária do serviço privado conveniado em detrimento da  
1307 ampliação do serviço público estatal causava a inversão da lógica do Sistema Único de Saúde.  
1308 Preocupado com essa situação, disse que propôs a inclusão de § 3º no artigo 2º nos seguintes termos:  
1309 “O gestor submeterá ao respectivo conselho de saúde projeto que contemple a ampliação em prazo  
1310 determinado da oferta de serviços no setor público em substituição à demanda contratada conveniada  
1311 do setor privado”. Explicou que os representantes do Ministério da Saúde não concordaram com essa  
1312 proposta por entenderem que isso implicaria em aumento de despesas e a Portaria não poderia  
1313 explicitar isso. Por não concordar com essa posição, defendeu a proposta de inclusão de § 3º no artigo  
1314 2º com a redação proposta. **Diante do pedido de vistas, a matéria não foi colocada em discussão.**  
1315 Posteriormente, o Conselheiro **Eni Carajá Filho** também pediu vistas à matéria. Assim, conforme o  
1316 **Regimento Interno do CNS**, a matéria deverá retornar na próxima reunião e os Conselheiros **José**  
1317 **Francisco Schiavon** e **Eni Carajá Filho** deverão encaminhar proposta alternativa, no prazo de vinte  
1318 dias, à Secretaria-Executiva do CNS, a ser apreciada na ocasião. Definido esse ponto, a Secretaria-  
1319 Executiva do CNS abriu a palavra para considerações sobre as atividades em prol da regulamentação  
1320 da EC nº. 29. Conselheiro **José Veloso Soto Júnior** lembrou que o presidente da Câmara dos  
1321 Deputados, deputado **Aldo Rebelo**, em resposta à mobilização do CNS no dia anterior, 5 de abril de  
1322 2006, comprometeu-se a incluir a votação do Projeto de Lei Complementar nº. 01/03, que regulamenta a  
1323 EC nº. 29, na ordem do dia da próxima terça-feira, dia 11 de abril de 2006. Diante disso, apresentou a  
1324 sugestão de definir grupo do CNS para ficar em vigília até terça-feira a fim de garantir a inclusão da  
1325 matéria na ordem do dia. Conselheira **Francisca Valda da Silva** também enfatizou a necessidade de o  
1326 Plenário do CNS manifestar-se sobre a necessidade de aprovação, em caráter de urgência, do  
1327 orçamento da saúde 2006. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sugeriu que fosse incluído informe na  
1328 página do CNS sobre a mobilização do CNS no dia anterior, com foto, informando que o Deputado **Aldo**  
1329 **Rebelo**, comprometeu-se a incluir a votação do Projeto de Lei Complementar nº. 01/03, na ordem do dia  
1330 da próxima terça-feira e que o CNS faria vigília até esse dia para garantir que isso ocorresse. A  
1331 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que já havia sido incluído informativo  
1332 na página do CNS sobre a mobilização, inclusive com foto. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**  
1333 apresentou a sugestão de convocar coletiva de imprensa, na terça-feira, para tratar sobre a  
1334 regulamentação da EC nº. 29. Conselheiro **José Cláudio dos Santos** destacou que não seria possível  
1335 realizar vigília no Congresso, visto que não havia tempo hábil para mobilizar público para essa atividade.  
1336 Conselheiro **José Veloso Soto Júnior** propôs que, na impossibilidade de realizar vigília, fosse incluída  
1337 matéria na página do CNS sobre a mobilização do CNS no dia anterior, enfatizando o comprometimento  
1338 do Deputado **Aldo Rebelo** de incluir a votação do Projeto de Lei Complementar nº. 001/03, na ordem do  
1339 dia da próxima terça-feira. Além disso, destacou que seria importante definir grupo do CNS para articular  
1340 com o deputado **Roberto Gouveia** e a Frente Parlamentar da Saúde a fim de garantir que o PL nº.  
