



1  
2  
3  
4  
5 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
6 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**  
7

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

8 **ABERTURA** – Aos dezessete e dezoito dias do mês de janeiro do ano de dois mil e sete, no Plenário  
9 Omilton Visconde, do Conselho Nacional de Saúde, localizado no Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício  
10 Anexo, 1º andar, ala B, na cidade de Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Sexagésima  
11 Nona Reunião Ordinária do CNS. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**,  
12 procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando a todos os presentes. Aberta a sessão, de  
13 imediato, passou a palavra ao Ministro de Estado da Saúde, **José Agenor Álvares da Silva**, para  
14 considerações gerais e análise de conjuntura. **ITEM 1 – ANÁLISE DE CONJUNTURA** – O Ministro de  
15 Estado da Saúde, **José Agenor Álvares da Silva**, fez uso da palavra manifestando-se nos seguintes  
16 termos: *“Senhoras e senhores, bom dia. Eu queria agradecer o Presidente do Conselho pelo convite*  
17 *para que eu estivesse aqui. Eu tenho muita alegria por estar aqui, porque, na verdade, é a primeira*  
18 *reunião do Conselho Nacional de Saúde com o Presidente escolhido entre os próprios conselheiros, um*  
19 *Presidente que representa os profissionais de saúde e acredito que isso tem para nós um simbolismo*  
20 *muito grande, que representa o próprio avanço do Controle Social do nosso país. Eu conversava com o*  
21 *Presidente e disse a ele que, quando recebi a pauta, eu estranhei o fato de ter sido atribuída a mim*  
22 *uma análise de conjuntura. Eu não vou fazer avaliação ou análise de conjuntura, mas acho que seria*  
23 *importante conversar um pouco sobre o que aconteceu no ano passado e as perspectivas que temos*  
24 *para o ano de 2007, no Ministério da Saúde. No ano de 2006, acho que nós tivemos alguns avanços*  
25 *significativos para a saúde pública brasileira, em muitos setores, mas em outros nós não avançamos o*  
26 *que achávamos que podíamos avançar. E, nesse momento, acho importante que procuremos*  
27 *consolidar os avanços que tivemos e que procuremos, em conjunto com a sociedade brasileira, avançar*  
28 *naquilo que ainda precisamos avançar. Tem muitas coisas que precisamos avançar. Eu acho que o*  
29 *mais importante é que tenhamos tranquilidade em fazer essa avaliação entre nós mesmos, essa*  
30 *reflexão, fazer uma autocrítica onde for importante para que possamos avançar. Na oficina para os*  
31 *conselheiros, no final do ano passado, eu disse que o primeiro compromisso dos conselheiros era com*  
32 *a população brasileira, que o segundo compromisso também era com a população brasileira, o terceiro*  
33 *e quarto também, o quinto, se não prejudicar a população, nós podemos ter os compromissos*  
34 *cooperativos. Evidentemente que nós representamos segmentos da sociedade e esses segmentos*  
35 *têm interesses, tanto na vida política do país quanto na própria organização da saúde, mas o interesse*  
36 *maior nosso, inclusive nós gestores, é que possamos fazer com que a saúde, que o Sistema Único de*  
37 *Saúde, seja aperfeiçoado, seja corrigido naquilo que tem que ser corrigido e que seja discutido com*  
38 *profundidade naquilo que for necessário ser corrigido. E no ano passado, eu acho que nós avançamos*  
39 *n nessas questões. Eu acho que foi histórico para todos nós o Pacto que aprovamos aqui, depois de uma*  
40 *ampla discussão de quase dois anos, foi importante que nós fizéssemos aquele Pacto, e aqui nesse*  
41 *Conselho, os conselheiros que continuam como conselheiros do Conselho Nacional de Saúde se*  
42 *lemboram muito bem que nós tivemos pontos de divergência e que nós tivemos a maturidade política e*  
43 *maturidade, em respeito aos próprios direitos da população, de não deixar que as divergências viessem*  
44 *a prejudicar o andamento ou a consolidação do Sistema Único de Saúde. E viemos para cá negociar e*  
45 *buscar acordo e podemos dizer que mesmo que tenhamos alguma divergência ou diferença em relação*  
46 *aos três Pactos que aprovamos aqui, ele representou naquele momento um ponto importante para a*  
47 *consolidação do nosso Sistema de Saúde. Mas eu sempre tenho dito que o Sistema de Saúde não é*  
48 *um produto acabado, ele é um produto dinâmico e essa dinamicidade faz com que estejamos sempre*  
49 *atentos. Nós estejamos sempre vigilantes para que possamos aperfeiçoá-lo e ter a coragem de*  
50 *enfrentar os debates que têm que ser enfrentados para este aperfeiçoamento. Eu não tenho dúvida*  
51 *nenhuma que têm algumas coisas que temos que discutir, que temos que avançar. E isso nós só*  
52 *vamos conseguir a partir do momento que tivermos um controle social forte. Não só no nível federal,*  
53 *mas também no nível dos Estados e dos Municípios. E essa nova organização, esse novo formato do*  
54 *Conselho Nacional de Saúde é emblemático para que, principalmente os conselheiros, possam levar*  
55 *essa discussão sobre a importância dos conselhos. Nós estamos vendo desde segunda-feira nos*  
56 *jornais o que o repórter do jornal chamou de “Máfia dos Remédios” e também disse à equipe do correio*

57 que eu não chegaria a tanto, mas ela foi emblemática. E como foi que surgiu? Surgiu de outra denúncia  
58 que chegou ao Conselho do Rio Grande do Norte e nós mandamos apurar, aquilo bateu no jornalista e  
59 ele procurou o Ministério e disse que ia investigar. Quando nós desbaratamos no ano passado os  
60 "Sanguessugas" foi a mesma coisa. Foi um conselheiro municipal de saúde do Mato Grosso que  
61 desconfiou. Eu estou citando esses dois exemplos para dizer que é importante trazer essas questões e  
62 discutir no interior dos conselhos – estaduais e municipais – a importância de eles conhecerem bem  
63 qual é o papel dos conselheiros, qual é o papel do conselho de saúde para que não entremos na  
64 discussão esterilizada de que o conselho de saúde fica a mercê do gestor local e não representa os  
65 interesses maiores da população. Por isso que ele é paritário, se não fosse isso, a existência dele não  
66 teria sentido. E nós sabemos que há conselhos e conselhos. Nós não vamos nos enganar achando que  
67 todos os conselhos têm a mesma posição, a mesma história de formação e história de compromisso,  
68 pois nós sabemos que não é assim. Então, tudo isso é importante para que possamos aperfeiçoar o  
69 nosso Sistema de Saúde. Está havendo muitos debates. Temos visto situações interessantes. Um  
70 grande jornal do país, pela terceira semana consecutiva, traz um artigo sinalizando em alguma direção  
71 sobre o Sistema Único de Saúde. Não é coincidência. Isso faz com que pensemos no que está vindo.  
72 Temos notícia de que Estados têm dado regulamentação completamente diferente daquilo que o  
73 Conselho aprovou há cinco anos sobre o que é gasto e serviço de saúde, o que poderia estar contido  
74 na Emenda nº. 29 e nós sabemos que há estados que estão usando da prerrogativa de regulamentar o  
75 que diz a Emenda Constitucional nº. 29 por falta de um regulamento maior que, esse ano, o Congresso  
76 Nacional com certeza vai ter buscar fazer. Eu não tenho dúvida nenhuma de que esse é o caminho. Na  
77 minha opinião, esse caminho virá por um debate mais amplo sobre o Sistema Único de Saúde. Nós  
78 temos tido essas conversas com vários segmentos, com vários deputados, com vários parlamentares,  
79 com vários representantes do antigo movimento da reforma sanitária e não tenho dúvida nenhuma que  
80 temos que estar atentos e criar mecanismos de defesa do Sistema Único de Saúde. Temos ainda que  
81 ter a humildade de avaliar o que está dando certo, o que precisa ser reavaliado e o que precisa ser  
82 redirecionado. Pela própria dinâmica do SUS, por não ser um produto acabado, nós temos certeza que  
83 muitas correções nós temos que fazer, nas nossas próprias atuações – na atuação do próprio Ministério  
84 da Saúde, na atuação dos estados, dos municípios, das entidades que estão envolvidas pelo Sistema  
85 Único de Saúde, na nossa própria atuação como conselheiros de saúde. Essas são questões que  
86 devemos estar constantemente avaliando. No caso específico do Ministério da Saúde, no ano passado,  
87 nós cumprimos integralmente a Emenda Constitucional nº. 29. Foi um esforço supremo da equipe do  
88 Ministério e eu gostaria de aqui, nesse momento, cumprimentar toda a equipe do Ministério,  
89 principalmente aqueles servidores que, por trás do anonimato que os cargos têm, se dedicam  
90 integralmente a esse Ministério. Nós tivemos pessoas que trabalharam até às quatro horas do dia 31 de  
91 dezembro, no domingo, exatamente para dar essa garantia. Primeiro, em resposta à demanda de  
92 estados e municípios e demandas da própria população. Segundo, em resposta à responsabilidade que  
93 eles têm de garantir o cumprimento integral da Emenda nº. 29. Nós cumprimos. Há questões que  
94 precisam ser revistas, mas o excesso que havia no orçamento até dois anos atrás, não existe mais no  
95 Ministério da Saúde. Isso foi uma vitória nossa que foi alcançada, principalmente, em função do apoio  
96 incontestável que nós recebemos do Presidente da República nesse debate. O Presidente Lula nunca  
97 faltou ao Ministério da Saúde nos apoios que fossem necessários para discutir em qualquer segmento  
98 do governo para que pudéssemos ter uma gestão tranquila e cumprir o que diz a Emenda nº. 29 sem  
99 ter nenhum tipo de recurso fora daquilo que o Conselho Nacional de Saúde advogou. Têm duas ou três  
100 questões pequenas que nós ainda vamos resolver e que não interferem no todo dos recursos do  
101 Ministério da Saúde e outras questões que nós temos que discutir até do próprio papel do Ministério da  
102 Saúde em algumas funções focalizadas que têm críticas e nós também temos argumentos para  
103 contrapor. O Presidente da República ofereceu todo o apoio. Eu reforço isso porque ontem saiu, em  
104 entrevista de um dirigente da OPS, que o Governo Lula não dava apoio, não colocava como prioridade.  
105 É o contrário. A área da saúde sempre foi prioridade para o Governo Lula. Nas várias reuniões que  
106 tivemos com outros Ministros da área econômica nunca o Presidente da República faltou com o apoio.  
107 Quando nós precisamos, nos dois últimos dias de governo, para fazer uma medida provisória de re-  
108 alocação de recursos, porque o orçamento do Ministério da Saúde muitas vezes é descentralizado e  
109 não se utiliza o recurso, para que nós não perdêssemos e não tivéssemos o risco de a Emenda não ser  
110 cumprida, o Presidente endossou e decidiu, numa Medida Provisória, pela re-alocação e integração do  
111 recurso para o Ministério da Saúde. O Presidente sempre nos deu apoio, esteve conosco e sempre  
112 garantiu que pudéssemos batalhar naqueles espaços que teríamos para conseguir os recursos que  
113 eram importantes para a área da saúde. Ele só cobrava de todos nós da equipe mais trabalho e que  
114 nós tivéssemos o mesmo nível de consciência da responsabilidade e do compromisso que ele tinha  
115 com a população brasileira. E isso nós fizemos, procuramos fazer. Por isso, acho que essa equipe do  
116 Ministério, do mais graduado dirigente ao mais simples servidor, escondido no anonimato do processo  
117 burocrático que ele tem muitas vezes que decidir sob pressão, porque hoje nós estamos vivendo de

118 novo um processo incrível de medo dos servidores do Ministério da Saúde. Por qualquer processo, por  
119 qualquer falha administrativa nós estamos sendo colocados como membros de organizações  
120 criminosas e por mais que o Ministério da Saúde demonstre que nós estamos é junto com as  
121 autoridades tentando tirar as organizações criminosas daqui de dentro do Ministério, qualquer falha  
122 administrativa é apontada como falha, como molde de um processo criminoso engendrado aqui dentro.  
123 E esse é outro debate que nós temos que fazer e que o Ministério está tentando fazer principalmente  
124 com o Ministério Público. Estamos assinando acordos com alguns Ministérios Públicos para vermos  
125 isso. Hoje, de novo, a nossa equipe está com a autoconfiança abalada, porque um simples parecer  
126 técnico sobre o equipamento “a” ou “b” estar adequado a uma ação “b” ou “c”, esse simples parecer  
127 técnico, se algum auditor ou se algum procurador achar que está equivocado, ele não tem nenhuma  
128 dúvida de colocar e pedir à justiça uma ação forte porque aquele ali faz parte de uma organização  
129 criminosa. Eu acho que nós temos que sair em defesa disso também. Eu acho que nós temos que lutar  
130 para tirar da gestão, de onde quer que seja, aquelas pessoas ou aqueles dirigentes que não tem  
131 respeito pela coisa pública, mas também temos que exigir respeito pela forma como são tratados. Essa  
132 é uma questão que não podemos mais admitir. Hoje, antes de vir para cá, li no jornal que uma  
133 secretaria e uma secretaria-adjunta do Rio de Janeiro, com mandado de prisão, tiveram que se  
134 esconder para não serem presas, devido a ações cruéis que muitas vezes a justiça prefere dar guarida  
135 a quem está entrando ao invés de escutar, querer escutar os motivos que levaram o gestor a tomar  
136 decisão “a” ou “b”. Não é dada a esse gestor essa prerrogativa. Nós estamos criando e vamos propor o  
137 seguro gestor. É verdade, o seguro gestor. Outro dia chegou a minha sala o Antônio (Conselheiro  
138 Antônio Alves de Souza, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa), nosso conselheiro, e ele  
139 assustou-se porque havia mil convênios para eu assinar. Eu tenho que assinar, porque o Dr. Jarbas  
140 (Secretário Jarbas Barbosa) está fora e não pode assinar. O outro secretário-executivo que substitui o  
141 Dr. Jarbas está de férias, merecidas férias, e eu tenho que assinar. Se eu deixar de assinar uma única  
142 via de um daqueles convênios vem um promotor e diz que eu faço parte de uma organização criminosa  
143 para fraudar os recursos públicos. Essa é uma questão que nós temos que debater com a sociedade.  
144 Nós estamos procurando fazer isso com o Ministério Público. Dois grandes frutos da Constituição, o  
145 Sistema Único de Saúde e o Ministério Público, têm que caminhar juntos em defesa dos interesses da  
146 população. E quando nós assinamos esses acordos com o Ministério Público, o que eu disse aos  
147 procuradores foi o seguinte: “eu estou assinando esses acordos não é para pedir que vocês não atuem  
148 contra os gestores de saúde, ao contrário, tem que atuar mesmo. O gestor de saúde que não está  
149 cumprindo a sua responsabilidade tem que atuar contra eles, agora, não é colocar todos dentro da  
150 mesma sujeira. Não é colocar tudo dentro da mesma sujeira”. E se nós não tivermos uma ação pró-  
151 ativa nesse sentido eu acho que daqui a pouco nós não teremos mais gestores na área da saúde. Um  
152 dos meus assessores, que eu admiro pelo seu quadro de carreira, falou assim para mim: “Ninguém me  
153 pega mais como ordenador de despesa. Nunca mais. Como ordenador de despesa, nunca mais.” Aqui  
154 nós ordenamos despesa de R\$ 40 bilhões. Se você tem algum problema com R\$ 1,00 (um real), você é  
155 criminoso, mas as economias que você faz, os gargalos que você tampa, as questões que você não  
156 permite que aconteça, isso não vale, isso não tem valor. Então, eu acho que o Conselho Nacional de  
157 Saúde é um interlocutor importante para chamar a sociedade para essa discussão. Chamar esses  
158 entes para essas discussões. Não é tirar o direito da população de intervir, de recorrer, não, não é esse  
159 o sentido, mas eu acho que não podemos conviver mais com ação judicial. Se um cidadão fica sabendo  
160 em uma revista que na Índia tem um cogumelo que é eficaz para tratar uma disfunção erétil, por  
161 exemplo, e se o juiz concede uma liminar determinando que se deve buscar esse cogumelo lá da Índia  
162 e o gestor não busca, ele é preso. Esses é que são os abusos. Eu conversava outro dia com uma  
163 desembargadora e ela me disse “esse caso eu conhecia e em função dele eu recebi uma ação aqui no  
164 Distrito Federal para comprar um medicamento de alto custo e, por ter considerado estranho, eu  
165 comecei a investigar. Descobri que o cidadão não morava no Distrito Federal e era abastado”. A  
166 desembargadora me disse isso. Ela disse ainda: “O meu pensamento foi simples: se eu autorizar esse  
167 medicamento para essa pessoa que pode comprar, quantas pessoas eu estou tirando da fila de  
168 medicamentos aqui no Distrito Federal”. Eu disse: “Isso é o que a senhora tem que pensar e passar  
169 para os seus pares”. Essa é a questão fundamental, porque a assistência farmacêutica no SUS é  
170 coletiva, não individual. Se a pessoa tem dinheiro para buscar um advogado forte e ir na justiça brigar  
171 por esse medicamento, ele está tirando da fila centenas de pessoas. E de uma hora para outra nós nos  
172 vemos no meio dessa questão. Então, eu acho que esse é um ponto que nós temos que discutir e eu  
173 não tenho dúvida nenhuma que o Conselho Nacional de Saúde tem uma interlocução importante para  
174 fazermos isso. Uma outra questão que eu conversava com o Presidente do Conselho, nós estávamos  
175 discutindo novamente a matéria do Correio Braziliense, e eu disse que foi explicitado mais uma vez um  
176 desvio. Para o Ministério da Saúde, foi ótimo. Quando na segunda-feira vários segmentos da imprensa  
177 vieram falar comigo, eu falei “foi ótimo, uma maravilha” – “Que decisões vocês tomaram?” – Eu disse:  
178 “bloqueamos recursos e vamos tentar buscar de volta”. Foram R\$ 5 milhões, em cinco anos,

