



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA CENTÉSIMA SEXAGÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

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

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

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

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

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

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

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

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

Lago. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou os trabalhos da tarde do primeiro dia de reunião, retomando a discussão sobre a execução orçamentária do Ministério da Saúde 2005. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** submeteu à apreciação e deliberação dos conselheiros a proposta de planejamento da COFIN de módulos de estudo para conselheiros sobre programação e execução orçamentária. Detalhou que a proposta consistia na formatação de novo modelo de análise de execução orçamentária, com a incorporação de novas tabelas ou novas informações para subsidiar a análise dos conselheiros, além daquelas atualmente disponibilizadas, que contemplassem as mudanças na política de saúde verificadas nos últimos anos, com destaque para: **a.1)** Pacto de Gestão; **a.2)** Programas Prioritários; **a.3)** Transferências para Estados e Municípios; **a.4)** Incorporação das metas do PPA e, se possível, do Plano Nacional de Saúde; **a.5)** Restos a Pagar Cancelados; **a.6)** Quadro Geral da Execução Orçamentária. Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** acrescentou que esses módulos de estudos, caso fossem aprovados pelo Plenário do CNS, seriam conectados ao modelo de relatório da COFIN/CNS. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** perguntou que metodologia a COFIN/CNS utilizaria para definir os módulos de estudo (seminários, oficinas etc.) e se estava prevista participação do Fundo Nacional de Saúde nesse processo. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que, na próxima reunião do CNS, a COFIN apresentasse ao Plenário a proposta do novo modelo de análise de execução orçamentária. Também destacou a necessidade de convidar a Consultoria Jurídica (CONJUR) e o Tribunal de Contas da União (TCU) para participarem do debate sobre a execução orçamentária. Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** disse que, primeiramente, a COFIN/CNS definiria proposta de módulos de estudo e, em seguida, poderia discutir estratégias para envolver outros órgãos nesse debate. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, tendo em vista a falta de quorum para a votação da execução orçamentária do Ministério da Saúde, sugeriu que o Plenário aprofundasse o debate sobre a proposta do novo modelo de análise de execução orçamentária, proposto pela COFIN/CNS. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** propôs que o CNS aprofundasse o debate sobre a execução descentralizada do orçamento da União para estados e municípios e o impacto desse investimento. Conselheiro **Eni Carajá Filho**, diante da falta de quorum, sugeriu o adiamento da votação da execução orçamentária para o terceiro dia de reunião, quinta-feira. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** endossou a proposta de adiar a votação da execução orçamentária para a quinta-feira, por entender que haveria quorum para deliberação visto que muitos conselheiros estavam dirigindo-se a Brasília. Além disso, sugeriu que a COFIN/CNS apresentasse sugestões de temas para capacitação de conselheiros estaduais e municipais a serem tratados nas oficinas regionais sobre as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que o CNS primeiro trabalhasse a proposta de módulos de estudo para os conselheiros nacionais e posteriormente definisse método para os conselheiros estaduais e municipais. O consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**, destacou que o Fundo Nacional de Saúde possuía representação na COFIN/CNS, logo, a sugestão do Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** poderia ser acatada. Também informou que a dinâmica de módulos de estudo possibilitaria abarcar vários temas, de acordo com a expectativa do CNS. **Sobre essa questão, o Plenário decidiu manter a pauta em aberto e colocar a execução orçamentária do Ministério da Saúde 2005 em votação no momento em que houvesse quorum. Caso não se atingisse o quorum no primeiro dia de reunião, a votação seria feita na manhã do terceiro dia de reunião, quinta-feira, visto que muitos conselheiros confirmaram presença na reunião.** Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 4 da pauta.