1341 001/03 fosse incluído dentre as prioridades a serem tratadas. Tendo em vista a presença dos  
1342 convidados para o próximo ponto da pauta, o Plenário decidiu suspender a discussão sobre os  
1343 encaminhamentos relativos à EC nº. 29 e iniciar o debate do item 10. **ITEM 10 – PROGRAMA**  
1344 **NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE - PRÓ-SAÚDE** – A  
1345 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou o Secretário  
1346 de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, **Francisco Eduardo de Campos**, para apresentação  
1347 do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O Secretário  
1348 de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, **Francisco Eduardo de Campos**, iniciou a sua  
1349 apresentação cumprimentando os conselheiros e agradecendo a oportunidade. Explicou que o Pró-  
1350 Saúde representava o de mais avançado que os gestores da saúde, junto com o Ministério da Saúde,  
1351 poderiam propor em termos de transformação das condições de ensino, visto que visava incentivar  
1352 transformações do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à  
1353 população para abordagem integral do processo de saúde-doença. Destacou que a Organização  
1354 Mundial de Saúde iniciou reflexão sobre relevância social ou excelência técnica e, no Brasil, a opção  
1355 pelo SUS, que é ao mesmo tempo universal e equânime, na prática, significava que o país entendia que  
1356 a relevância social e a excelência técnica deveriam ser priorizadas na formação profissional. Assim, o  
1357 Pró-Saúde vinha na direção de buscar formação na saúde que considerasse esses dois eixos -  
1358 relevância social e a excelência técnica. Ressaltou que a sintonia entre a formação profissional e o SUS  
1359 podia aprimorar a qualidade dos serviços prestados de forma mais humana e integral e representar, em

1360 médio prazo, redução de custos por evitar exames e tratamentos desnecessários. Explicou que, naquele  
1361 momento, havia um impasse no SUS, visto que a formação dos profissionais de saúde era feita com  
1362 base em modelo de prestação de serviço de saúde centrado na doença e no atendimento hospitalar que  
1363 ia de encontro ao modelo integral que se buscava. Assim, o Pró-Saúde foi elaborado na perspectiva de  
1364 aproximar a formação da graduação do país às necessidades da atenção básica, que, no Brasil, se  
1365 traduziam pela Estratégia de Saúde da Família. Nessa lógica, o Projeto considerou inicialmente três  
1366 cursos – Medicina, Enfermagem e Odontologia – cujos egressos faziam parte da estratégia da Saúde da  
1367 Família no Brasil. Destacou que o problema na capacitação de pessoal impedia, por exemplo, a  
1368 expansão das equipes do Programa de Saúde da Família (de 26 para 40 mil). Seguindo, explicou que o  
1369 Pró-Saúde tinha por base matéria aprovada pelo CNS, atendendo, por exemplo, a NOB-RH que definia,  
1370 nas atribuições e responsabilidades dos gestores de saúde municipais, estaduais e federal e do  
1371 Ministério da Educação sobre a política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, que cabia aos  
1372 gestores do SUS das três esferas de gestão: favorecer a mudança dos currículos universitários; buscar,  
1373 junto às instituições de ensino, a revisão e a avaliação dos currículos dos cursos da área da Saúde,  
1374 fundamentando-os na articulação ensino-serviço. Acrescentou ainda que a NOB-RH definia que cabia ao  
1375 gestor federal do SUS, além de ordenar a formação dos trabalhadores para o setor Saúde, juntamente  
1376 com o Ministério da Educação, criar mecanismos para implementação de estágio obrigatório nos  
1377 serviços de saúde do SUS. Também informou que a Portaria Interministerial nº. 2.118, de 3 de novembro  
1378 de 2005, estabeleceu a cooperação técnica entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde,  
1379 envolvendo SESu, SETEC, INEP e SGTES, para definição de política voltada à mudança na graduação.  