179 repassados para entidades, eu não vou dizer fantasmas porque elas existiam, mas que a maioria delas  
180 não recebeu nada daquilo que foi dito ali. Então, acho que está na hora de começarmos a buscar a  
181 qualificação das emendas parlamentares no orçamento do Ministério da Saúde. E são duas discussões  
182 que nós temos que fazer. Uma interna no governo, para discutir o percentual de recurso que vai para a  
183 área da saúde. Até que para nós esse ano foi ótimo, porque quando nós precisamos de ajuste no  
184 orçamento, nós fizemos a partir das emendas parlamentares. Como houve um reajuste em função do  
185 PIB e nós tivemos que cortar quase R\$ 800 milhões, não temos dúvida. Então, temos que fazer essa  
186 discussão e qualificar e de novo o Conselho Nacional de Saúde é um ente importante. É um ente  
187 importante porque ele pode qualificar junto ao Congresso Nacional, tendo como premissa que quem  
188 tem a responsabilidade de aprovar o orçamento da União e de redirecioná-lo é o Congresso Nacional,  
189 mas nós podemos qualificar essas emendas. Podemos discutir com os congressistas como podemos  
190 melhorar a qualificação dessas emendas para que elas tenham mais objetividade e mais repercussão  
191 na hora da sua execução em função das necessidades dos vários municípios. Muitos municípios, até  
192 por razões outras, têm na emenda, muitas vezes, a única opção de ter algum recurso extra, fora do  
193 recurso de custeio. Então, não é simplesmente tirarmos as emendas. As emendas são  
194 constitucionalmente previstas, está certo. Então, nós não podemos é achar que, porque tivemos  
195 emendas de medicamentos que não chegaram ao destino, não podemos achar simplesmente porque  
196 tivemos emendas de "sanguessugas", de "unidades móveis" que não chegaram ao seu destino e que  
197 foram fraudadas, que todas as emendas são fraudadas. Não é verdade. Nós temos várias emendas  
198 que são colocadas no orçamento da União e que têm relevância para a área de saúde. Não tenho  
199 dúvida nenhuma. Eu diria que a maioria. Agora, temos que qualificar e temos que mexer nessas  
200 emendas de modo que elas possam realmente traduzir a necessidade daquela população a que ela  
201 está dirigida. Eu acho que o Conselho Nacional de Saúde é um instrumento importante para isso. Eu  
202 não tenho dúvida nenhuma disso. Para esse ano de 2007, acho que nós temos ainda alguns desafios  
203 que temos que pensar. O primeiro é a própria Emenda nº. 29. Seria importante conseguir a sua  
204 regulamentação. O outro ponto importante que devemos pensar agora se refere à área da assistência.  
205 Há três questões importantes que nós não podemos também deixar de discutir. A primeira é a  
206 qualificação da atenção básica. Não tenho dúvida pelo próprio significado e pela própria repercussão da  
207 atenção básica. Primeiro, porque temos estudos que mostram que 80% dos problemas da saúde  
208 podem ser revolvidos nesse nível de atenção. Então, nós temos que buscar isso. Segundo, porque  
209 temos também indicativos que mostram que 10% de aumento da cobertura da atenção básica, do  
210 Programa de Saúde da Família, por exemplo, traz uma redução de 4% da mortalidade infantil,  
211 independente de qualquer outro fator. Esse é um dado significativo. E na qualificação da atenção  
212 básica, tem a questão da qualificação técnica da atenção básica e a discussão sobre a forma de  
213 contratação desses agentes de saúde, a forma de contratação dos profissionais médicos, dentistas e  
214 enfermeiros. Eu acho que nós temos que buscar, de novo, uma forma de superar os problemas que nós  
215 estamos sentindo. E esses problemas não são unicamente relativos a financiamento. No ano passado,  
216 vocês tomaram conhecimento aqui no Conselho que o Ministério teve que tomar atitude porque em  
217 alguns estados nós verificamos que tinham equipes de saúde da família "fantasmas" e nós atuamos no  
218 sentido de buscar esse recurso de volta, equipes de Saúde da Família atuando num mesmo horário em  
219 um ou dois municípios diferentes e nós também estamos fazendo isso (buscar o recurso de volta).  
220 Então, tem que haver essa qualificação tanto no sentido da organização quanto no sentido do  
221 financiamento, no sentido da capacitação dessas equipes. Um outro segmento que nós temos que  
222 pensar claramente agora no ano de 2007 é a questão da urgência e emergência. Não tenho dúvida que  
223 nós temos que buscar formas de atuar para que possamos minorar um pouco isso. É preciso  
224 regulamentar a Emenda. No Rio de Janeiro, nós estamos tentando fazer isso junto com o estado e o  
225 município, buscando uma organicidade na área de urgência e emergência para que a população possa  
226 sentir-se mais tranquila na hora de ser atendida. E, muitas vezes, na hora que você vai discutir a  
227 urgência e emergência, nós estamos discutindo também a chamada média e alta complexidade, pois os  
228 custos estão ficando insustentáveis para o SUS...interrupção na gravação... Assistência Farmacêutica,  
229 temos que buscar e nós estamos fazendo isso junto com os estados e os municípios, chamando  
230 inclusive o segmento da indústria farmacêutica para discutir e eu tenho que deixar claro aqui que todas  
231 as vezes que nós chamamos o segmento da indústria farmacêutica para conversar ele nunca se postou  
232 de maneira hostil às propostas que o Ministério da Saúde levou, ao contrário, sempre se postou em  
233 uma discussão pró-ativa de encaminhando inclusive sugestões, porque esse é um segmento que, se  
234 nós não dermos alguma linha de tranquilidade, vai ficar insustentável para o setor saúde. E a própria  
235 organização, a própria instituição da comissão de incorporação de tecnologia em saúde no Ministério  
236 da Saúde é o primeiro passo para que passemos organizar isso. Hoje, todo novo medicamento, toda  
237 nova tecnologia a ser financiada pelo SUS tem que ter aprovação dessa comissão. E essa comissão é  
238 importante para que disciplinemos algumas dessas ações porque a área da saúde é uma área atípica,  
239 talvez seja a única área onde a incorporação de tecnologia não pressupõe redução de custo. E isso nós

240 temos visto de uma maneira muito tranquila. Eu tinha outras questões para tratar, mas eu recebi uma  
241 convocação e não posso deixar de ir. Então, eu queria dizer isso. Essas preocupações nós  
242 comungamos com todas. Eu já tive uma conversa com o Presidente (do CNS), nós conversamos  
243 longamente sobre uma série de questões, eu acho que podemos juntos – governo, controle social,  
244 gestores estaduais e municipais, entidades representativas – construir para fazer que o SUS possa  
245 avançar e se consolidar. Eu só chamo atenção para a necessidade de pensar as fragilidades que temos  
246 e ter clareza que temos que enfrentá-las. E, na minha opinião, temos que ter uma posição bastante  
247 tranquila também de re-formatar algumas das questões que estamos discutindo e que possam não  
248 estar dando o resultado esperado. Por não ser um produto acabado, por ser dinâmico, nós temos que  
249 estar preparados para fazer as autocríticas e as reflexões que sejam importantes para consolidar esse  
250 Sistema de Saúde que temos hoje. Eu vou pedir desculpas, mas eu fui convocado pelo Presidente da  
251 República para estar no Planalto às 11 horas. Então, eu peço licença e me comprometo, se for  
252 possível, a voltar aqui para debater as questões que eu coloquei. Então, muito obrigado e boa reunião,  
253 a primeira presidida por um presidente que não sai das hostes governamentais. Isso é importante para  
254 todos nós. Muito obrigado". O Presidente do CNS agradeceu a presença do Ministro de Estado da  
255 Saúde e encerrou este item. Dando continuidade, passou ao segundo item da pauta, explicando que o  
256 tema "residência multiprofissional" foi incluído na pauta, na perspectiva de acompanhar periódica e  
257 sistematicamente as políticas do Ministério da Saúde. **ITEM 2 – RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**  
258 – O Presidente do CNS convidou a Conselheira **Maria Isabel Silva**, da Mesa Diretora do CNS, para  
259 ajudar na coordenação dos trabalho e o Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS,  
260 **Francisco Campos**, para expor sobre o tema. Além disso, comunicou a presença da diretora do  
261 DEGES/SGTES/MS, **Ana Stela Haddad**. O Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na  
262 Saúde/MS, **Francisco Campos**, iniciou a apresentação agradecendo a oportunidade de apresentar ao  
263 Plenário do CNS a proposta de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). Explicou que o  
264 treinamento em serviço (TES) era universalmente reconhecido como a melhor forma de capacitar  
265 especialistas e, por três décadas no Brasil, a única forma reconhecida de TES foi a residência médica.  
266 Ressaltou que o financiamento das residências médicas no Brasil era predominantemente público,  
267 apesar disso, o setor público tinha baixa governabilidade sobre a mesma. Salientou que, na área  
268 médica, era vedado o uso da expressão residência para outras modalidades de capacitação que não  
269 fossem reconhecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Nesse sentido, a  
270 especialização em outras áreas carecia de melhor regulamentação, exceto para as modalidades stricto  
271 sensu (mestrados e doutorados). Em algumas profissões, ela era completamente desregulamentada,  
272 predominando formas privatizadas de capacitação e reconhecimento. Esclareceu que residência era o  
273 "padrão-ouro" da capacitação: excelente qualidade e, por essa razão, dispendiosa. Para ilustrar,  
274 destacou que a preparação de um residente custava R\$ 60 mil. Disse que os custos assistenciais eram  
275 vinculados ao tempo de formação e à especialização (o custo do tempo trabalho era proporcional ao  
276 tempo de formação e adicionalmente associam-se propedéutica e terapêutica desnecessária).  
277 Ressaltou que mesmo os países "liverais" criavam mecanismos de controle sobre as residências, como  
278 os Estados Unidos, com a regra 130/50-50 – 50% das vagas para especialistas e 50% para  
279 generalistas. Nesse ponto, informou que estava em negociação com o MEC a constituição de uma  
280 câmara interministerial de regulação para discutir a especialização no país, por se tratar de um modelo  
281 distorcido. Explicou que, mesmo sendo a Saúde da Família o maior mercado de trabalho para os  
282 recém-graduados, a maioria destes não presenciaram o trabalho de uma equipe. Assim, profissionais  
283 de Saúde da Família dificilmente seriam admitidos nas docências de escolas médicas ou enfermagens.  
284 Além disso, salientou que não havia evidências de que, além do limite do razoável, o prolongamento da  
285 formação gerasse melhores profissionais. Apesar disso, na América Latina, por exemplo, havia cursos  
286 médicos entre quatro e nove anos de duração. Destacou que propor residência universal era renunciar  
287 à terminalidade da graduação e aceitar custos assistenciais mais elevados. Assim, destacou ser  
288 necessário o uso criterioso da residência que deve ser conjugada com a indução da reorientação da  
289 graduação (Pró-Saúde) e a oferta de especialização presencial ou à distância (Rede MAES+).  
290 Considerou que o sistema de residência, seja médica ou medicina geral comunitário ou  
291 multiprofissional, deveria levar à formação de um subgrupo dentro do conjunto dos trabalhadores de  
292 Saúde da Família resultando na formação de uma vanguarda de profissionais com a tarefa de fazer um  
293 modelo reprodutivo para atuar tanto na residência quanto na graduação a fim de que sejam modelos de  
294 práticas que reverenciam a graduação. Nessa lógica, reafirmou que não defendia a residência para  
295 todos, mas sim para um conjunto seletivo de profissionais que pudessem funcionar como modelagem  
296 tanto para sustentar o processo de formação através da residência quanto para interferir nos cursos de  
297 graduação a fim de se formar melhores profissionais. Lembrou que a residência médica estava  
298 regulamentada desde 1977 (Decreto 80.281), sendo gerida no plano nacional pela Comissão Nacional  
299 de Residência Médica (CNRM), criada pelo mesmo Decreto. Por outro lado, a Residência  
300 Multiprofissional em Saúde e sua Comissão haviam sido criadas três décadas depois, pela Portaria