ITEM 4 – PROTEÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou este item lembrando que, na 163ª Reunião Ordinária do CNS, o Plenário promoveu amplo debate sobre a Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP/CNS), a partir da apresentação do Conselheiro **William Saad Hossne**, e delegou à de Coordenação Geral do CNS (CCG) a tarefa de consolidar as propostas dos conselheiros relativas à proteção dos sujeitos das pesquisas científicas e ao aperfeiçoamento do sistema de regulação social da pesquisa no Brasil e apresentar proposições a essa matéria. Feitas essas considerações iniciais, passou a palavra ao Conselheiro **Francisco Batista Júnior** para apresentação da síntese das propostas apresentadas a partir de eixos temáticos e as proposições da CCG. Após convidar o Conselheiro **William Saad Hossne**, coordenador da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP/CNS), para compor a mesa, o Conselheiro **Francisco Batista Júnior** iniciou a explanação com o resumo das propostas apresentadas pelos conselheiros durante a 163ª Reunião Ordinária do CNS, sendo: **1)** Monitoramento e Acompanhamento: **1.1)** discussão no CNS de proposta de monitoramento e acompanhamento dos CEPs; **1.2)** definição, por parte do CNS, de um projeto de avaliação qualitativa do sistema de ética em pesquisa, a partir da visão do controle social. Este projeto poderia servir de subsídio para estabelecer propostas voltadas à descentralização das ações, com maior autonomia dos CEPs; **1.3)** recomendação do CNS para que os Conselhos Estaduais de Saúde criem comissões de ética em pesquisa, que seriam responsáveis por analisar os protocolos de pesquisas antes de serem enviados para o CNS; e **1.4)** solicitação de esclarecimentos por parte do Ministério da Saúde e CNS sobre o fato de donos de clínicas que trabalham no SUS estarem encaminhando pacientes do SUS para participar de pesquisas em clínicas