1380 Nesse sentido, apresentou estratégias articuladas para mudança na formação, a saber: motivação dos  
1381 estudantes para mudança por meio do VER-SUS; suporte técnico ampliado: criação de ativadores e  
1382 multiplicadores do processo; criação de ambiente nacional para discussão a partir do FNEPAS; e apoio à  
1383 mudança institucional, por meio do Pró-Saúde. Detalhou que, na graduação, eram realizadas oficinas de  
1384 trabalho entre Ministério da Saúde/SGTES e Ministério da Educação/INEP para formular a capacitação  
1385 de docentes avaliadores da educação superior em saúde considerando as Diretrizes Curriculares  
1386 Nacionais (DNCs) e os princípios do SUS. Além disso, o Ministério da Saúde/SGTES, em parceria com a  
1387 OPAS e FNPAS, estava desenvolvendo projeto para formular a capacitação dos coordenadores de  
1388 cursos e docentes da educação superior com vistas a implementar as DNCs e promover as mudanças  
1389 necessárias. Disse que a terceira linha de ação referia-se à criação de curso especial em ativação de  
1390 processos de mudanças na formação superior para profissionais de saúde em parceria com a ENSP e a  
1391 Rede Unida, objetivando desencadear e ampliar o pensamento crítico e ações estratégicas para difundir  
1392 e dinamizar mudanças. Explicou que a quarta ação era o Programa de Vivências e estágios na Rede do  
1393 SUS/VER-SUS, em articulação entre Ministério da Saúde e entidades estudantis, para oferecer aos  
1394 universitários vivências e estágios no SUS. Além disso, destacou o Extensão do VER-SUS que consistia  
1395 em um componente deste programa, em parceria do Ministério da Saúde e pró-reitorias universitárias  
1396 para estágios rurais, interprofissionais e vivências em educação popular no SUS. Disse que a quinta  
1397 linha de intervenção era o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
1398 (Pró-Saúde), elaborado e normatizado pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde visando  
1399 integrar a escola ao serviço público para atender necessidades concretas da população na formação de  
1400 pessoal, produção de conhecimento e prestação de serviços de saúde. Ressaltou que o Pró-Saúde não  
1401 era um programa isolado, visto que se incluía no contexto de iniciativas visando potencializar a mudança  
1402 na graduação. Destacou ainda que, para estimular as escolas a definirem projeto de mudança, foram  
1403 considerados três eixos: estímulo inicial; “saber fazer”; e recurso. Explicou que 190 escolas  
1404 apresentaram proposta inicial, das quais 183 foram avaliadas e 111 classificadas (38 de medicina; 25 de  
1405 odontologia; e 48 de enfermagem). Ressaltou que o Pró-Saúde propunha os seguintes eixos de  
1406 mudança: **1)** mudar práticas restritas ao Hospital Universitário para práticas no Hospital Universitário e  
1407 em Centro de Saúde Escola, buscando práticas na rede municipal e na comunidade; **2)** modificar a  
1408 concepção de saúde baseada em doenças raras para concepção de saúde baseada em doenças  
1409 comuns, visando conceito ampliado de saúde; e **3)** mudar o método de ensino puramente transmissivo  
1410 para introdução de algumas inovações educacionais, buscando estudante capaz de construir  
1411 criticamente o próprio conhecimento. Seguindo, passou a falar sobre os resultados do processo seletivo  
1412 do Pró-Saúde 2005. De início, detalhou a distribuição dos cursos de medicina, enfermagem e  
1413 odontologia por Unidade de Federação e Região do Brasil, registrando a concentração de escolas de  
1414 medicina, enfermagem e odontologia nas Regiões Sudeste e Sul e a escassez nas Regiões Centro-  
1415 Oeste e Nordeste. Informou que enviaram proposta para participar da primeira etapa do Pró-Saúde  
1416 escolas formadoras de opinião, com tradição no país (Universidade Federal de São Paulo, de Minas  
1417 Gerais, de Pernambuco, da Bahia, do Paraná e do Rio Grande do Sul). Em relação aos projetos  
1418 postados, destacou que o maior número foi na área de enfermagem e que as escolas eram  
1419 majoritariamente públicas. Do total dos projetos selecionados, destacou que 77% foram de escolas  
1420 públicas de enfermagem, 71% de escolas públicas de medicina e 68% de escolas públicas de  
1421 odontologia. Ressaltou que os próximos passos seriam atender à enorme pressão das escolas não

1422 selecionadas até incluir todas as que desejasse mudar e ampliar o escopo para as demais profissões  
1423 da área da saúde visando à atenção integral. Finalizando, salientou que a experiência única do SUS  
1424 brasileiro e a Atenção Básica no Brasil ofereciam oportunidade única para mudar o modelo de formação  
1425 das escolas médicas, de enfermagem e de odontologia do país. Concluiu destacando que a Organização  
1426 Mundial da Saúde (*World Health Report*) e a Federação Mundial de Educação Médica (WFME)  
1427 consideravam o Pró-Saúde o mais corajoso exemplo para vincular educação e saúde em curso no  
1428 mundo. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para manifestação dos inscritos para o debate.  