301 Interministerial nº. 45, de 15 de janeiro de 2007, com base na Lei nº. 11.129 e Portaria Interministerial  
302 nº. 2117 (MS e MEC). Reiterou que a residência tinha uma grande importância para a criação de  
303 modelos referenciais de modelagem de práticas desejáveis (role-model). Além disso, ressaltou que  
304 residências multiprofissionais somam-se às residências médicas em medicina da família e da  
305 comunidade na área da atenção básica. Explicou que havia uma absoluta priorização da área da saúde  
306 da família por ser esta a política axial do Ministério. Contudo, havia demanda de residência  
307 multiprofissional para outras áreas, sendo: saúde mental, cardiologia, geriatria-gerontologia e oncologia.  
308 Informou que, no passado, foram financiadas outras áreas de residências tanto multiprofissionais  
309 quanto médicas, quando os recursos superavam a demanda em Saúde da Família. Todavia, no  
310 momento, havia dificuldade de financiar as residências existentes e, por isso, destacou a importância  
311 de ajuda do CNS para conseguir recursos adicionais para esse fim. Continuando, comentou sobre os  
312 recursos alocados/empenhados na série histórica 2004/2005/2006 e a respeito da relação de residente  
313 por Equipe PSF em 2006. Destacou que seria necessário investir nos estados que ainda não formaram,  
314 incentivar aqueles que não apresentaram a apresentar e fazer correção para que os estados que  
315 possuem uma relação de mais equipe por egresso pudessem reduzir essa relação (Ex: Rio de Janeiro  
316 e Ceará). Salientou ainda que a cobertura de seis estados em 2004 passou para dez estados em 2006.  
317 Chamou a atenção para o financiamento de projetos no Norte (Rondônia) e apresentação de projetos  
318 por Tocantins, Mato Grosso, e consulta (Amazonas, Alagoas, Roraima). Disse que o baixo empenho de  
319 2005 em relação a 2004 e 2006 se deve a dificuldades de negociação com vistas a credenciamento de  
320 MFC junto a CNRM. Além disso, destacou o aumento do número de bolsas e, simultaneamente, o custo  
321 por aluno pela decisão de se apoiar tutoria, preceptoria e orientador de serviço (Portarias nº.s 1.111 e  
322 1.143). Afirmou ainda que não houve uma “crise” no financiamento da residência em 2006. O que  
323 ocorreu foi que nos anos de 2004 e 2005 os projetos podiam ser aprovados totalmente e empenhados  
324 parcialmente. Em 2006, devido à Lei de Responsabilidade Fiscal, todos os projetos aprovados  
325 deveriam ser empenhados totalmente. Assim, negociou-se com as instituições a redução do montante  
326 alocado para que um maior número de projetos pudessem ser beneficiados. Destacou ainda outras  
327 ações indutoras na RMS, sendo: realização do I Seminário de Residência Multiprofissional em Saúde  
328 em parceria com o CNS em dezembro de 2005; realização em parceria com o movimento dos  
329 residentes de quatro seminários regionais e do II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional  
330 durante o Congresso Internacional da ABRASCO em agosto de 2006; oficialização do Grupo de  
331 Trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde, Portaria Interministerial 2.538, de 19 de outubro de  
332 2006; financiamento e disponibilização de infra-estrutura e pessoal da equipe DEGES para várias  
333 reuniões do GT, que incluíram duas agendas com o Secretário-Executivo Adjunto do MEC; e conclusão  
334 dos trabalhos com entrega do relatório final. Ressaltou que o GT trabalhou intensamente e de seu  
335 trabalho resultou a Portaria Interministerial. Salientou ainda a articulação permanente do DEGES com o  
336 MEC, dado o caráter intersetorial da proposta e o apoio financeiro à reunião dos coordenadores para a  
337 formação do Fórum dos Coordenadores de Cursos de Residência Multiprofissional. Por fim, destacou a  
338 publicação de livro registrando o desenvolvimento e qualidade dos programas financiados, visando a  
339 consolidação desta política. Concluída a apresentação e acordada a dinâmica do debate, foi aberta a  
340 palavra aos conselheiros. Conselheiro **Flávio Heleno de Figueiredo** cumprimentou o Secretário pela  
341 explanação e falou sobre a sua experiência com residência médica, destacando os resultados positivos  
342 desta proposta. Avaliou que a proposta de residência multiprofissional era essencial ao SUS, contudo,  
343 considerou ser necessária maior atenção ao grande número de faculdades de medicina que formavam  
344 grande número de médicos, na maioria, despreparados para a prática de medicina. Conselheira **Zilda**  
345 **Arns Neumann** chamou a atenção para a importância da residência, em especial para a Saúde da  
346 Família, cujas equipes chegavam aos rincões mais pobres do país. Além disso, perguntou se a  
347 residência previa campos de estágio para a prática dos médicos residentes. Conselheiro **José de**  
348 **Rocha Carvalheiro** cumprimentou o Secretário pela atuação e destacou que a ABRASCO, da qual era  
349 presidente, estava atenta à discussão da residência multiprofissional em saúde. Também, perguntou se  
350 havia posição da SGTES/MS acerca da proposta de instituir graduação em saúde coletiva e se havia  
351 esforço para formalização da carreira de médicos sanitários. Também solicitou a anuência do Plenário  
352 para que a sua suplente, Conselheira **Luciana Alves Pereira**, pudesse manifestar-se sobre o tema. O  
353 pleito foi acatado. Conselheira **Raquel Rigotto** manifestou apoio à proposta de residência  
354 multiprofissional de saúde, por entender que respondia à enorme demanda de formação de  
355 profissionais com perfil adequado para a atenção básica e o trabalho em equipe. Além disso, concordou  
356 com a concepção expressa a respeito do papel da especialização no contexto da atenção básica. No  
357 mais, perguntou quais as categorias profissionais seriam contempladas na residência multiprofissional  
358 em saúde e como seria tratada a questão dos conteúdos específicos de cada uma delas. Além disso,  
359 colocou como desafio para a SGTES e o MEC promover uma cultura a respeito do papel do profissional  
360 médico da atenção básica, dada a idéia de que esta era algo secundário e inferior a outras práticas  
361 médicas. Por fim, solicitou maiores informações a respeito do debate acerca da proposta de graduação

362 em saúde coletiva. Conselheiro **José Eri Medeiros** cumprimentou, além do Secretário **Francisco**  
363 **Campos** e da diretora **Ana Haddad**, a Secretaria-Executiva do CNS que contribui para a publicação da  
364 Portaria Interministerial que dispõe sobre a residência. Manifestou apoio à proposta, haja vista a  
365 importância da residência multiprofissional para os municípios. Salientou que era preciso garantir que  
366 os responsáveis pela contratação e por colocar em prática a política participassem da construção do  
367 curso de residência. Por fim, disse ser necessário priorizar o setor, do ponto de vista orçamentário, a  
368 fim de possibilitar a implementação da política. Na seqüência, foi aberta a palavra ao Secretário de  
369 Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, **Francisco Campos**, para comentários sobre as falas.  
370 O Secretário iniciou a sua intervenção concordando com a necessidade de rever a graduação médica e  
371 destacou que o Pró-Saúde com essa finalidade. Explicou que a residência centrava-se no treinamento  
372 e serviço (de 80 a 90%), com apenas 10 a 20% de atividades complementares (conteúdo). Acrescentou  
373 que, além da rede hospitalar, a residência utilizava os serviços comunitários, os equipamentos  
374 comunitários, entre outros, como campo de atuação. A respeito da proposta de instituir graduação em  
375 saúde coletiva, explicou que a SGTES não possuía posição formal e estava promovendo discussões  
376 acerca do tema. Pessoalmente, avaliou que se tratava de uma proposta interessante e precisava ser  
377 discutida. Salientou que no Brasil cem mil pessoas viviam da gestão de serviços de saúde para as  
378 quais as instituições acadêmicas falavam muito pouco. Destacou que menos de 5% desse total fizeram  
379 qualquer modalidade de pós-graduação na área da saúde coletiva. Assim, as pessoas aprendiam a  
380 gerir o SUS na prática. Explicou que estavam incluídas na residência multiprofissional as quatorze  
381 áreas da saúde definidas pelo CNS, através da Portaria nº. 287. Esclareceu que, apesar de o Saúde da  
382 Família ser a política central do Ministério da Saúde, o modelo hospitalocêntrico e da especialidade,  
383 ainda continuavam no imaginário das pessoas. Por isso, havia evasão nos cursos de medicina da  
384 atenção básica e rotatividade nas equipes do PSF. Para reverter esse quadro, avaliou que seria  
385 necessário disseminar a idéia de que a atenção básica dignificava e dava reconhecimento profissional.  
386 Nesse sentido, disse ser essenciais várias ações, dentre elas, promover a residência, reformar a  
387 graduação e promover parcerias com a academia. Salientou ainda a importância da parceria entre  
388 gestores estaduais e municipais para implementação da política, pois os campos de práticas seriam as  
389 práticas de Saúde da Família dos estados e municípios. Por fim, ressaltou que era preciso dar  
390 continuidade à proposta e reforçou a solicitação de apoio do CNS a fim garantir a residência para a  
391 Saúde da Família e a ampliação a outras áreas. Na seqüência, foi aberta a palavra aos inscritos para o  
392 segundo bloco de intervenção. Conselheiro **Armando Tadeu Guastapaglia** manifestou o apoio das  
393 entidades médicas à proposta de regulamentação da residência multiprofissional. Por outro lado,  
394 alertou para a necessidade de atenção aos critérios a fim de não haver, no futuro, precarização do  
395 trabalho desses profissionais. Ressaltou que, atualmente, a residência era necessária devido à falta de  
396 uma graduação efetiva. Explicou que, do total de médicos formados, apenas 20% conseguiam  
397 residência e os demais iam diretamente para o atendimento, muitas vezes sem condições para isso.  
398 Também defendeu que houvesse ampla discussão sobre o número de médicos necessário para o país.  
399 Além disso, defendeu que, além da residência multiprofissional, fosse definido plano de cargos,  
400 carreiras e salários para o PSF, a fim de garantir a permanência dos profissionais de saúde na atenção  
401 básica. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou como ficaria o conjunto de unidades que  
402 ofereceriam os serviços a partir da proposta de regulamentação da residência multiprofissional.  
403 Conselheira **Francisca Valda da Silva** cumprimentou a todos e manifestou satisfação com o fato de o  
404 tema ter sido pautado pelo CNS. Destacou que a Portaria Interministerial foi discutida com todos os  
405 atores envolvidos no processo, inclusive na CIRH/CNS. Assim, salientou a necessidade de esforço para  
406 implantação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, lembrando que muitos dos temas a  
407 serem discutidos por essa Comissão seriam objeto de deliberação do CNS e do CNE. Também  
408 salientou a necessidade de definir como seria a implantação das comissões estaduais de residência  
409 multiprofissional em saúde. Além disso, disse que os pólos estaduais e municipais de educação  
410 permanente deveriam participar do acompanhamento da política, em parceria com os conselhos de  
411 saúde. Por fim, perguntou como viabilizar a implantação da proposta de residência multiprofissional  
412 com redução do orçamento para esse fim em 2007. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou  
413 que a diminuição de recursos para a área de educação na saúde poderia dificultar a implantação da  
414 política. Além disso, solicitou maiores informações a respeito do montante de R\$ 108 milhões  
415 destinados à graduação lato e stricto senso no orçamento 2007. Também perguntou quais seriam as  
416 estratégias de educação permanente a serem utilizadas pela residência. Conselheira **Ruth Ribeiro**  
417 **Bittencout** cumprimentou a iniciativa e reiterou a solicitação de maiores esclarecimentos sobre o  
418 financiamento da política de residência multiprofissional, a relação com os pólos de educação  
419 permanente, a articulação com o Controle Social e a interface com a portaria de ampliação das bolsas.  
420 Concluído esse bloco de intervenções, foi aberta a palavra ao Secretário de Gestão do Trabalho e  
421 Educação na Saúde/MS, **Francisco Campos**, para comentários. O Secretário informou, a princípio,  
422 que mais de 30% dos profissionais tinham a acesso à residência, sendo que, em alguns estados, esse

percentual chegava a 80%. Também destacou que a má qualidade da graduação não justificava a ampliação da residência, mas apontava a necessidade de enfrentar o problema da graduação. Diante disso, destacou que havia iniciativas, a exemplo do Pró-Saúde, no sentido de reformar a graduação. Além disso, enfatizou que a extensão do tempo de formação não levava à formação de melhores profissionais. Destacou que, apesar das dificuldades, a relação do Ministério da Saúde com o MEC estava mais célere. Explicou ainda que o campo de prática das residências seria o conjunto dos serviços do SUS nos municípios (hospitais universitários, comunitários, entre outros). Além disso, os profissionais deveriam sair dos hospitais para aproximar-se cada vez mais da população. Salientou ainda que não houve diminuição de recursos para a residência em 2007, visto que o orçamento estava alocado em várias ações. Apesar disso, destacou que o CNS poderia contribuir para aumentar o recurso destinado à política a fim de ampliá-la. Ressaltou que, nesse momento, seria necessário reforçar a capacitação, via especialização, para as equipes que já atuavam. Assim, todos os municípios teriam recursos para promover capacitação. Dessa forma, informou havia incentivo para que as redes acadêmicas pudessem oferecer as modalidades de pós-graduação lato sensu, que eram as especializações para as equipes que já estavam trabalhando. Disse que era favorável à ampliação da residência para outras áreas, mas, naquele momento, era necessário apoiar os estados que não possuíam para a Saúde da Família. Defendeu que, na especialização, devia-se atingir o conjunto dos profissionais contratados no momento. Por fim, informou que cada estado poderia definir a melhor forma de articulação com as instâncias locais de educação permanente. A diretora do DEGES/SGTES/MS, **Ana Stela Haddad**, informou que o montante de R\$ 41 milhões destinava-se às residências próprias do Ministério da Saúde. Para a residência multiprofissional, os recursos estavam alocados em outras rubricas. O Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, **Francisco Campos**, reafirmou que não havia diminuição de recursos em 2007 para as residências. Feitos esses esclarecimentos, foi aberta a palavra aos demais inscritos. Conselheira **Zilda Arns Neumann** perguntou se nos cursos de residências e especializações eram considerados os determinantes sociais e outros problemas que traziam prejuízos à saúde, a exemplo do alcoolismo e uso de outras drogas. Conselheira **Silvia Fernanda Martins Casagrande** manifestou satisfação com a publicação da Portaria e quis saber quando a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional iniciaria os seus trabalhos. Conselheira **Luciana Alves Pereira** avaliou que, para aprovação de projeto de residência multiprofissional, deveriam ser considerados os seguintes critérios: projeto pedagógico orientado pelas necessidades locais de saúde; articulação ensino/serviço; e aprovação do controle social. No mais, destacou que a proposta de residência multiprofissional em saúde somente seria satisfatória se articulada a outras estratégias como a mudança na graduação. Conselheira **Maria Thereza Almeida Antunes** cumprimentou o Secretário pela iniciativa e perguntou se os profissionais das universidades não poderiam fazer parte da “vanguarda” de profissionais que teriam por tarefa fazer um modelo reprodutivo para atuar na residência e na graduação. Conselheiro **Armando Martinho Raggio** manifestou a sua satisfação de ter participado do GT que discutiu a proposta de residência multiprofissional em saúde. Destacou que, após quinze anos de implantação do SUS, não houve avanços a respeito da priorização do trabalho, havendo domínio da prioridade do “capital”. Para ilustrar, lembrou a remuneração por procedimentos. Salientou que o dilema maior do Sistema era a universalidade da saúde e o consumo de bens e serviços. Ressaltou que era falsa a idéia de que se alcançava a universalidade com o consumo desregrado de procedimentos. Ressaltou ainda que se vivia sob a hegemonia do capital apesar do discurso comprometido socialmente e da ideologia. Por fim, reforçou o comprometimento do CONASS com a possibilidade de trabalhar na carreira de saúde nos estados e municípios, privilegiando o trabalho, que se iniciava, por exemplo, com o reconhecimento da residência multiprofissional. Conselheira **Marisa Fúria Silva** cumprimentou a iniciativa, contudo, salientou a necessidade de os profissionais de saúde terem formação e capacitação na área de deficiência e patologia. Encerradas as inscrições, o Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/MS, **Francisco Campos**, teceu comentários sobre as falas, agradecendo, a princípio, os cumprimentos à proposta. Ressaltou que a descentralização gerou carreiras estaduais e municipais e o Ministério da Saúde definiu, em 2006, diretrizes para plano de cargos, carreiras e salários. Todavia, disse que não era possível definir carreira única nacional para a saúde, dado o número de municípios brasileiros, com realidades diferentes. Salientou que a Portaria de instituição da residência multiprofissional em saúde era produto de um movimento realizado no país e, apesar das divergências, foi possível chegar a consenso. Reiterou a importância de a residência ser articulada à graduação e à especialização oferecidas às equipes que trabalhavam. Destacou que a “vanguarda”, independente da sua composição, deveria ser a maior possível para influenciar na graduação, na formação e na residência. Salientou que nos cursos de residências e especializações eram considerados as questões da determinação social e outros eixos específicos. Também destacou que a comissão seria instalada o mais breve possível. Por fim, solicitou que o CNS pautasse o trabalho na saúde constantemente nas suas reuniões, visto que era fator essencial ao avanço da reforma do Sistema de Saúde. O Presidente