554 privadas ambulatoriais; **2) Regulação e Fiscalização: 2.1)** sugestão de debate no CNS sobre a criação
555 de órgão de regulação da ética em pesquisa no âmbito do Ministério da Saúde, que se reproduzisse nas
556 esferas estadual e municipal para acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais;
557 e **2.2)** discussão sobre o tratamento de questões relacionadas à regulação e à fiscalização do sistema,
558 levando em conta os papéis do Estado e do controle social; **3) Criação, Composição e Capacitação dos**
559 **CEPs: 3.1)** promoção de encontro nacional dos CEPs e definição de proposta ágil de capacitação dos
560 comitês, aproveitando as comemorações de dez anos da Resolução nº. 196/96; **3.2)** verificação dos
561 critérios para participação dos usuários; **3.3)** capacitação dos CEPs voltada não apenas aos aspectos
562 técnicos relacionados à pesquisa, mas tratando também questões de direitos humanos e sociais; e **3.4)**
563 criação de comitês regionais, ligados à CONEP/CNS, para auxiliar a Comissão na avaliação das áreas
564 técnicas e servir de instrumento de supervisão das pesquisas; **4) Relação entre CONEP/Secretaria-**
565 **Executiva/CNS/Ministério da Saúde: 4.1)** debate no CNS sobre a relação da SE/CNS com a Secretaria-
566 Executiva da CONEP e qual articulação desta com o Ministério da Saúde; e **4.2)** apresentação, por parte
567 da CONEP/CNS, de planejamento das suas atividades para que a SE/CNS organizasse a sua estratégia
568 de trabalho; **5) Conselho Nacional de Bioética: e 5.1)** necessidade de esclarecimentos sobre a criação
569 do Conselho Nacional de Bioética e as consequências disso. Explicou que a CCG, após analisar as
570 questões citadas, sugeriu ao Plenário do CNS a constituição de GT do CNS, formado por quatro
571 conselheiros e assessoria técnica, para estudar com maior profundidade as questões relacionadas à
572 defesa e proteção do sujeito da pesquisa, a partir de quatro eixos estruturantes. O GT deveria
573 apresentar um relatório no mês de junho com propostas para subsidiar a análise e deliberação do CNS.
574 Destacou que os eixos seriam: **1) Avaliação do Sistema CEP/CONEP.** Objetivo – avaliar os Comitês de
575 Pesquisa e a Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP/CNS), com destaque na participação dos
576 usuários (capacitação; escolha de representantes; descentralização - Conselhos Estaduais de Saúde e
577 Conselhos Municipais de Saúde); **2) Monitoramento e Acompanhamento das Pesquisas Aprovadas.**
578 Objetivo – Garantir que os projetos apresentados nos CEPs e CONEP sejam executados da forma como
579 foram aprovados. **3) Regulação.** Objetivo – avaliar e definir os papéis do Conselho Nacional de Saúde e
580 do Ministério da Saúde. **4) Soberania Nacional** – pesquisas com recursos estrangeiros. Objetivo - avaliar
581 quais as medidas deverão ser adotadas nos casos de pesquisas financiadas por organismos
582 estrangeiros, com o objetivo de garantir a defesa e a proteção dos voluntários das pesquisas; analisar o
583 papel dos órgãos mencionados no processo de pesquisa: CNPq, Ministério da Ciência e Tecnologia,
584 AISA, ANVISA e Itamaraty; analisar se as pesquisas realizadas no Brasil são de interesse do país. Além
585 disso, informou que o Ministério da Saúde constituiria Grupo de Trabalho sobre a proteção do sujeito da
586 pesquisa e a CCG sugeriu que o CNS indicasse um representante para acompanhar os trabalhos desse
587 GT. Também destacou que seria solicitada à Presidência da República a apresentação de informe ao
588 Plenário do CNS sobre o Conselho Nacional de Bioética. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra
589 para considerações do Plenário. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que no item da
590 capacitação dos CEPs fossem incluídos os temas legislação do SUS e direitos humanos e sociais.
591 Conselheiro **Willian Saad Hossne** lembrou que a CONEP/CNS estava discutindo sistemática com
592 delegação maior de competência para os CEPs. Conselheiro **Eni Carajá Filho** destacou a importância
593 da participação do Controle Social nos CEPs e da definição dos papéis e das responsabilidades do
594 Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde na regulação. Também salientou a necessidade
595 de orientação do CNS para que a participação nos CEPs seja feita de forma coletiva e não individual, de
596 forma a evitar a defesa de interesses. Conselheira **Zilda Arns Neumann** propôs que o Plenário
597 delegasse à CONEP/CNS a análise das propostas dos conselheiros e das proposições da Comissão de
598 Coordenação Geral e a avaliação da viabilidade de criação de instância no âmbito do Ministério da
599 Saúde sobre ética em pesquisa. Conselheiro **Ciro Mortella** ratificou a proposta de a CONEP/CNS
600 discutir o resultado do debate a partir da apresentação do seu coordenador, as proposições da CCG e o
601 objetivo do GT do Ministério da Saúde de proteção do sujeito da pesquisa. Também manifestou apoio à
602 proposta de constituir GT do CNS para estudar com maior profundidade as questões relacionadas à
603 defesa e proteção do sujeito da pesquisa. Conselheiro **Rômulo Maciel Filho** avaliou que havia uma
604 série de desafios em relação ao controle da realização de pesquisas, em especial com seres humanos.
605 Enfatizou a necessidade de valorizar o acúmulo de debate da CONEP/CNS, inclusive com a
606 sistematização das suas informações. A propósito, perguntou quantos pareceres a CONEP/CNS emitiu
607 em 2005. Em resposta, o Conselheiro **Willian Saad Hossne** disse que, em 2005, a CONEP/CNS emitiu
608 1.738 pareceres, que poderiam ser reduzidos a 600 por se tratarem de projetos multicêntricos.
609 Conselheiro **Rômulo Maciel Filho** sugeriu que houvesse tempo para aprofundar o debate das questões
610 apresentadas no âmbito dos segmentos e na CONEP/CNS. Por fim, enfatizou a necessidade de articular
611 os esforços do Ministério da Saúde e do Controle Social para regular o sistema de pesquisa do país.
612 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** lembrou que, em nenhum momento do debate, o Plenário
613 desconsiderou a importância do trabalho da CONEP/CNS, contudo, avaliou que seria necessário estudo
614 mais aprofundado do CNS sobre a ética na pesquisa, para além da CONEP/CNS. Nessa ótica, disse que
615 a proposta de constituir GT do CNS para estudar as questões relacionadas à defesa e proteção do