1429 Conselheiro **José Luiz Gomes do Amaral** iniciou a sua fala manifestando o apoio das entidades  
1430 médicas ao Pró-Saúde, destacando, em especial, o fato de ser resultado de trabalho conjunto do  
1431 Ministério da Saúde e da Educação. Disse que a perspectiva de uma nova área de atuação certamente  
1432 modificaria o ensino médico, que era o ponto sob o qual as entidades vinham insistindo ao longo do  
1433 tempo. Destacou que, caso não houvesse um mercado que atraísse os profissionais de saúde para o  
1434 SUS, não haveria nenhuma modificação. Nessa ótica, salientou a necessidade de o Ministério da Saúde  
1435 elaborar projeto de cargos, carreiras e salários que motivasse os diferentes profissionais de saúde a  
1436 trabalharem no Sistema Único de Saúde. Avaliou que o ensino não deveria basear-se somente em  
1437 doenças raras e comuns, mas sim nos processos e nas doenças, visto que a doença de hoje poderia  
1438 não ser a de amanhã. Por fim, chamou a atenção para a necessidade de os Ministérios da Educação e  
1439 da Saúde atuarem conjuntamente no processo de abertura de novos cursos na área da saúde, de forma  
1440 a garantir que os cursos não fossem abertos para atender os interesses do mercado. Conselheiro **José**  
1441 **Cláudio dos Santos** destacou o aspecto inovador do projeto, entretanto, defendeu que o investimento  
1442 fosse voltado apenas às escolas públicas. Também salientou a necessidade de a formação dos  
1443 estudantes universitários ser feita de forma que o paciente não fosse visto apenas como um meio de se  
1444 aprender sobre doenças, mas sim como uma pessoa, com limitações e fragilidades. Além disso, sugeriu  
1445 que estados e municípios fossem envolvidos no processo de discussão sobre a formação dos  
1446 profissionais de saúde. Conselheiro **Paulo César A. de Souza** fez uso da palavra para manifestar  
1447 preocupações em relação ao Pró-Saúde. Avaliou que o Pró-Saúde representava um retrocesso visto  
1448 que, diferente do Programa “Aprender SUS”, que incorporava todas as profissões da área saúde,  
1449 contemplou apenas três profissões. Além disso, ressaltou que era contrário ao investimento de recurso  
1450 público em escolas particulares, uma vez que essas não formavam profissionais para o SUS.  
1451 Conselheiro **Eni Carajá Filho** manifestou o seu apoio ao Pró-Saúde dado o seu objetivo de adequar a  
1452 formação profissional para atender as necessidades da população brasileira. Além disso, destacou que,  
1453 em sua segunda etapa, seriam contemplados outros cursos além de Medicina, Enfermagem e  
1454 Odontologia. Além disso, destacou o fato de o projeto considerar o caráter multiprofissional e  
1455 interdisciplinar do SUS. Conselheira **Maria da Glória Campos da Silva** cumprimentou a SGETS/MS  
1456 pela iniciativa, contudo, registrou a necessidade de o projeto estar aberto a contemplar outros saberes e  
1457 práticas da saúde na formação de profissionais mais adequados à realidade do SUS, garantindo-se a  
1458 atenção integral. Também perguntou qual era a perspectiva de incorporar outras profissões da saúde no  
1459 Pró-Saúde e se alguma escola da Região Norte havia apresentado projeto. Por fim, indagou se o Projeto  
1460 definia alternativas para fixar profissionais de saúde nas áreas rurais. Concluído esse bloco de  
1461 intervenções, foi aberta a palavra ao Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde,  
1462 **Francisco Eduardo de Campos**, para respostas. O Secretário iniciou destacando que a formação  
1463 deveria ser entendida como processo permanente, com foco no processo e não nas doenças. Contudo,  
1464 a perspectiva de saber as doenças comuns e não somente as raras, por si só, já representava um  
1465 avanço. Também concordou que a abertura de novos cursos deveria feita de acordo com a necessidade  
1466 social epidemiológica e não com os interesses do mercado. Disse que, para evitar que pacientes fossem  
1467 utilizados para efeito de demonstração da doença e de experimentações e treinamento, poderiam ser  
1468 utilizados equipamentos de experimentação (manequins e modelos) evitando assim o sofrimento dos  
1469 pacientes. Logo, os recursos do Pró-Saúde poderiam ser utilizados pelas escolas para adquirir esses  
1470 equipamentos. Seguindo, discordou da afirmação de que o Pró-Saúde era um retrocesso e destacou que  
1471 não houve descontinuidade do VER-SUS. Para ilustrar, ressaltou que o VER-SUS, que consistia na  
1472 principal exposição do Aprender-SUS, expôs 521 estudantes, durante quinze dias, totalizando 42 mil  
1473 horas, em estágio de caráter voluntário, sem envolvimento da instituição e sem continuidade da ação.  