484 do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, agradeceu o Secretário **Francisco Campos** e passou  
485 aos encaminhamentos. Em que pese as dificuldades, destacou que era preciso lutar pelo sonho de ter  
486 uma carreira de estado para o profissional de saúde. Também ressaltou que este era um tema de  
487 cunho ideológico e cultural, destacando, por exemplo, a dificuldade de debates nos cursos na área de  
488 saúde a respeito da realidade de saúde do país. A partir das falas, pontuou as seguintes preocupações:  
489 relação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde com o Controle Social; e  
490 interface da proposta de Residência Multiprofissional em Saúde com os pólos de educação  
491 permanente. Sobre esses dois pontos, apresentou os seguintes encaminhamentos: **requerer aos**  
492 **representantes do CNS na Comissão que debatam e construam proposta a respeito da relação**  
493 **da Comissão com o Controle Social e interface da proposta com os pólos de educação**  
494 **permanente. Além disso, o Presidente do CNS solicitou à SGTES a apresentação de proposta de**  
495 **orçamento mais adequada à implementação da política, a fim de que o CNS fizesse articulação**  
496 **com o Ministro da Saúde visando garantir o financiamento. Não havendo posições contrárias, as**  
497 **propostas foram aprovadas.** Além dessas propostas, Conselheira **Francisca Valda da Silva** sugeriu:  
498 recomendar a instalação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde ainda no  
499 mês de janeiro de 2006; e demandar à Comissão o envio de relatórios trimestrais de trabalho à  
500 CIRH/CNS para acompanhamento do trabalho. Além disso, perguntou se seis meses era tempo  
501 suficiente para regulação da Comissão e do programa. O Secretário de Gestão do Trabalho e  
502 Educação na Saúde/MS, **Francisco Campos**, explicou que, para a SGTES, a Comissão já poderia ser  
503 instalada de imediato. Contudo, considerou que era preciso verificar com o MEC a indicação dos  
504 nomes, sem atropelar o processo. Por fim, agradeceu o encaminhamento aprovado pelo CNS de  
505 buscar recursos para ampliação da política. **Feitas essas considerações, o Presidente do CNS**  
506 **perguntou se havia posições contrárias à proposta da conselheira Francisca Valda. As**  
507 **propostas foram aprovadas.** Além disso, o Presidente do Conselho agradeceu a SGTES/MS pelo  
508 financiamento das despesas da delegação do CNS para o Fórum Social Mundial. Definido esse ponto,  
509 encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes  
510 conselheiros: **Ailson dos Santos, Alessandra da Costa Lunas, Artur Custódio M. de Souza, Ana**  
511 **Cristhina de Oliveira Brasil, Augusto Pimazoni Netto, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Ciro**  
512 **Mortella, Daniela Batalha Trettel, Eufrásia Santos Cadorin, Francisca Valda da Silva, Francisco**  
513 **Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, João**  
514 **Donizeti Scaboli, José Cláudio Barriguelli, José Cláudio dos Santos, José de Rocha Carvalheiro,**  
515 **José Marcos de Oliveira, Maria Izabel da Silva, Néventon R. Vargas, Moisés Goldbaum, Nildes de**  
516 **Oliveira Andrade, Raquel M. Rigotto, Rogério Tokarski, Ruth Ribeiro Bittencout, Sílvia Fernanda**  
517 **Martins Casagrande, Valdirlei Castagna, Vânia Glória Alves de Oliveira e Zilda Arns Neumann.**  
518 Suplentes: **Armando Martinho Bardou Raggio, Armando Tadeu Guastapaglia, Cleuza de Carvalho**  
519 **Miguel, José Carlos de Moraes, José Eri Medeiros, Lauro Moretto, Luciana Alves Pereira, Maria**  
520 **Emínia Ciliberti, Marisa Fúria Silva, Maria Thereza Almeida Antunes, Maria Thereza Mendonça de**  
521 **Carneiro Rezende, Mauro Fernando Schmidt, Noemy Yamaguishi Tomita, Ronald Ferreira dos**  
522 **Santos, Rosane Maria Nascimento da Silva, Sérgio Metzger, Sérgio Antônio Gonçalves, Valdenir**  
523 **Andrade França e Wilson Valério da Rosa Lopes.** Retomando os trabalhos, foi iniciada a discussão  
524 do item 3 da pauta. **ITEM 3 – INFORMES DA COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO –**  
525 **ENCAMINHAMENTOS** – Conselheiro **Ciro Mortella**, da Mesa Diretora do CNS, assumiu a  
526 coordenação dos trabalhos e convidou para compor a mesa: Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira**  
527 **Brasil**, Coordenadora Interina da COFIN/CNS; Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, da  
528 COFIN/CNS; **Humberto Barreto Alencar**, Coordenador de Acompanhamento e Avaliação/SPO; e  
529 **Francisco Rózsa Funcia**, Consultor Técnico da COFIN/CNS. Inicialmente, Conselheiro **Ciro Mortella**  
530 informou que na próxima reunião da Mesa Diretora seria feito debate sobre o funcionamento da  
531 Comissão e seu papel e atuação perante o Plenário do CNS e o Ministério da Saúde, com a presença  
532 de conselheiros membros da COFIN. Feito esse informe, abriu a palavra à Coordenadora Interina da  
533 COFIN/CNS, Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil**, que, de imediato, passou à apresentação  
534 do relatório da reunião da COFIN/CNS, realizada no dia 9 de janeiro de 2007, que teve como pauta:  
535 análise da execução orçamentária (4º trimestre/2006); acompanhamento do Orçamento 2007; e  
536 encaminhamentos. Destacou que, para analisar o nível de execução orçamentária, considerando os  
537 dados da Tabela “Execução Orçamentária e Financeira – 2006 – Consolidado – Ministério da Saúde –  
538 Posição Dezembro (atualizado até 31.12.2006)”, a COFIN utilizou os seguintes critérios: **a)** Adequado:  
539 valor de empenho igual ou acima de 92% do valor da coluna “Lei+Crédito 2006”, percentual definido por  
540 se tratar de posição do 4º trimestre; valor de liquidação igual ou acima de 85% da coluna “Lei+Crédito  
541 2006”, percentual menor que o adotado para o empenhado por deduzir a defasagem estimada de um  
542 mês para os processos de liquidação de despesa. **b)** Regular: valor de empenho acima de 85% e  
543 abaixo de 92% do valor da coluna “Lei+Crédito 2006”; valor de liquidação acima de 78% e abaixo de  
544 85%. As faixas de percentuais adotadas consideraram como defasagem um mês de execução. **c)**

545 Inadequado: valor de empenho igual ou abaixo de 85% do valor da coluna “Lei+Crédito 2006”; valor de  
546 liquidação igual ou abaixo de 78%. Os dois percentuais são decorrentes dos critérios anteriores “a” e  
547 “b”. Destacou que os percentuais totais de empenho e liquidação que integram as Ações e Serviços de  
548 Saúde – OCC (Outros Custeios e Capital) atingiram 95,57% (R\$ 36.033.522,067,00) e 84,44% (R\$  
549 31.834.188,158,00), respectivamente. Explicou que, considerando os critérios fixados anteriormente, o  
550 nível de execução orçamentária em termos agregados foi adequado em termos de empenhamento e  
551 regular em termos de liquidação. Entretanto, houve variação de desempenho por unidade, tendo como  
552 percentuais de empenho e liquidação e nível de execução orçamentária, respectivamente: FNS  
553 95,78%, 86,97%, adequado empenhamento e adequado liquidação; ANVISA – 97,83%, 68,78%,  
554 adequado empenhamento e inadequado liquidação; FUNASA – 92,79%, 46,95%, adequado  
555 empenhamento e inadequado liquidação; FIOCRUZ – 91,16%, 74,34%, regular empenhamento e  
556 inadequado liquidação; ANSS – 95,92%, 84,71%, adequado empenhamento e regular liquidação; e  
557 GHC – 93,89%, 62,58%, adequado empenhamento e inadequado liquidação. Por fim, salientou que o  
558 nível de execução orçamentária dos 85 itens analisados podia ser resumido como segue: em termos de  
559 empenhamento: 62 com nível adequado; 8 com nível regular; e 15 com nível inadequado; em termos de  
560 liquidação: 28 com nível adequado; 9 com nível regular; e 48 com nível inadequado; em termos de  
561 empenhamento e liquidação com nível adequado: 9 itens; e em termos de empenhamento e liquidação  
562 com nível inadequado: 36 itens. Seguindo, esclareceu que não apresentaria o item do relatório “1.1.3)  
563 Análise por Itens/Programas e Unidades”, posto que seria distribuída errata para substituí-lo. Seguindo,  
564 falou sobre o cumprimento da EC nº. 29, explicando que, levando-se em consideração que o valor total  
565 empenhado com Ações e Serviços de Saúde totalizou R\$ 40.777.756.496,00 e que o valor da aplicação  
566 mínima foi apurado estimativamente em R\$ 40.742.000.000,00 para 2006, houve o cumprimento do  
567 estabelecido pela EC nº. 29. Porém, ressaltou que estava incluído no valor total empenhado os gastos  
568 das Farmácias Populares (itens 36 e 72), considerando que o Ministério do Planejamento, Orçamento e  
569 Gestão adotou a decisão estabelecida no Acórdão do Tribunal de Contas da União para definição da  
570 disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde. Continuando, falou sobre o acompanhamento do  
571 Orçamento 2007, destacando que o Ministério da Saúde deveria apresentar trimestralmente um  
572 relatório de Gestão com a Análise da Execução Orçamentária, devidamente detalhado nos termos do  
573 Art.12 da Lei 8.689/93 combinado com os parágrafos 2º e 3º, Inciso II do Art. 6º do Decreto 1651/95,  
574 para que a COFIN fizesse a análise. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou aparte para  
575 destacar que essa era uma das sugestões da COFIN/CNS para o processo de aperfeiçoamento da  
576 análise da execução orçamentária. Prosseguindo, a coordenadora da COFIN/CNS continuou  
577 destacando que também seria mantida a análise das planilhas contendo o consolidado de programas e  
578 ações e por unidades do Ministério da Saúde, para a avaliação da execução classificada como  
579 adequada, regular ou inadequada para empenho e liquidação. Na sequência, passou aos  
580 encaminhamentos da reunião. A respeito do relatório/pauta da COFIN para reunião plenária do CNS,  
581 destacou: **1)** apresentação sobre Orçamento pela SPO e ao final uma série histórica da evolução  
582 orçamentária dos Restos a Pagar de 2005/2006 e 2006/2007 (proporção); **2)** análise preliminar da  
583 execução orçamentária de 2006 - Itens analisados pela COFIN; e Tabela comparativa entre o  
584 executado em 2005 e o executado (empenho e liquidação) em 2006; **3)** Encaminhamento: O Ministério  
585 da Saúde deverá enviar ao Plenário do CNS o Relatório de Gestão de 2006, em cumprimento ao  
586 parágrafo 2º, Inciso II do art. 6º do Decreto nº. 1.651/95, para análise da COFIN e posterior deliberação  
587 do Plenário do CNS; **4)** Novos parâmetros para a análise da execução orçamentária de 2007 – **a)** o  
588 Ministério da Saúde apresentará trimestralmente um relatório detalhado nos termos do Art.12 da Lei  
589 8.689/93, combinado com os parágrafos 2º e 3º, Inciso II do Art. 6º do Decreto nº. 1.651/95, para que a  
590 COFIN faça a análise; **b)** será mantida a análise das planilhas contendo o consolidado de programas e  
591 ações e por unidades do Ministério da Saúde, para a avaliação da execução classificada como  
592 adequada, regular ou inadequada para empenho e liquidação; **c)** a COFIN também solicitará que a  
593 Secretaria-Executiva do CNS requisite por ofício, ao Sistema Nacional de Auditoria, relatórios mensais  
594 para que estes possam ser analisados pela COFIN com início na próxima reunião; **5)** Encontro de  
595 COFINs do CNS e dos Conselhos Estaduais de Saúde - Data: 29 e 30 de março – Brasília/DF -  
596 Programação a ser elaborada pela COFIN/CNS, mas será incluída na mesma a apresentação da  
597 dinâmica de trabalho do COFIN/CNS, da SPO, do SIOPS especialmente para estimular o controle do  
598 envio das informações dos Estados e Municípios ao Sistema (funcionamento do Sistema e da  
599 homepage) e de outras áreas técnicas do Ministério da Saúde; **6)** Minuta de Resolução do CNS  
600 elaborada pela COFIN e Comissão de Conselheiros (haverá encontro com os conselheiros **Ricardo**  
601 **Heinzelmann** e **Lígia Bahia** para elaboração da minuta); **7)** Outros encaminhamentos: **a)** A COFIN  
602 solicitou à Mesa Diretora e ao Sr. Presidente do CNS que pautasse para a Reunião Plenária Ordinária  
603 do CNS do mês de fevereiro, mais um dia de reunião a fim de que a Comissão possa promover uma  
604 apresentação com discussão introdutória sobre o Orçamento Público da Saúde e o Financiamento das  
605 Ações e Serviços de Saúde no âmbito o Ministério da Saúde e as modalidades de repasse financeiro