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

chamava para a teleconferência “Gente que faz saúde”, que seria realizada no período da tarde e transmitida em tempo real. Sugeriu que os conselheiros retornassem ao Plenário do CNS, no período da tarde, para definição das próximas atividades em prol da regulamentação da EC nº. 29. Feita essas considerações, encerrou os trabalhos da manhã do terceiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Antônio Alves de Souza, Eni Carajá Filho, Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Cláudio dos Santos, José Francisco Schiavon, José Luiz Gomes do Amaral, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo César Augusto de Souza; Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi e Zilda Arns Neumann.** *Suplentes* – **Ciro Mortella, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis Adalberto Bouffleur, Fernando Luiz Eliotério, Geusa Maria Dantas Lelis, José Veloso Soto Júnior, Maria da Glória Campos da Silva, Maria Irene Monteiro Magalhães, Nelson Rodrigues dos Santos e Noemy Yamaguishi Tomita.** A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, retomou a sessão para definir encaminhamentos para os pontos pendentes da reunião. A primeira questão referia-se à regulamentação da EC nº. 29. Explicou que o Plenário deveria indicar nomes para participar da audiência do CNS com o Ministro **Tarso Genro**, no dia 7 de abril de 2006, às 10 horas, para tratar, em especial, sobre a regulamentação da EC nº. 29. *Nomes confirmados:* Conselheira **Maria Thereza M. C. Rezende**; Conselheiro **Antônio Alves de Souza**; e **José Teófilo**, da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. *Nomes a confirmar:* Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel**; Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**; Conselheira **Geusa Dantas Lelis**; Conselheiro **Luiz Fernando C. Silva**; Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva**; Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum**; e Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**. Os indicados definiriam a pauta de debate com o Ministro **Tarso Genro**. Antes de abrir a palavra para apresentação de encaminhamentos sobre a regulamentação da EC nº. 29, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, abriu a palavra ao Conselheiro **Eni Carajá Filho**, que apresentou, para referendo do Plenário, as indicações do segmento dos usuários para os seguintes eventos: **1) Fórum Social Brasileiro: Conselheiros José Cláudio dos Santos, Luiz Augusto A. Martins e Eni Carajá Filho; e 2) 91ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Goiânia – expositor da proferir palestra sobre gastos permitidos com o recurso da Emenda Constitucional nº. 29 e apreciação de convênios na administração municipal: Conselheiro Fernando Luiz Eliotério.** Em seguida, o Conselheiro **Eni Carajá Filho** fez a leitura do texto da moção de reconhecimento da iniciativa da Deputada Estadual/MG, **Maria Tereza Lara**, pela aprovação da Lei nº. 15.439, de 11 de janeiro de 2005 e o Decreto nº. 44.269, de 30 de março de 2006, regulamentou e instituiu a Política Estadual de Educação Preventiva contra a Hanseníase e de Combate ao Preconceito no Estado contra as pessoas atingidas pela Hanseníase. **Não havendo posições contrárias, o Plenário aprovou o texto da moção.** O documento será encaminhado à referida Deputada, ao governador de Minas Gerais e à Presidência da Assembleia Legislativa. Definido esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS consultou o Plenário se havia posições contrárias à proposta de composição da Comissão Intersetorial Permanente da Saúde do Idoso do CNS. **Não havendo destaques, o Plenário aprovou a composição da Comissão Intersetorial Permanente da Saúde do Idoso do CNS, nos seguintes termos: Titulares: 1) um representante da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP); 2) um representante da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ); 3) um representante Associação dos Celíacos do Brasil (ACELBRA); 4) um representante do Fórum Nacional de Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); 5) um representante do Grupo de Trabalho de Atenção a Saúde do Idoso e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); 6) um representante do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS); 7) um representante do Ministério da Justiça (MJ); 8) um representante do Ministério da Previdência (MPS); 9) um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Suplentes: 1) um representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); 2) um representante da Federação Nacional de Diabéticos (FENAD); 3) um representante da Associação Brasileira de Autismo (ABRA); 4) um representante do Fórum Nacional de Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); 5) um representante do Grupo de Trabalho de Atenção a Saúde do Idoso e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); 6) um representante do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS); 7) um representante do Ministério da Educação (ME); 8) um representante do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); e 9) um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).** Na sequência, perguntou se o CNS definiria calendário de mobilização para garantir a inclusão da EC nº. 29 na Ordem do Dia da próxima terça-feira, 11 de abril de 2006. Conselheira **Francisca Valda da Silva** disse que o Plenário poderia definir atividades, caso o PL nº. 001/03 não fosse incluído da Ordem do Dia da terça-feira. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sugeriu que fosse incluída mensagem na página do CNS comunicando que o Conselho iniciou mobilização eletrônica permanente até a aprovação do PL nº. 001/03 e abriu contagem regressiva para o dia 11 de abril de 2006. O integrante da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde, **José Teófilo Cavalcante**, sugeriu que houvesse incentivo à ida ao Congresso Nacional para 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 Secretária-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 Secretária-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 Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
1636 colocou em votação as atas das 162ª e 163ª 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 Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos da
1641 164ª Reunião Ordinária do CNS.