1474 Por outro lado, o Pró-Saúde teria 50 mil participantes, com 20% da carga horária, significando 100  
1475 milhões de horas, estágio obrigatório, com envolvimento da entidade e continuidade. Sobre as escolas,  
1476 disse que, no primeiro momento, considerou-se a necessidade de envolver as instituições públicas e  
1477 privadas, dado o grande número de instituições privadas que estavam formando profissionais para o  
1478 SUS. Contudo, destacou que a decisão do Plenário do CNS seria levada em consideração, pois o  
1479 processo estava em construção. Destacou ainda que a expectativa era que cada vez mais escolas  
1480 fossem envolvidas no Pró-Saúde, com estágios obrigatórios e presença de várias áreas. Também  
1481 salientou a necessidade de investir em programas como tele-medicina e tele-saúde, visto que poderia  
1482 contribuir, por exemplo, para a fixação de profissionais em áreas rurais. Na seqüência, foi aberta a  
1483 palavra ao segundo bloco de inscrições. Conselheiro **Paulo César A. de Souza**, em face da resposta do

1484 Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, fez uso da palavra para destacar que a  
1485 preocupação com o Pró-Saúde referia-se ao repasse de recurso público para entidades privadas que  
1486 não formariam profissionais para o SUS. O integrante da Coordenação Nacional da Plenária de  
1487 Conselhos de Saúde, **José Teófilo Cavalcante**, manifestou apoio ao Pró-Saúde e registrou o interesse  
1488 das faculdades públicas e privadas pelo projeto. Além disso, solicitou maiores informações sobre a  
1489 continuidade do VER-SUS. Conselheira **Francisca Valda da Silva** cumprimentou o Ministério da Saúde  
1490 pela iniciativa de disciplinar a participação do SUS na ordenação da formação de recursos humanos,  
1491 cumprindo preceito constitucional e as deliberações do CNS. Destacou que várias iniciativas estavam  
1492 em andamento no sentido de contribuir no processo de regulamentação, por parte do Ministério da  
1493 Saúde, na ordenação da formação de recursos humanos, o que era fundamental para que o SUS  
1494 cumprisse o seu papel de garantir cobertura assistencial à população, com qualidade. Ressaltou que  
1495 ouvir a sociedade civil na construção das políticas públicas de governo era um diferencial. Assim, avaliou  
1496 como primeiro problema em relação ao Pró-Saúde o fato de as entidades não terem sido chamadas para  
1497 contribuir na formulação da política antes do lançamento do edital. Além disso, salientou que a seleção  
1498 de apenas três áreas trouxe dificuldade para o movimento do FNEPAS, que trabalha na perspectiva do  
1499 caráter multiprofissional e interdisciplinar na área da saúde. Também disse que, em relação à estratégia  
1500 da ação na graduação, via FNEPAS, não houve, no segundo semestre de 2005 e primeiros meses de  
1501 2006, interlocução satisfatória com o Ministério da Saúde no sentido de haver uma ação mais contínua e  
1502 permanente de trabalho conjunto. Salientou que o Pró-Saúde era uma estratégia importante, contudo,  
1503 seria necessária estratégia de compartilhamento dos resultados dessa experiência com o conjunto das  
1504 escolas (mil escolas e 100 selecionadas). Por fim, perguntou qual eram as iniciativas voltadas à  
1505 avaliação e qual a participação das entidades de ensino nesse processo. Conselheira **Nildes de Oliveira**  
1506 **Andrade** destacou a importância de o processo de formação enfocar, por exemplo, a doença celíaca, a  
1507 fim de que não fosse vista como uma doença rara. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**  
1508 cumprimentou o Secretário e lamentou o fato de a proposta do Pró-Saúde, diferente do que ocorreu com  
1509 outras propostas do Ministério da Saúde, não ter sido encaminhada à CIRH/MS para ser analisada e  
1510 trazida ao Plenário do CNS para debate. Também perguntou qual a interlocução dos projetos  
1511 apresentados com a gestão local de saúde e a relação do projeto com o mestrado profissional, a  
1512 residência multiprofissional e a Resolução nº. 198, que dispõe sobre educação permanente do SUS.  