606 para os Estados e Municípios para os Conselheiros do CNS. Esta apresentação será feita pelo  
607 Assessor Técnico Contábil da COFIN, Francisco Rózsa Fúncia, por Humberto Alencar e equipe da SPO  
608 e por Corah ou Jomar do SIOPS que fará apresentação do funcionamento do SIOPS e da homepage  
609 do SIOPS. **b)** Na próxima reunião da COFIN, será feita uma análise comparativa da Execução  
610 Orçamentária de 2006, comparada com Orçamento de 2007, uma vez que na reunião da COFIN do dia  
611 9 de janeiro de 2007, a planilha utilizada para a análise foi uma posição consolidada de 8 de janeiro de  
612 2007 e não a planilha consolidada final do ano de 2006. **c)** A COFIN solicitou que a Secretaria  
613 Executiva do CNS requisitasse por ofício à SPO o Balanço Geral da União (BGU) de 2005 e o de 2006  
614 quando este último estiver pronto, que será por volta de 31 de janeiro de 2007, assim como um relatório  
615 resumido das Emendas Parlamentares (com cópia para os Conselheiros Nacionais) para que estes  
616 relatórios possam ser analisados pela COFIN. **d)** A COFIN propõe que seja resgatada a Resolução já  
617 aprovada pelo Plenário do CNS sobre as Emendas Parlamentares, para que a mesma seja  
618 encaminhada para homologação pelo Ministro de Estado da Saúde. **e)** A COFIN irá elaborar sugestões  
619 de estratégias de articulação entre CNS e os Conselhos Estaduais de Saúde, na tentativa de vincular  
620 as Emendas Parlamentares e os contratos/convênios do Ministério da Saúde com o Plano de Saúde e  
621 com o Plano Diretor de Investimento, com vistas à Política Nacional de Regulação. Concluída a  
622 apresentação do relatório, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **José**  
623 **Cláudio Barriguelli**, inicialmente, perguntou se a COFIN/CNS tinha acesso aos dados do SIAF. Além  
624 disso, sugeriu que a Comissão também trabalhasse com metas físicas, além das metas financeiras, a  
625 fim de possibilitar, de fato, a análise das políticas públicas. Conselheira **Zilda Arns Neumann**  
626 cumprimentou a COFIN/CNS pelo trabalho e sugeriu que o relatório apresentasse a execução por  
627 item/programa, a fim de facilitar a análise. Também registrou novamente a proposta de a COFIN/CNS  
628 elaborar relatórios trimestrais mais aprofundados, a ser apresentado com a presença de representantes  
629 das áreas técnicas do Ministério da Saúde para prestar os devidos esclarecimentos ao Plenário. Além  
630 disso, salientou a necessidade de definir nova metodologia de apresentação do relatório da COFIN a  
631 fim de torná-lo mais inteligível. Conselheira **Marisa Fúria Silva** solicitou que a COFIN/CNS  
632 descriminasse o item “Outros Programas”, com ênfase em saúde mental e em patologias e deficiências.  
633 Também perguntou para que se destinava os recursos alocados para Farmácias Populares. O  
634 Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, falou da importância do relatório da  
635 COFIN/CNS, posto que explicitava retrato político do SUS. Destacou que os itens/programas relativos à  
636 prevenção possuíam execução inadequada e, por outro lado, aqueles relativos ao modelo de atenção  
637 predominante, centrado no hospital e no medicamento de alto custo, possuía execução adequada.  
638 Concordou com a preocupação de que não havia debate político aprofundado do diagnóstico feito pela  
639 COFIN/CNS. Assim, defendeu que o CNS definisse, a partir do trabalho da COFIN/CNS, prioridades e  
640 calendário para debate político do diagnóstico da Comissão. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin**  
641 propôs que o CNS acompanhasse a execução financeira orçamentária trimestralmente, com  
642 apresentação de relatório da COFIN/CNS. Além disso, defendeu que o CNS, no início do ano,  
643 solicitasse a programação anual e o relatório de gestão, com acompanhamento durante o ano e  
644 análise, ao final do ano, da aplicação dos recursos a partir das metas definidas. Conselheira **Lígia**  
645 **Bahia** informou o anúncio de que seria distribuída senha para acesso ao SIAF a todos os conselhos,  
646 assim, sugeriu que o CNS solicitasse a senha, para que, dispondo desses dados, fizesse o  
647 acompanhamento da execução mais de perto. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou por que  
648 não foi alocado recurso para o Programa Bolsa-Alimentação em 2006. Também destacou a importância  
649 de a COFIN/CNS ter acesso ao Relatório de Gestão do Ministério a fim de acompanhar a execução dos  
650 gastos. Conselheiro **Moisés Goldbaum** prestou esclarecimento sobre o Programa Farmácia Popular.  
651 Disse que havia dois programas de Farmácia Popular: no primeiro, o usuário pagava um preço  
652 simbólico que cobria a diferença do custo; e o segundo, chamado “expansão da Farmácia Popular”,  
653 trabalhava com as farmácias da rede privada – o usuário pagava 10% do valor do medicamento e os  
654 90% era coberto pelo Ministério da Saúde, não havendo ressarcimento à ação pagamento. Concluídas  
655 as falas, foi aberta a palavra aos integrantes da COFIN/CNS para esclarecimento. Conselheiro **Ronald**  
656 **Ferreira dos Santos** explicou que o processo de estruturação das ações da COFIN/CNS estava em  
657 desenvolvimento. Além disso, ressaltou que a Comissão estava definindo elementos para tornar mais  
658 transparente possível a forma de construção e execução do orçamento da saúde, o segundo maior da  
659 esplanada. Assim, a partir das informações da COFIN/CNS, o Plenário deveria definir as prioridades  
660 para discussão. Ressaltou ainda ser importante maior atenção aos encaminhamentos aprovados pelo  
661 Pleno, visto que muitas das propostas apresentadas pelos conselheiros já haviam sido aprovadas.  
662 Além disso, destacou que muitas das propostas dos conselheiros estavam contempladas no relatório  
663 da Comissão. Em relação ao Programa Bolsa-Alimentação, informou que, por atuação do CNS, foi  
664 possível retirar esse gasto do cômputo do cumprimento da EC nº. 29. Conselheira **Zilda Arns**  
665 **Neumann** sugeriu a convocação de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde, a cada  
666 três meses, para prestar os devidos esclarecimentos ao Plenário sobre a execução orçamentária. A

667 coordenadora Interina da COFIN/CNS, Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil**, destacou que os  
668 representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde deveriam estar presentes em todas as  
669 reuniões do CNS que discutisse a execução orçamentária do Ministério da Saúde. Além disso,  
670 concordou que o acompanhamento da execução deveria ser feito mais de perto. No mais, agradeceu o  
671 apoio do Coordenador de Acompanhamento e Avaliação/SPO, **Humberto Barreto Alencar** e da equipe  
672 da SPO e da equipe do SIOPS. Além disso, registrou a presença dos representantes dessas áreas e de  
673 outras e solicitou a participação de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde nas  
674 reuniões da COFIN/CNS. Na seqüência, Conselheiro **Ciro Mortella** colocou em votação: **o relatório da**  
675 **COFIN/CNS, considerando os encaminhamentos propostos pela Comissão e contemplando as**  
676 **proposições dos conselheiros; a proposta de reunião da Mesa Diretora com a COFIN/CNS para**  
677 **discutir o funcionamento da Comissão e seu papel e atuação perante o Plenário do CNS e o**  
678 **Ministério da Saúde, com a presença de conselheiros membros da COFIN. As propostas foram**  
679 **aprovadas por maioria, com uma abstenção.** Além disso, consignou em ata novamente a  
680 importância da participação de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde na reunião do  
681 CNS durante o debate da execução orçamentária e nas reuniões da COFIN/CNS. Nada mais havendo  
682 a tratar sobre esse tema, encerrou a discussão. Antes de iniciar a discussão do próximo item da pauta,  
683 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez uso da palavra para propor inversão de pauta, garantindo a  
684 discussão do item 10 (Plano Nacional de Saúde) como primeiro ponto de pauta do 2º dia. Conselheiro  
685 **José Cláudio Barriguelli** registrou a necessidade de o CNS definir calendário de debate do Plano  
686 Nacional de Saúde e a estratégia de ação. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** apelou para que  
687 fosse mantida a pauta de discussão do segundo dia de reunião, a fim de não prejudicar nenhum dos  
688 pontos definidos. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** concordou com a solicitação, contudo,  
689 reiterou a sua preocupação como o fato de o tema, dada a sua importância, ser o último da pauta.  
690 Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 4 da pauta. **ITEM 4 – 13ª CONFERÊNCIA**  
691 **NACIONAL DE SAÚDE – Temas, Comissão Organizadora e Regimento e Regulamento -**  
692 Composição da mesa: Conselheira **Carmen Lúcia Luiz**, da Mesa Diretora do CNS; Conselheiro **Artur**  
693 **Custódio M. de Souza**, da Mesa Diretora do CNS e Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente  
694 do CNS. O Presidente do CNS informou que a Mesa Diretora reuniu-se no dia 11 de janeiro de 2007 e  
695 iniciou debate sobre a 13ª Conferência Nacional de Saúde, com foco no temário, comissão  
696 organizadora e Regimento e Regulamento. Em relação ao tema, a Mesa Diretora sugeriu que fizesse  
697 referência aos vinte anos da 8º Conferência Nacional de Saúde (símbólico) e, ao mesmo tempo,  
698 possibilitasse diagnóstico do funcionamento do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de gestão, e  
699 a definição de propostas para solução dos problemas identificados. Dessa forma, o Documento Base  
700 deveria ser substituído por um roteiro que possibilitasse a análise do SUS, em cada esfera de governo,  
701 identificando o que funciona (ou não) no que se refere à Atenção Básica, Atenção Secundária e da  
702 Atenção Terciária, tendo como base o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A respeito da  
703 Comissão Organizadora, explicou que a proposta da Mesa era que fosse composta por vinte  
704 integrantes, sendo: doze representantes do CNS - seis usuários, três trabalhadores e três gestores e  
705 prestadores; e oito convidados - dois do Ministério da Saúde, um do CONASS, um do CONASEMS, um  
706 da academia/universidade, um de entidades representativas dos municípios, um da AMPASA e um da  
707 Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Esclareceu que a Comissão Organizadora  
708 deveria definir entre si as tarefas relativas à articulação e mobilização, comunicação e informação e  
709 infra-estrutura, posto que não seriam constituídas comissões especiais, a exemplo das conferências  
710 anteriores. Em relação às etapas da Conferência, apresentou a seguinte proposta de calendário: até  
711 julho de 2007 – Conferências municipais; de julho a outubro de 2007 – Conferências Estaduais; e de 14  
712 a 18 de novembro de 2007 – Conferência Nacional. Também apresentou o entendimento da Mesa  
713 Diretora de que não deveria haver conferências regionais em substituição às conferências municipais,  
714 posto que as primeiras cerceavam a participação popular nas conferências maiores. Também destacou  
715 que a Mesa promoveu amplo debate sobre as conferências temáticas e sugeriu que não fosse realizada  
716 nenhuma antes da 13ª Conferência Nacional de Saúde, possibilitando inclusive o debate sobre as  
717 conferências temáticas na conferência nacional. Concluída a apresentação, passou a coordenação dos  
718 trabalhos aos Conselheiros **Artur Custódio M. de Souza** e **Carmen Lúcia Luiz**, que, de imediato,  
719 abriram a palavra para considerações do Plenário. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu como  
720 temas para a Conferência: o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão; e o Controle Social.  
721 Conselheira **Raquel Rigotto** inicialmente apoiou a proposta de roteiro para debate, em substituição ao  
722 Documento-Base, e propôs que fossem disponibilizados textos-base para subsidiar a discussão.  
723 Também ponderou sobre a possibilidade de ampliar o tema da 13ª Conferência Nacional de Saúde  
724 para além da atenção da saúde stricto sensu, apontando caminhos para promover saúde e não apenas  
725 tratar danos e agravos. Nessa perspectiva, informou que encaminhou proposta de tema para a 13ª  
726 Conferência Nacional de Saúde, qual seja: Tema geral: desenvolvimento e saúde; e slogan: Caminhos  
727 do Desenvolvimento para a Qualidade de Vida e a Saúde. Assim, sugeriu que o tema levasse em conta

728 as suas ponderações. Conselheira **Lígia Bahia**, de início, avaliou que o SUS não conseguiu  
729 transformar-se em uma política universal de saúde, prevalecendo a idéia de que o Sistema era  
730 fundamentalmente voltado para o atendimento dos “menos favorecidos”. Diante disso, sugeriu que o  
731 tema da 13ª Conferência Nacional de Saúde fosse “SUS – direito à cidadania”. Além disso, discordou  
732 da proposta de centrar o debate no Pacto, que era uma um programa governamental, posto que a  
733 Conferência era o momento de decisão máxima sobre os rumos do Sistema. Conselheira **Nildes de**  
734 **Oliveira Andrade** sugeriu que a 13ª Conferência Nacional de Saúde tratasse da alimentação e nutrição  
735 no âmbito da saúde. Também propôs que a Comissão Organizadora ouvisse as experiências de  
736 coordenadores e relatores de conferências de outras áreas, a fim de definir nova metodologia para a  
737 13ª Conferência. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** concordou com a proposta de considerar a 8ª  
738 Conferência Nacional de Saúde como elemento simbólico da 13ª, contudo, destacou que seria  
739 importante discutir o que se entende por acesso universal e atenção integral e rediscutir o modelo de  
740 financiamento do Sistema. Também sugeriu que o roteiro de debate para a 13ª Conferência  
741 contemplasse: avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004/2007; e perspectivas para o Plano Nacional  
742 de Saúde 2008/2011. Nesse sentido, disse que o governo deveria apresentar a sua avaliação sobre o  
743 Plano 2004/2007. Além disso, destacou que o Controle Social também deveria ser um dos temas 13ª  
744 Conferência, com avaliação inclusiva à luz das metas definidas no Plano 2004/2007. Conselheira **Maria**  
745 **Betânia Serrano de Andrade** concordou que a realização das conferências temáticas agendadas  
746 antes da 13ª da Conferência Nacional de Saúde poderia trazer prejuízos para ambas. Por outro lado,  
747 disse que a realização de conferências temáticas antes das conferências nacionais de saúde  
748 enriqueceria estas. Conselheiro **José de Rocha Carvalheiro** sugeriu que o tema da Conferência  
749 abarcasse as sugestões apresentadas, visto que não eram contraditórias: 20 anos da 8ª Conferência  
750 Nacional de Saúde; diagnóstico do SUS; e desenvolvimento e saúde. Além disso, manifestou apoio à  
751 sugestão de não apoiar conferências regionais, pois se tratava de tema politicamente difícil de se  
752 conduzir. Conselheiro **Rogério Tokarski** sugeriu que a 13ª Conferência também tratasse de temas  
753 amplos como a Lei de Responsabilidade Fiscal e a ética na saúde. Conselheira **Daniela Batalha**  
754 **Trettel** considerou que, além de avaliar o SUS, a 13ª Conferência deveria discutir a sustentabilidade e  
755 desenvolvimento, a participação do setor privado na prestação dos serviços de saúde e a regulação.  
756 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** também avaliou que o SUS se caracterizava, cada vez mais, como  
757 um Sistema para atender os menos favorecidos, os carentes e os idosos. Nessa ótica, defendeu que a  
758 13ª Conferência possibilitasse a discussão de formas de consolidar o SUS para todos, contemplando  
759 controle social mais efetivo e atuante; o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão; o efetivo  
760 acesso aos serviços, atingindo a integralidade; e a criação de mecanismos para garantir a qualidade  
761 dos serviços e humanização no atendimento. Conselheiro **Armando Raggio** concordou com a proposta  
762 de temário da Conselheira **Raquel Rigotto**, por entender que atingia a contradição fundamental do  
763 SUS: criado por inércia do consumo de bens e serviços, com princípios renovadores de proteção social  
764 e de compromissos do Estado com a cidadania. Avaliou que a lógica de inclusão do SUS era perversa,  
765 pois as pessoas eram incluídas somente quando ficavam doentes ressaltou que era falsa a idéia de que  
766 a inundação da sociedade com consumo de bens e serviços faria de todos saudáveis. Também propôs  
767 que a 13ª Conferência Nacional de Saúde fosse realizada na forma de movimento nacional, realizando  
768 as etapas municipais em uma única data e as estaduais em outra, com utilização de todos os recursos  
769 da mídia, configurando-se em uma ação pró-ativa de todos os brasileiros. Conselheira **Marisa Fúria**  
770 **Silva** sugeriu que a 13ª Conferência focasse na avaliação do que foi implantado ou não das propostas  
771 da 12ª Conferência. Conselheiro **Ciro Mortella** lembrou que uma das grandes críticas à 12ª  
772 Conferência foi quanto ao modelo e aos resultados, posto que o grande número de temas resultou em  
773 várias propostas que não tiveram aplicabilidade. Todavia, avaliou que não seria possível promover  
774 debate aprofundado sobre modelo de Conferência para ser implementado na 13ª. Na sua visão, os  
775 eixos temáticos da 13ª Conferência deveriam ser focados, de forma a possibilitar a redefinição da  
776 dinâmica das conferências e a definição de estratégias para real implementação de conceitos de  
777 universalidade e integralidade. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** também defendeu que a 13ª  
778 Conferência focasse em eixos que congregassem as propostas dos conselheiros que não eram  
779 excludentes. Em relação às conferências temáticas, explicou que a proposta era não realizá-las antes  
780 da 13ª Conferência, com o entendimento de aquelas, ao invés de contribuir, poderiam prejudicar a  
781 conferência nacional e vice-versa. Além disso, avaliou que o adiamento das conferências temáticas  
782 possibilitaria a promoção de amplo debate sobre essas conferências – formato, papel, entre outros  
783 aspectos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse que, apesar do reconhecimento da saúde  
784 como direito universal, a população não tinha consciência plena desse direito, exercendo-o, de fato,  
785 apenas quando fica doente. Nesse sentido, concordou com a proposta de movimento nacional, com  
786 realização de todas as conferências municipais concomitantemente e as estaduais também,  
787 mobilizando a sociedade brasileira em torno do direito à saúde e sua execução. Conselheiro **Antônio**  
788 **Alves de Souza** disse que era possível definir o tema para a 13ª Conferência a partir da proposição