1513 Finalizando, sugeriu que o Plenário solicitasse a apresentação, na íntegra, do Pró-Saúde à CIRH/CNS  
1514 para análise mais detalhada e apresentação ao Plenário do CNS para deliberação. Conselheira **Geusa**  
1515 **Dantas Lelis** perguntou se a Universidade que aderisse ao Pró-Saúde trabalharia com dois currículos de  
1516 formação, dado o objetivo de formar profissionais adequados à realidade do SUS. Também destacou  
1517 que, ao invés de disponibilizar recursos às universidades privadas para formação de profissionais  
1518 adequados à realidade do SUS, o Ministério da Saúde poderia negociar com essas instituições a  
1519 disponibilização das unidades do SUS para estágios e, em contrapartida, essas instituições deveriam  
1520 incluir nos currículos de formação a questão do SUS. Por fim, salientou a importância de o SUS ser  
1521 matéria obrigatória nos currículos de formação do ensino fundamental, médio e superior. Conselheira  
1522 **Noemy Yamaguishi Tomita** também manifestou preocupação com a possibilidade de duplicidade de  
1523 currículo de formação dos profissionais de saúde e com a dificuldade de mudança da mentalidade dos  
1524 docentes centrada no ensino tradicional. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra ao Secretário  
1525 de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, **Francisco Eduardo de Campos**, para considerações.  
1526 O Secretário iniciou explicando que a intenção do Pró-Saúde não era trabalhar com dois currículos, visto  
1527 que poderia causar competição entre eles, mas sim, induzir mudanças nos currículos das instituições a  
1528 fim de adequá-los à realidade do SUS. Disse que o Ministério da Saúde optou por um projeto mais  
1529 inclusivo, contemplando também as universidades privadas, contudo, estava aberto à reorientação da  
1530 política conforme a deliberação do CNS. Destacou que os projetos das entidades que foram  
1531 apresentados a tempo estavam sendo executados e a SGTES faria o máximo possível para que outros  
1532 projetos fossem liberados. Também ressaltou a importância de ter a ABEn como parceira nesse  
1533 processo, visto que facilitaria o acesso às escolas. Informou ainda que os projetos apresentados sem a  
1534 assinatura do gestor não foram considerados, assim, a gestão da saúde esteve envolvida na elaboração  
1535 do Pró-Saúde. Disse, ainda, que a formação dos profissionais de saúde também deveria considerar as  
1536 doenças raras, mas não somente elas, como era o caso da doença celíaca. Salientou que a SGTES  
1537 envidaria todos os esforços para garantir a implementação de programas voltados ao aperfeiçoamento  
1538 dos profissionais de saúde voltados à realidade do SUS. Por fim, colocou-se à disposição para discutir  
1539 outros assuntos no CNS, inclusive educação permanente. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**  
1540 agradeceu o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela explanação e apresentou  
1541 a proposta de encaminhar a matéria à CIRH/CNS para análise mais detalhada do mérito e apresentação  
1542 ao Plenário do CNS para deliberação. **O Plenário aprovou o encaminhamento. O Secretário de**  
1543 **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde será convidado a participar desse debate.** Definido  
1544 esse ponto, a Secretaria-Executiva do CNS mostrou a página do CNS que apresentava fotos da  
1545 mobilização do CNS, no Congresso Nacional, pela regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29 e

1546 chamava para a teleconferência “Gente que faz saúde”, que seria realizada no período da tarde e  
1547 transmitida em tempo real. Sugeriu que os conselheiros retornassem ao Plenário do CNS, no período da  
1548 tarde, para definição das próximas atividades em prol da regulamentação da EC nº. 29. Feita essas  
1549 considerações, encerrou os trabalhos da manhã do terceiro dia de reunião. Estiveram presentes os  
1550 seguintes conselheiros: **Titulares** - **Antônio Alves de Souza, Eni Carajá Filho, Francisca Valda da**  
1551 **Silva, Francisco Batista Júnior, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Cláudio**  
1552 **dos Santos, José Francisco Schiavon, José Luiz Gomes do Amaral, Nildes de Oliveira Andrade,**  
1553 **Paulo César Augusto de Souza; Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi e Zilda Arns**  
1554 **Neumann. Suplentes – Ciro Mortella, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis Adalberto Boufleur,**  
1555 **Fernando Luiz Eliotério, Geusa Maria Dantas Lelis, José Veloso Soto Júnior, Maria da Glória**  