apresentada pela Conselheira Raquel Rigotto e da sugestão da Mesa Diretora. Também defendeu que fossem tratados na 13ª Conferência: o Controle Social, a saúde como geradora de fonte de riqueza e o SUS como agenda política nacional. Por fim, concordou com a proposta de definir data para as etapas municipais e estaduais da Conferência, com convocação do Ministro de Estado da Saúde para estas etapas e do Presidente da República para a etapa nacional. Conselheira **Maria Izabel da Silva** disse que, apesar de considerar fantástica a proposta de realizar as conferências estaduais e municipais na mesma data, os municípios poderiam enfrentar dificuldades em implementá-la em 2007. Assim, sugeriu que naquele momento a proposta fosse voltada somente aos Estados. Solicitou que essa sugestão e outras dos conselheiros fossem objeto de discussão da Comissão Organizadora, visto que não havia divergência. Além disso, pediu que os conselheiros se manifestassem sobre os demais pontos relativos à Conferência. Conselheira **Lígia Bahia**, a respeito da eventual dificuldade de os municípios realizarem conferência na mesma data, sugeriu que fosse definido período para a realização da etapa municipal, garantindo-se a mobilização. Defendeu que o SUS fosse o tema central da 13ª Conferência combinado com os subtemas: cidadania, direito à saúde e desenvolvimento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, destacou que, a partir das falas, havia consenso sobre o roteiro para a Conferência, as conferências regionais e as conferências temáticas. Defendeu a proposta da Mesa Diretora de tema para a Conferência, haja vista o debate ideológico no país na perspectiva de mudanças radicais nos princípios da reforma sanitária e de riscos ao SUS. Além disso, destacou que o tema possibilitaria a politização dos cidadãos sobre o SUS para, a partir daí, exigir a prevenção e promoção da saúde. Conselheira **Alessandra da Costa Lunas** reforçou a proposta da Conselheira Raquel Rigotto, por entender que o processo de desenvolvimento era o grande gargalo para universalização do SUS. Conselheira **Zilda Arns Neumann** concordou com a proposta de mobilização para a 13ª Conferência, definindo uma data para a realização das etapas municipais e outra para as estaduais. Além disso, pontuou os seguintes temas a serem discutidos na 13ª Conferência: determinantes sociais da saúde, fortalecimento do Controle Social e Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Conselheiro **José Cláudio dos Santos** destacou que a Conferência não era o momento de avaliação, mas sim de pactuação de compromissos entre as três esferas de gestão. Avaliou ainda que o SUS funcionava bem e precisava de mais recursos para avançar ainda mais. Conselheiro **José Eri Medeiros** defendeu que a 13ª Conferência centrasse o debate nos seguintes temas: o que é o SUS, o papel da gestão e a participação da comunidade. Além disso, concordou com a proposta de discutir os princípios do SUS, contanto que não se discutisse o direito à saúde, pois este já estava assegurado. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** sugeriu que, além do diagnóstico do SUS, a 13ª Conferência tratasse da situação dos planos privados de saúde, que estavam em processo de falência acelerado. Avaliou que futuramente haveria um "apagão médico" em termos de planos privados de saúde e, nessa linha, perguntou se o SUS estava preparado para absorver os beneficiários de planos privados. Conselheira **Maria Betânia Serrano de Andrade** explicou que não defendia a realização das conferências temáticas programadas em 2007, mas entendia ser necessário definir encaminhamento em relação a elas. Além disso, discordou da proposta de discutir a situação dos planos de privados de saúde na Conferência. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que, além do tema, era preciso pensar na metodologia da 13ª Conferência. Explicou que nas últimas conferências houve muita dificuldade porque os delegados tentaram trazer para o relatório final o que foi debatido nos municípios. Nesse sentido, considerou que o roteiro contribuiria para nortear as discussões da 13ª Conferência, aprofundando o debate do tema, focalizando no que estava frágil. Por fim, defendeu o calendário proposto pela Mesa Diretora, visto que um prazo menor para as conferências estaduais e municipais poderia incentivar a realização de conferências regionais. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** disse ser importante discutir qual era o Estado Brasileiro e o seu papel. Avaliou que o Estado era um dos instrumentos mais fundamentais de concentração de renda do país e o SUS foi concebido na lógica contrária, tendo como princípio a universalidade. Nesse sentido, defendeu a proposta de tema "os 20 anos do SUS" porque foi nesse período que houve a reformulação do Estado Brasileiro, a partir da Constituição de 1988. Nessa linha, considerou que não foi cumprida a proposta de democratizar o Estado Brasileiro. Ressaltou que o SUS foi relegado às elites brasileiras, sendo que a inclusão dava-se com a doença, não sendo visto como um sistema universal para toda a cidadania brasileira. Desta forma, disse que seria importante discutir a participação do setor privado na saúde, visto que 60% dos recursos da saúde destinava-se ao sistema privado, não incorporado nas políticas públicas. Na sequência, Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** passou aos encaminhamentos. Destacou que uma parte das falas voltou-se ao tema da Conferência e outra a estratégias. Em relação ao tema, ressaltou como sugestões: desenvolvimento; SUS; Controle Social; níveis de atenção; Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão; direito de cidadania; reafirmação dos princípios da universalidade e integralidade; e determinantes de saúde. Encaminhando, sugeriu que o Plenário definisse a composição da Comissão Organizadora, que, de início, apresentaria proposta de temário, calendário, estratégias e roteiro (em substituição a Documento-Base) para a

Conferência, levando-se em consideração as sugestões do Plenário e as propostas da Mesa Diretora. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** manifestou preocupação com o fato de o Plenário ter que aguardar a próxima reunião para definir o temário e a partir daí fazer a convocação da 13ª Conferência. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, registrou que lhe preocupava a proposta de definir única data para realização de todas as conferências municipais, visto que os municípios enfrentavam dificuldades para encontrar palestrantes para as conferências, o que poderia se agravar se fossem realizadas no mesmo dia. Diante disso, apresentou a seguinte proposta de calendário: 1º de março a 15 de agosto de 2007 – Conferências Municipais; de 15 de agosto a 30 de outubro de 2007 – Conferências Estaduais; e de 14 a 18 de novembro de 2007 – Conferência Nacional. Conselheira **Luciana Alves Pereira** sugeriu que a etapa estadual fosse realizada de 15 de agosto a 15 de outubro, ampliando o espaço entre a estadual e a nacional. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** destacou que, para definir a data da etapa nacional, deveria ser considerado o fato de que a Conferência deveria definir diretrizes para o Plano Nacional de Saúde. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** sugeriu que houvesse um intervalo de cinco a dez dias entre as conferências estaduais e municipais. Conselheira **Maria Betânia Serrano de Andrade** defendeu a proposta de calendário apresentada pelo Presidente do CNS, por considerar os prazos exequíveis. Conselheiro **Armando Martinho Raggio** considerou ser essencial a retomada do movimento de saúde naquele momento dada a situação crítica que vivia o SUS. Destacou que era preciso “falar com a sociedade” e, nessa lógica, sugeriu que fosse feita consulta aos conselhos municipais sobre a possibilidade de realizar as conferências municipais em um mesmo dia. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** avaliou que o esforço do CNS deveria ser voltado à construção do PPA 2008/2011 que seria base para o Plano Nacional de Saúde. Além disso, destacou que o resultado da Conferência poderia ser utilizado para elaborar o Plano. Também defendeu a proposta inovadora de realizar, pelo menos, as conferências estaduais no mesmo dia. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que seria necessário observar os prazos legais para a construção do Plano Nacional de Saúde e do PPA na definição da data da etapa nacional, pois a 13ª Conferência definiria diretrizes a serem consideradas nos dois documentos. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** disse que o Plenário poderia solicitar ao Ministério da Saúde que aguardasse a 13ª Conferência para concluir o Plano Nacional de Saúde. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** registrou que, na elaboração do PPA, também deveriam ser consideradas as deliberações da 13ª Conferência. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que no dia seguinte o Plenário poderia definir com a Secretaria de Planejamento e Orçamento/MS o calendário de debate do Plano Nacional de Saúde. Em relação à 13ª Conferência, disse que seria possível consultar os conselhos estaduais e municipais sobre a proposta de data para as etapas estaduais e as municipais. Contudo, destacou que essa ação deveria ser feita como um movimento. Nesse sentido, ratificou a proposta de definir a comissão organizadora e delegá-la a elaboração do Regimento e do roteiro e a definição da metodologia da Conferência. Ressaltou que o foco deveria ser no que estava frágil e precisava ser fortalecido, com revisão da forma de debate. Encaminhando, Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** colocou em votação as seguintes propostas: **a)** Tema, Calendário e Metodologia: a Comissão Organizadora da 13ª CNS deverá elaborar e apresentar, na reunião ordinária de fevereiro de 2006, proposta de temário, de calendário, de metodologia para a Conferência, levando-se em consideração as sugestões do Plenário e as propostas da Mesa Diretora; **b)** Regimento Eleitoral – a Comissão Organizadora apresentará proposta de Regimento Eleitoral na próxima reunião do CNS; **c)** Roteiro – aprovada a proposta de elaboração de roteiro, em substituição ao Documento-Base; **d)** Conferências regionais – o CNS não reconhecerá etapas regionais de Conferências de Saúde, com caráter deliberativo, de forma a substituir as conferências municipais; e **e)** Conferências temáticas – não realizar até a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Os encaminhamentos foram aprovados por unanimidade. Na seqüência, Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** abriu o debate sobre a composição da Comissão Organizadora da 13ª Conferência Nacional de Saúde, tendo por base a proposta da Mesa Diretora: vinte integrantes, sendo: doze representantes do CNS - seis usuários, três trabalhadores e três gestores e prestadores; e oito convidados - dois do Ministério da Saúde, um do CONASS, um do CONASEMS, um da academia/universidade, um de entidades representativas dos municípios, um da AMPASA e um da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Conselheira **Luciana Alves Pereira** perguntou quem seria o responsável pela indicação do representante da academia/universidade. Além disso, ponderou se seria necessário reservar uma vaga para entidades representativas dos municípios, sendo que já seria garantida uma para o CONASEMS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que a vaga das entidades representativas dos municípios destinava-se à Associação Brasileira de Municípios, à Confederação Nacional de Municípios e à Frente Nacional de Prefeitos, entendendo que estas poderiam contribuir para mobilização das etapas municipais. Conselheiro **José Eri de Medeiros** considerou importante a participação das entidades representativas dos municípios por entender que poderiam contribuir na organização da Conferência. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, disse ser

911 necessário envolver os prefeitos nesse processo, a fim de que eles saibam sobre o funcionamento do  
912 SUS. Em relação à academia, ressaltou que era um ator importante e os representantes da academia  
913 poderia indicar um nome. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** explicou que a proposta de  
914 composição da Comissão Organizadora, apresentada pela Mesa Diretora, foi elaborada com base nos  
915 resultados da Oficina Permanente Rumo à 13ª Conferência Nacional de Saúde com os conselhos  
916 estaduais. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu aumentar o número de conselheiros na  
917 Comissão Organizadora, visto que esta comissão seria responsável por tarefas de articulação e  
918 mobilização, comunicação e informação e infra-estrutura. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco**  
919 **Batista Júnior**, explicou que a experiência demonstrou que as comissões especiais acabaram  
920 burocratizando o processo e não ajudaram. Assim, a Comissão Organizadora definiria os responsáveis  
921 por tarefas de articulação e mobilização, comunicação e informação e infra-estrutura. Conselheiro **Artur**  
922 **Custódio M. de Souza** perguntou se havia proposta de composição da Comissão Organizadora  
923 diferente da apresentada pela Mesa Diretora. Conselheira **Lígia Bahia** sugeriu votar apenas o número  
924 de componentes da Comissão Organizadora e deixar a composição para um segundo momento.  
925 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu ampliar para dezenas o número de conselheiros na  
926 Comissão Organizadora, mantendo os oito convidados. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane**  
927 **Aparecida da Cruz**, explicou que a intenção, ao reservar uma vaga para a academia na Comissão  
928 Organizadora, era trazer a universidade para auxiliar no processo de mobilização nos municípios.  
929 Conselheira **Luciana Alves Pereira** destacou que era favorável à proposta de mobilizar a academia  
930 para participar das discussões da saúde. Contudo, ressaltou ser necessário refletir sobre que sujeito se  
931 esperava na vaga de representantes da academia/universidade e definir estratégias para incluir essa  
932 representação nas etapas municipais. Desse modo, solicitou que a Comissão Organizadora discutisse  
933 essa questão com muita profundidade. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** destacou que o CNS  
934 convidaria os representantes da academia/universidade. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**  
935 sugeriu que o Plenário refletisse sobre os convidados, por entender que havia repetição de  
936 representações. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** propôs que no roteiro fossem explicitadas  
937 orientações sobre a participação da academia/universidade nas conferências municipais. Conselheira  
938 **Maria Thereza Almeida Antunes** sugeriu aumentar o número de conselheiros para dezenas e  
939 diminuir o número de convidados para quatro. Em que pese as considerações dos conselheiros, não  
940 houve consenso sobre a composição da Comissão Organizadora. Assim, Conselheiro **Artur Custódio**  
941 **M. de Souza** colocou em apreciação, primeiramente, as duas propostas em relação ao número de  
942 integrantes: **a)** proposta original: vinte; e **b)** nova proposta: 24 integrantes. **Foi vencedora a proposta**  
943 **original**. Definido esse ponto, submeteu à deliberação as seguintes propostas de composição da  
944 Comissão Organizadora: **a)** Proposta original - vinte integrantes, sendo: doze representantes do CNS -  
945 seis usuários, três trabalhadores e três gestores e prestadores; e oito convidados - dois do Ministério da  
946 Saúde, um do CONASS, um do CONASEMS, um da academia/universidade, um de entidades  
947 representativas dos municípios, um da AMPASA e um da Coordenação da Plenária Nacional de  
948 Conselhos de Saúde; e **b)** Proposta 2 - vinte integrantes, sendo: dezenas conselheiros - oito usuários,  
949 quatro trabalhadores e quatro gestores e prestadores; e quatro convidados. **Foi vencedora a proposta**  
950 **2 com vinte votos. A proposta original recebeu dezenove votos. Uma abstenção. Na sequência,**  
951 **foi aberta discussão sobre quem seriam os convidados.** Conselheiro **José Cláudio Barriguelli**  
952 sugeriu que os convidados fossem: um representante da academia/universidade; um representante de  
953 entidades representativas dos municípios; um representante da AMPASA; e um representante da  
954 Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. **Não havendo posições contrárias, a**  
955 **proposta foi aprovada por unanimidade.** Definido esse ponto, houve intervalo na reunião.  
956 Retomando, Conselheira **Raquel Rigotto**, considerando a responsabilidade social do CNS com a  
957 economia de papel, sugeriu que a Mesa Diretora considerasse as seguintes propostas: enviar  
958 documentos por meio eletrônico aos conselheiros que têm acesso; utilizar papel reciclado na impressão  
959 dos documentos; e utilizar frente e verso as folhas de papel. Também informou que, no dia 15 de  
960 dezembro de 2006, o Conselho Nacional de Meio Ambiente aprovou resolução que estabelece os  
961 limites de emissão de poluentes para atmosfera em caso de fontes fixas, principalmente indústrias.  
962 Contudo, para alguns compostos, os limites foram colocados em patamares superiores aos  
963 recomendados pela Organização Mundial de Saúde, o que teria enormes implicações sob a saúde  
964 pública, porque permitiria contaminação atmosférica que refletiria em doenças respiratórias e  
965 cardiovasculares. Dessa forma, solicitou que a Mesa Diretora pautasse o tema ou encaminhasse para  
966 ser discutida na CISAMA/CNS, a fim de que o CNS se manifestasse sobre a questão, dadas as  
967 implicações desses novos limites para a saúde pública. A mesa registrou a solicitação e daria os  
968 devidos encaminhamentos. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 5 da pauta. **ITEM 5 –**  
969 **TERCEIRIZAÇÃO DE GERÊNCIAS E GESTÃO DO SUS** – O Presidente do CNS, Conselheiro  
970 **Francisco Batista Júnior**, fez um resgate da discussão do CNS sobre a terceirização de gerências e  
971 gestão do SUS, com destaque para a Deliberação nº. 001, de 10 de março de 2005, onde o CNS

manifesta-se contrário à terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde e define o prazo de doze meses para que os órgãos de gestão do SUS adotem medidas para o cumprimento da definição. Destacou que, apesar da deliberação, o processo de deliberação avançou nesse período, o que demandava nova manifestação do Plenário sobre a questão. Feitas essas considerações iniciais, abriu a palavra para manifestação do Plenário. Conselheira **Maria Izabel da Silva** ponderou que, para impedir o avanço do processo de terceirização, o CNS poderia buscar o Ministério Público visando a definição de termo de ajustamento de conduta. Conselheira **Raquel Rigotto** sugeriu verificar o grau de cumprimento da Resolução do CNS com os gestores estaduais e municipais. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** propôs que o CNS solicitasse aos conselhos estaduais e municipais de saúde diagnóstico sobre a terceirização. Também sugeriu intervenção do CNS, por meio do Ministério Público, a fim de impedir o avanço da terceirização. Conselheira **Lígia Bahia** destacou que havia uma política deliberada, bem articulada e sucedida, de privatização do Sistema de Saúde brasileiro, da qual todos tinham conhecimento. Dessa forma, disse ser necessário travar “verdadeira guerra” contra a privatização da gestão do SUS, utilizando todas as “armas” disponíveis, atualizando inclusive a Deliberação do CNS para usá-la nessa ação. Além disso, propôs que esse assunto fosse discutido na oficina com os Conselhos Estaduais de Saúde, a fim de mobilizá-los a participar da luta contra a privatização. Conselheiro **José Eri Medeiros** enfatizou que a gerência e gestão da saúde deveriam ser públicas, mas, em relação a pessoal, o CONASEMS entendia ser possível a contratação. Conselheiro **Sérgio Metzger** salientou a necessidade de o CNS estar atento ao embasamento jurídico utilizado para justificar a terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde. Conselheiro **Ciro Mortella** avaliou que a Deliberação marcava posicionamento do CNS contrário à deliberação, mas não definia o que deveria ser feito pelos órgãos de gestão do SUS do CNS no prazo de doze meses, o que a tornava o documento sem aplicabilidade. Dessa forma, sugeriu ratificar a posição do CNS contrária à terceirização e definir estratégias para cobrar o cumprimento desse posicionamento. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu prorrogar o prazo da Deliberação, a fim de aprofundar debate sobre terceirização. Para ilustrar, citou o caso de Betim onde uma ação considerada terceirização aguardava julgamento da justiça. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou importante considerar no debate sobre a terceirização a alegação de autonomia administrativa por partes dos estados para justificar a terceirização. Além disso, informou que foi sugerido à representação do Ministério Público debate sobre terceirização, haja vista as decisões distintas desse órgão sobre a matéria. Também destacou ser necessário aprofundar o debate sobre a terceirização, pois era um dos pontos frágeis do SUS e iniciar discussão sobre modalidade de gestão. Conselheira **Alessandra da Costa Lunas** avaliou ser necessário promover amplo debate sobre terceirização, visando a definição de termo de ajuste de conduta, com prazos estabelecidos, a fim de servir de subsídio na tomada de decisões pelo judiciário. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** disse que a Deliberação do CNS explicitava o posicionamento político do Conselho, logo, não tinha efeito normativo ou jurídico nas instâncias de gestão. Além disso, chamou a atenção para a necessidade de o Plenário não aprovar documentos sem aplicabilidade, pois isso desgastava o Conselho. Por fim, destacou que a 13ª Conferência poderia ser o espaço de debate sobre terceirização. Conselheiro **José de Rocha Carvalheiro** avaliou que a posição do CNS deveria ser a de defesa intransigente da boa gestão pública. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** explicou que o diagnóstico sobre a terceirização no país era necessário, porque permitiria visão geral da situação e priorização de intervenção nos locais com maior incidência. Avaliou ainda que a intervenção deveria ser feita via Ministério Público, com envolvimento dos conselhos estaduais e municipais de saúde. Conselheira **Maria Betânia Serrano de Andrade** sugeriu que a Deliberação nº. 001/05 fosse reformulada de forma a transformar-se em Resolução. Além disso, disse que seria importante conversar com o Ministério Público sobre estratégias para impedir o avanço da terceirização. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que a Deliberação nº 001/2005 teve consequências concretas e, para ilustrar, informou que foi fundamental para mobilização da sociedade catarinense que impidiu a transformação do Hemocentro e do Centro de Oncologia em Organização Social. Todavia, considerou que seria necessário definir instrumentos para avançar no processo de intervenção e posicionamento político. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** sugeriu elaborar resolução do CNS definindo a suspensão de repasse de recursos para estados e municípios que optaram por modelos de terceirização de gerência e gestão. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, fez uma síntese das propostas apresentadas pelos conselheiros. Em relação a ações políticas, listou: **1)** promover audiências públicas em assembléias legislativas, câmaras municipais para debater a questão e intervir; **2)** mobilizar Conselhos Estaduais para debater a questão da terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde e mandar documentos para o Supremo Tribunal Federal com o posicionamento dos Conselhos a respeito do tema; **3)** realizar audiência com o Ministério Público Federal para discutir a matéria; e **4)** solicitar audiência com a Presidente do STF para solicitar a votação da ADIn impetrada nessa instância contra a terceirização de gerência, gestão e serviços. Além disso, sugeriu discutir com

1033 a assessoria jurídica do Ministério da Saúde a proposta de suspender repasse de recursos para  
1034 Estados e Municípios que optaram por modelos de terceirização de gerência. Conselheira **Daniela**  
1035 **Batalha Trettel** explicou que o CNS poderia explicitar o seu posicionamento político na deliberação e  
1036 interpretar a legislação existente, recomendando a suspensão de repasse de verbas para estados e  
1037 municípios que optaram por modelos de terceirização de gerência. Conselheira **Lígia Bahia** manifestou  
1038 apoio às propostas políticas, mas discordou da sugestão de suspender repasse de recursos, por  
1039 entender que isso prejudicaria principalmente a população. Assim, concordou que houvesse  
1040 penalidade, contanto que não fosse suspensão de recurso. Conselheira **Ana Cristhina** sugeriu  
1041 encaminhar a interpretação jurídica, assim que estivesse concluída, ao Conselho Nacional de Justiça, a  
1042 fim de obter também o posicionamento deste. Conselheiro **Armando Martinho Raggio** registrou apoio  
1043 à interpretação de que saúde era tarefa de Estado e a gestão indelegável. Todavia, destacou que não  
1044 era oferecida alternativa aos gestores para evitar a terceirização. Nesse sentido, sugeriu que o CNS  
1045 fizesse movimento no Congresso Nacional e no Executivo sobre a necessidade de legislação que  
1046 possibilitasse aos gestores ter os instrumentos de gestão, de forma a responder as necessidades da  
1047 operação de unidades, explicitando claramente a diferença entre compra de serviços e terceirização e  
1048 entre gerência e gestão. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, sugeriu que,  
1049 antes de enviar proposta de mudança da legislação que define a gerência de serviços públicos, o CNS  
1050 pautasse debate sobre a gerência de serviços públicos e decidisse o mais interessante para a gerência  
1051 desses serviços à luz dos princípios do SUS. **Houve acordo sobre a proposta.** Além disso, perguntou  
1052 se havia acordo sobre a proposta de recomendar a interrupção de repasse de recursos a estados e  
1053 municípios que optassem por modelos de terceirização. Conselheira **Lígia Bahia** reiterou que era  
1054 contrária à proposta, dada a preocupação de prejudicar aqueles municípios que viviam  
1055 majoritariamente dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, sugeriu que  
1056 houvesse punição pedagógica para resolver o problema e não suspensão de recursos. O Presidente do  
1057 CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, explicou que o Plenário deveria manifestar-se sobre as  
1058 propostas, visto que não havia consenso, sendo: na Assinatura do Termo de Compromisso do Pacto o  
1059 Ministério da Saúde devia suspender repasse de recursos da rubrica de gestão para municípios e  
1060 estados que terceirizam a gerência do serviço público; ou definir punição pedagógica para os  
1061 Municípios e Estados que terceirizam a gerência do serviço público. Conselheiro **Antônio Alves de**  
1062 **Souza**, dada a complexidade da questão, sugeriu que fosse constituído GT para rever a Deliberação  
1063 nº. 001/05 e definir o que fazer em relação aos estados e municípios que optaram por modelos de  
1064 terceirização de gerência. **A propósito, o Plenário decidiu elaborar minuta de resolução,**  
1065 **contemplando as questões colocadas pelos conselheiros e o posicionamento do CNS na**  
1066 **Deliberação nº. 001/05. Para elaborar o documento, foram indicados os seguintes conselheiros:**  
1067 **Antônio Alves de Souza, Daniela Batalha Trettel, José Cláudio Barriguelli e Ronald Ferreira do**  
1068 **Santos. A minuta seria apresentada no segundo dia de reunião.** Definido esse ponto, o Presidente  
1069 do CNS passou a palavra à Secretaria-Executiva para apresentação dos informes e indicações. **ITEM 6**  
1070 **- EXPEDIENTE, INFORMES E INDICAÇÕES** – Expediente - **1)** Relatório da IV Conferência Nacional  
1071 de Saúde Indígena – Proposta: que o Conselho Nacional de Saúde recolha o Relatório da IV  
1072 Conferência Nacional de Saúde Indígena para finalização e publicação, visto que até o momento o  
1073 processo não foi concluído pela Fundação Nacional de Saúde. (Para deliberação). **Após**  
1074 **considerações, o Plenário decidiu comunicar ao Ministro da Saúde a disposição do CNS de**  
1075 **concluir o Relatório da IV CNSI e solicitar que o recurso transferido à FUNASA para custear a**  
1076 **elaboração do documento seja remanejado para o CNS a fim de que o Conselho conclua e**  
1077 **publique o documento.** **2)** Encontro Nacional dos Comitês de Ética em Pesquisa – Data proposta pela  
1078 Comissão Organizadora: 3 a 5 de junho de 2007, em São Paulo. A proposta apresentada e aprovada  
1079 pelo CNS era pela realização no final de março de 2007. **Encaminhamento: A proposta foi aprovada.**  
1080 Além disso, foi solicitada a elaboração de moção de agradecimento ao ex-Conselheiro do CNS, Dr.  
1081 Willian Saad Hossne, pelos dez anos que ele esteve na coordenação da CONEP. **3)** Moção sobre as  
1082 relações entre desenvolvimento e ambiente – Moção sobre as relações entre desenvolvimento e  
1083 ambiente em torno dos procedimentos de licenciamento ambiental. (Para deliberação). **Encaminhamento: A**  
1084 **moção foi aprovada.** Indicações: **1)** Seminário/Curso de Formação CES/MS – O  
1085 Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul convidou o CNS para participar do  
1086 Seminário/Curso de formação, que se realizará nos dias 28 de fevereiro e 1º e 2 de março de 2007, em  
1087 Campo Grande/MS. Não houve indicação. **2)** Seminário Nacional de Direitos Humanos e HIV/Aids – O  
1088 Programa de DST/Aids convidou o CNS para participar como debatedor no Painel 1 “Acesso equitativo  
1089 a meios de prevenção, tratamento e assistência por setores vulneráveis em função da situação social”,  
1090 que ocorrerá no dia 24 de janeiro de 2006, às 14hs. O Seminário se realizará de 24 a 26 de janeiro de  
1091 2007, em Brasília/DF. **Indicação: Conselheiro Ailton dos Santos.** **3)** 8º Congresso Nacional Sindical  
1092 dos Enfermeiros – A Federação Nacional dos Enfermeiros e o Sindicato dos Enfermeiros no Estado do  
1093 RS convidam um palestrante para o painel “O Impacto da Gestão do Trabalho na valorização