1556 **Campos da Silva, Maria Irene Monteiro Magalhães, Nelson Rodrigues dos Santos e Noemy**  
1557 **Yamaguishi Tomita.** A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, retomou a sessão  
1558 para definir encaminhamentos para os pontos pendentes da reunião. A primeira questão referia-se à  
1559 regulamentação da EC nº. 29. Explicou que o Plenário deveria indicar nomes para participar da  
1560 audiência do CNS com o Ministro **Tarso Genro**, no dia 7 de abril de 2006, às 10 horas, para tratar, em  
1561 especial, sobre a regulamentação da EC nº. 29. **Nomes confirmados:** Conselheira **Maria Thereza M. C.**  
1562 **Rezende**; Conselheiro **Antônio Alves de Souza**; e **José Teófilo**, da Coordenação da Plenária Nacional  
1563 de Conselhos de Saúde. **Nomes a confirmar:** Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel**; Conselheiro  
1564 **Fernando Luiz Eliotério**; Conselheira **Geusa Dantas Lelis**; Conselheiro **Luiz Fernando C. Silva**;  
1565 Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva**; Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum**; e  
1566 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**. Os indicados definiriam a pauta de debate com o Ministro  
1567 **Tarso Genro**. Antes de abrir a palavra para apresentação de encaminhamentos sobre a regulamentação  
1568 da EC nº. 29, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, abriu a palavra ao  
1569 Conselheiro **Eni Carajá Filho**, que apresentou, para referendo do Plenário, as indicações do segmento  
1570 dos usuários para os seguintes eventos: **1) Fórum Social Brasileiro: Conselheiros José Cláudio dos**  
1571 **Santos, Luiz Augusto A. Martins e Eni Carajá Filho; e 2) 91ª Reunião Ordinária do Conselho**  
1572 **Municipal de Goiânia – expositor da proferir palestra sobre gastos permitidos com o recurso da Emenda**  
1573 **Constitucional nº. 29 e apreciação de convênios na administração municipal: Conselheiro Fernando Luiz**  
1574 **Eliotério.** Em seguida, o Conselheiro **Eni Carajá Filho** fez a leitura do texto da moção de  
1575 reconhecimento da iniciativa da Deputada Estadual/MG, **Maria Tereza Lara**, pela aprovação da Lei nº.  
1576 15.439, de 11 de janeiro de 2005 e o Decreto nº. 44.269, de 30 de março de 2006, regulamentou e  
1577 institui a Política Estadual de Educação Preventiva contra a Hanseníase e de Combate ao Preconceito  
1578 no Estado contra as pessoas atingidas pela Hanseníase. **Não havendo posições contrárias, o**  
1579 **Plenário aprovou o texto da moção.** O documento será encaminhado à referida Deputada, ao  
1580 governador de Minas Gerais e à Presidência da Assembléia Legislativa. Definido esse ponto, a  
1581 Secretaria-Executiva do CNS consultou o Plenário se havia posições contrárias à proposta de  
1582 composição da Comissão Intersetorial Permanente da Saúde do Idoso do CNS. **Não havendo**  
1583 **destaques, o Plenário aprovou a composição da Comissão Intersetorial Permanente da Saúde do**  
1584 **Idoso do CNS, nos seguintes termos: Titulares: 1) um representante da Confederação Brasileira**  
1585 **de Aposentados e Pensionistas (COBAP); 2) um representante da Associação Brasileira de**  
1586 **Alzheimer (ABRAz); 3) um representante Associação dos Celíacos do Brasil (ACELBRA); 4) um**  
1587 **representante do Fórum Nacional de Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); 5) um**  
1588 **representante do Grupo de Trabalho de Atenção a Saúde do Idoso e da Secretaria de Atenção à**  
1589 **Saúde (SAS/MS); 6) um representante do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS); 7) um**  
1590 **representante do Ministério da Justiça (MJ); 8) um representante do Ministério da Previdência (**  
1591 **MPS); 9) um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Suplentes:**  
1592 **1) um representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); 2) um representante**  
1593 **da Federação Nacional de Diabéticos (FENAD); 3) um representante da Associação Brasileira de**  
1594 **Autismo (ABRA); 4) um representante do Fórum Nacional de Trabalhadores da Área de Saúde**  
1595 **(FENTAS); 5) um representante do Grupo de Trabalho de Atenção a Saúde do Idoso e da**  
1596 **Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); 6) um representante do Ministério do Desenvolvimento**  
1597 **Social (MDS); 7) um representante do Ministério da Educação (ME); 8) um representante do**  
1598 **Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); e 9) um representante do Conselho Nacional de**  
1599 **Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).** Na seqüência, perguntou se o CNS definiria  
1600 calendário de mobilização para garantir a inclusão da EC nº. 29 na Ordem do Dia da próxima terça-feira,  
1601 11 de abril de 2006. Conselheira **Francisca Valda da Silva** disse que o Plenário poderia definir  
1602 atividades, caso o PL nº. 001/03 não fosse incluído da Ordem do Dia da terça-feira. Conselheiro **Antônio**  
1603 **Alves de Souza** sugeriu que fosse incluída mensagem na página do CNS comunicando que o Conselho  
1604 iniciou mobilização eletrônica permanente até a aprovação do PL nº. 001/03 e abriu contagem regressiva  
1605 para o dia 11 de abril de 2006. O integrante da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de  
1606 Saúde, **José Teófilo Cavalcante**, sugeriu que houvesse incentivo à ida ao Congresso Nacional para  
1607 sensibilizar os deputados quanto à importância da aprovação do PL nº. 001/03. Conselheira **Maria da**

1608       **Glória Campos da Silva** fez uso da palavra para solicitar que o CNS participasse das atividades de  
1609 comemoração do Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho (28 de abril). Para conhecimento,  
1610 informou que no 27 de abril de 2006 seria realizado encontro com empregadores do Distrito Federal, das  
1611 8 às 12 horas; sessão solene na Câmara Distrital, às 19 horas; e evento promovido pela EMATER para  
1612 trabalhadores rurais e assentados, na Granja do Torto. Além disso, destacou que o Ministério da Saúde  
1613 estava articulando uma sessão solene na Câmara Federal para assinatura da Política Nacional de  
1614 Segurança e Saúde no Trabalho e outro evento para lançamento dos protocolos clínicos de atenção aos  
1615 agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória. Conselheira **Geusa Dantas Lelis** sugeriu  
1616 que os conselheiros residentes em Brasília fizessem rodízio para garantir a presença na Câmara dos  
1617 Deputados e os residentes em outros estados enviassem e-mails para os deputados, atentando para a  
1618 importância da votação do PL nº. 001/03, no dia 11 de abril de 2006. Conselheira **Maria Thereza M. C.**  
1619 **Rezende** propôs que o CNS enviasse mensagem aos conselhos estaduais de saúde com endereço dos  
1620 deputados para envio de mensagem, a fim de encher a caixa postal dos parlamentares. Conselheiro  
1621 **Antônio Alves de Souza** sugeriu que o CNS enviasse mensagem a todos os deputados informando que  
1622 o deputado **Aldo Rebelo** comprometeu-se a incluir a votação do Projeto de Lei Complementar nº.  
1623 001/03, do Deputado Roberto Gouveia, que regulamenta a EC nº. 29, na Ordem do Dia da próxima  
1624 terça-feira e que houvesse mobilização eletrônica do CNS na semana do dia 11 de abril de 2006. A  
1625 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou que o CNS vinha desenvolvendo  
1626 iniciativas em prol da regulamentação da EC nº. 29 havia duas semanas e uma mobilização dos  
1627 conselheiros residentes em Brasília, na semana do dia 11 de abril de 2006, não teria o impacto  
1628 desejado, dado o número pequeno de conselheiros. Dessa forma, sugeriu que fosse iniciada contagem  
1629 regressiva para o dia 11 de abril de 2006, comunicando deputados e conselheiros e, após verificar se a  
1630 regulamentação entraria na Ordem do Dia, o Conselho definisse os próximos passos. **O Plenário acatou**  
1631 **o encaminhamento**. Ainda sobre as comemorações do Dia Mundial da Saúde, a Secretaria-Executiva  
1632 do CNS informou que no dia seguinte, 7 de abril de 2006, seria realizada cerimônia com a presença do  
1633 Ministro de Estado da Saúde Interino, **José Agenor Álvares da Silva**, na sede da OPAS/OMS em  
1634 Brasília. **A Conselheira Maria Irene Monteiro Magalhães foi indicada para participar do evento,**  
1635 **representando o CNS**. Em seguida, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,  
1636 colocou em votação as atas das 162<sup>a</sup> e 163<sup>a</sup> Reuniões Ordinárias, realizadas respectivamente, nos  
1637 meses de fevereiro e março de 2006. **Não havendo destaques, as atas foram aprovadas**. Por fim,  
1638 comunicou que não seria possível apresentar o item “Oficinas regionais sobre as Diretrizes Nacionais  
1639 para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS.” **ENCERRAMENTO** – Nada mais  
1640 havendo a tratar, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos da  
1641 164<sup>a</sup> Reunião Ordinária do CNS.