1094 Profissional" no dia 27 de abril de 2007, às 16hs. O Congresso se realizará nos dias 26, 27 e 28 de abril  
1095 de 2007, em Porto Alegre/RS. **Indicação: Conselheira Francisca Valda da Silva.** 4) Seminário de  
1096 Sensibilização dos Coletivos Organizados do DF em Defesa do SUS – A Secretaria de Estado de  
1097 Saúde do Distrito Federal, em parceria com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde e  
1098 o Ministério da Saúde, solicita um palestrante para o tema: "Pacto em defesa do SUS", das 15h às 16h.  
1099 O Seminário se realizará no dia 18 de abril de 2007, em Brasília/DF. **Indicação: Conselheiro José**  
1100 **Marcos de Oliveira.** Item extra: 5) Seminário "Agenda para Saúde e Gestão do Trabalho", da UERJ.  
1101 Data: 8 de fevereiro de 2007. **Indicação: Conselheiro Francisco Batista Júnior.** Informes: 1)  
1102 Conselheira **Luciana Alves Pereira** informou a distribuição do relatório da Oficina de Educação  
1103 Permanente para os Conselheiros Nacionais de Saúde, realizada de 6 a 8 de dezembro de 2006.  
1104 Conselheira **Maria Izabel da Silva** sugeriu a leitura do documento e o envio de sugestões. 2)  
1105 Conselheiro **Wilson Valério Lopes** registrou que a Confederação Nacional das Associações de  
1106 Moradores (CONAM) comemorava 25 anos de existência. 3) Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**,  
1107 Coordenadora da CIAN/CNS, apresentou informe sobre casos de Beribéri no sul do Estado do  
1108 Maranhão. Segundo dados do Ministério da Saúde, já foram registrados, desde o início de 2006, 323  
1109 casos da doença em 25 municípios da região sudoeste do Estado, com 49 mortes, principalmente de  
1110 homens adultos. Nesse sentido, solicitou, em nome da CIAN/CNS, pautar o tema no CNS, com convite  
1111 ao Secretário de Atenção à Saúde e representantes do Conselho Estadual e Conselhos Municipais das  
1112 áreas atingidas. **A solicitação será encaminhada à Mesa Diretora.** 4) Conselheira **Lígia Bahia**  
1113 informou que a ABRASCO realizaria em julho de 2007 o Congresso de Ciências Sociais e que poderia  
1114 ser reservado espaço para o CNS no evento. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** solicitou espaço na  
1115 pauta no segundo dia para apresentar questões que precisavam de manifestação do CNS e  
1116 considerações do Ministro de Estado da Saúde. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** informou que a  
1117 partir de denúncia de delegada da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na  
1118 Saúde foi feita investigação que resultou na descoberta de desvio de recursos do SUS, por meio de  
1119 emendas parlamentares destinadas à compra de medicamentos. Nessa lógica, destacou a importância  
1120 da atuação do controle social. Conselheira **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira** informou que em  
1121 2003 denunciou a venda de bolsas coletoras compradas pelo SUS em Teresópolis/RJ e, apesar de as  
1122 auditorias do Ministério da Saúde terem confirmado a denúncia, naquele momento recebeu intimação  
1123 para responder a dois processos por danos morais, calúnias e difamação. Por essa razão, solicitou o  
1124 apoio do Ministério da Saúde nesse caso. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou a  
1125 proposta de realizar a 170ª Reunião Ordinária do CNS nos dias 13 e 14, posto que no dia 16 de  
1126 fevereiro iniciava-se o carnaval e poderia haver problemas no deslocamento dos conselheiros, por  
1127 conta da crise no transporte aéreo. **Não houve posições contrárias à proposta.** Definido esse ponto,  
1128 o Presidente do CNS encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os  
1129 seguintes conselheiros: **Ailson dos Santos, Alessandra da Costa Lunas, Ana Cristhina de Oliveira**  
1130 **Brasil, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Daniela Batalha**  
1131 **Trettel, Eufrásia Santos Cadorin, Flávio Heleno Poppe de Figueiredo, Francisca Valda da Silva,**  
1132 **Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti**  
1133 **Scaboli, José Cláudio Barriguelli, José Cláudio dos Santos, José de Rocha Carvalheiro, José**  
1134 **Marcos de Oliveira, Lígia Bahia, Maria Izabel da Silva, Néventon R. Vargas, Moisés Goldbaum,**  
1135 **Nildes de Oliveira Andrade, Raquel M. Rigotto, Rogério Tokarski, Sílvia Fernanda Martins**  
1136 **Casagrande, Valdirlei Castagna, Vânia Glória Alves de Oliveira e Zilda Arns Neumann.** Suplentes:  
1137 **Armando Martinho Bardou Raggio, Armando Tadeu Guastapaglia, José Eri Medeiros, Jovita José**  
1138 **Rosa, Maria Betânia Serrano de Andrade, Maria Emínia Ciliberti, Marisa Fúria Silva, Maria**  
1139 **Thereza Almeida Antunes, Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende, Mauro Fernando**  
1140 **Schmidt, Ronald Ferreira dos Santos, Rosane Maria Nascimento da Silva, Sérgio Metzger, Tânia**  
1141 **A. Sampaio, Valdenir Andrade França e Wilson Valério da Rosa Lopes.** Iniciando os trabalhos do  
1142 segundo dia de reunião, a Conselheira **Maria Izabel da Silva**, assumiu a coordenação dos trabalhos e  
1143 passou ao primeiro item da pauta. **ITEM 7 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À**  
1144 **SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS** – De início, a Conselheira **Maria Izabel da Silva**, convidou a  
1145 Conselheira **Carmen Lúcia Luiz**, também da Mesa Diretora do CNS, para auxiliar na coordenação e,  
1146 para apresentação do tema, as convidadas **Cristina Buareto**, Diretora do Departamento de Ações  
1147 Estratégicas/SAS/MS e **Thereza de Lamare F. Netto**, Coordenadora da Área de Saúde do Adolescente  
1148 e do Jovem. Definida a dinâmica, foi aberta a palavra às expositoras. Começando, a Diretora do  
1149 Departamento de Ações Estratégicas/MS, **Cristina Buareto**, agradeceu a oportunidade e passou a  
1150 considerações gerais sobre a relevância e pertinência da Política. Destacou que a Política Nacional de  
1151 Atenção Integral à Saúde de Adolescentes foi pensada para suprir a falta de diretrizes para estados e  
1152 municípios em relação ao segmento de adolescentes e jovens. Ressaltou que esse segmento  
1153 enfrentava problemas sérios em relação à violência, ao exercício da sexualidade desprotegida, gravidez  
1154 não planejada e não tinham a tradição de serem tratados pelos serviços de saúde. Acrescentou que a

1155 Política não propunha novos procedimentos de atendimento para os jovens e adolescentes, mas sim  
1156 um olhar diferenciado para essa população. Destacou ainda que, em consonância com a diretriz de  
1157 promoção da saúde do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, a política apresentava ações  
1158 de promoção e prevenção. Além disso, ressaltou que Política auxilia estados e municípios a trabalhar  
1159 intersetorialmente as propostas de intervenção. Feitas essas considerações, passou a palavra à  
1160 Coordenadora da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem/MS, **Thereza de Lamare F. Netto**, que  
1161 reapresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes. Iniciou a explanação  
1162 destacando que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes possuía por foco  
1163 principal investir na saúde e nos direitos de adolescentes e de jovens. Explicou que a Política estava  
1164 em consonância com a Constituição Federal Brasileira e com a Convenção das Nações Unidas sobre  
1165 os Direitos da Criança (Assembléia Geral da ONU) e possuía como pilar o Estatuto da Criança e do  
1166 Adolescente, representando um novo mandato social para a saúde em que adolescentes eram  
1167 reconhecidos como sujeitos sociais, com direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou  
1168 familiares e do próprio Estado e em condição de pessoa humana em desenvolvimento físico, moral e  
1169 psicológico. Explicou que foi a grande mudança de paradigma que estabeleceu obrigações  
1170 diferenciadas para o Estado, as famílias e para a sociedade em geral, instituindo uma nova cultura  
1171 institucional. Salientou que a Política trazia um novo olhar sobre os adolescentes, com apresentação de  
1172 uma concepção mais abrangente de saúde, ampliando para a saúde integral. Em relação aos  
1173 antecedentes da Política, destacou, primeiramente, a criação do Programa de Saúde do Adolescente  
1174 (PROSAD), em 1989, pela Portaria/GM nº. 980, com o objetivo de promover a saúde integral do  
1175 adolescente – de 10 a 20 anos incompletos (atendimento em Centros de Referência). Além disso, citou  
1176 como marcos importantes: o lançamento da Lei Orgânica da Saúde – SUS, em 1990; a Reunião  
1177 Mundial de Ministros de Juventude, em Portugal, em 1998, que apontou a necessidade de intervenção  
1178 na população adolescentes e jovens de forma diferenciada; em 1999, a ampliação, pelo Ministério da  
1179 Saúde, do atendimento específico incluindo os jovens, ficando a faixa etária entre 10 a 24 e a  
1180 constituição de agenda nacional para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, atendendo  
1181 aos princípios do SUS; e, em 2004, a Conferência Nacional que apontou a necessidade de políticas  
1182 específicas voltadas para a atenção integral de saúde de adolescentes, priorizando ações de  
1183 promoção, prevenção, recuperação e reabilitação articuladas intersetorialmente. Ressaltou ainda que,  
1184 em 2004, foi realizada oficina nacional com a participação de todos os segmentos envolvidos com  
1185 adolescentes e jovens, que indicou a necessidade de uma política nacional de atenção integral à saúde  
1186 de adolescentes e jovens. Em 2005, o documento foi concluído e, após discussão interna no Ministério  
1187 da Saúde, colocado em consulta pública para receber contribuições. Paralelamente a esse processo,  
1188 informou que foi realizada a oficina “A participação juvenil no SUS”, que contou com a participação de  
1189 35 ONGs de Jovens e procurou mostrar a importância da participação juvenil no SUS. Em 2006, a  
1190 Política foi encaminhada ao CNS, que enviou à apreciação da CISMU/CNS, a qual se manifestou  
1191 favoravelmente. Prosseguindo, disse que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de  
1192 Adolescentes, integrada e intersetorial, fundamentava-se no reconhecimento de adolescentes e jovens  
1193 como pessoas em processo de desenvolvimento, demandando uma atenção especial ao conjunto  
1194 integrado de suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais.  
1195 Ressaltou que a Política voltava-se para os 54 milhões de adolescentes e jovens (pessoas de 10 a 24  
1196 anos de idade). Destacou que o investimento na saúde de adolescentes e jovens fazia-se necessário  
1197 porque: **a)** das 49.695 mortes por homicídios, 40% foi na faixa etária de 10 a 24 anos; **b)** de 10 a 14  
1198 anos, a principal causa de morte eram os acidentes de transportes; **c)** dos 1.650 óbitos relacionadas à  
1199 gravidez, parto e puerpério, 16% foram entre 10 e 19 anos e 42% entre 20 e 29 anos; **d)** 58% dos  
1200 óbitos maternos atingiam a população jovem; **e)** dos abortos retidos por razões médicas e legais, 30%  
1201 foi na faixa etária de 20 a 24 anos, 19% na de 15 a 19 anos; **f)** 23% dos nascidos vivos eram filhos de  
1202 adolescentes na faixa de 10 a 19 anos; **g)** em 2003, do total de 9.762 novos casos de AIDS, 7,2% foi  
1203 em jovens do sexo masculino de 13 a 24 anos de idade e 11,3% em jovens mulheres na mesma faixa  
1204 etária; e **h)** das internações psiquiátricas, mais de 12% foi na faixa etária de 10 a 24 anos. Acrescentou  
1205 ainda dados relativos à situação socioeconômica considerados na elaboração da Política: 12,2% dos  
1206 adolescentes e jovens vivem em famílias com renda per capita de até ¼ de salário mínimo; em 2001,  
1207 mais da metade dos jovens não estudavam e apenas 42% chegou ao ensino médio; 1,3 milhões são  
1208 analfabetos; 3,3 milhões na faixa etária de 10 a 17 anos não freqüentam a escola; e a taxa de  
1209 desemprego para os jovens estava em torno de 18%, quando a média brasileira era de 9,4%.  
1210 Seguindo, disse que a Política era vista como uma opção pela vida, porque visava promover a atenção  
1211 integral à saúde de adolescentes e de jovens, no âmbito de uma política nacional integrada, garantindo  
1212 promoção de saúde, prevenção de agravos e redução da morbimortalidade. Nessa ótica, citou algumas  
1213 das diretrizes da Política, sendo: **I** - direitos à saúde legalmente constituídos, com garantia de atenção  
1214 integral por faixa etária e grupos populacionais em todos os níveis da atenção, com equidade, de forma  
1215 humanizada, universalizada, hierarquizada e regionalizada; **II** - participação de grupos organizados de

adolescentes e jovens no processo de elaboração, execução e de avaliação da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens; **III** - planejamento, execução e avaliação das ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação articulados intra e intergovernamentalmente, intersetorial e interdisciplinarmente, constituindo um conjunto integrado; **IV** - processo de elaboração, de execução e de avaliação da Política subsidiado por um sistema de informação integrado que conte com as faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19, e 20 a 24 anos; **V** - garantia dos princípios da igualdade entre homens e mulheres, do respeito às diversidades étnicas, de raça e culturais e do direito à orientação; **VI** - educação permanente de profissionais de saúde e gestores; e **VII** - participação das famílias nas ações de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, incentivada e facilitada no SUS, priorizando-se o bem-estar, a segurança e a autonomia desse grupo etário. Também destacou os eixos prioritários da Política, sendo eles: crescimento e desenvolvimento saudável; saúde sexual e saúde reprodutiva; e redução da morbimortalidade por causas externas. Além disso, disse que a Política sugeria temas estruturantes, que auxiliariam o profissional de saúde a construir ações educativas, possibilitando aos adolescentes e jovens uma maior capacidade de posicionamento em relação à sua vida e aos seus direitos humanos, sendo eles: participação juvenil; equidade de gêneros e empoderamento do sexo feminino; direitos sexuais e direitos reprodutivos; projeto de vida; cultura de paz; ética e cidadania; e igualdade racial e étnica. Finalizando, destacou que a Política propunha uma mudança de paradigma na atenção à saúde de adolescentes e jovens, tendo por prioridades: atenção básica, promoção da saúde e demanda organizada. A respeito da atenção básica, destacou como mudanças: Porta de entrada; caminho para a promoção e prevenção dos agravos; contribuir para fortalecer/construir a rede de proteção social/sistema de garantia de direitos; e parcerias intersetoriais/atividades extra-muros. A respeito da promoção da saúde, salientou como mudanças: primazia nas atividades de grupo; ir onde o adolescente está; participação juvenil/envolvimento; e integração com outros setores locais - ONGs, grupos de jovens, familiares, escolas, etc. Em relação à demanda organizada, destacou: diagnóstico da realidade dos adolescentes da localidade/território; reorganização dos serviços; definição de horários; busca ativa em casos especiais como gravidez na adolescência; e articulação com os outros níveis de complexidade do SUS. Concluída a apresentação, a Conselheira **Maria Izabel da Silva** agradeceu as expositoras pela apresentação e abriu a palavra aos inscritos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou se havia diferença em relação texto da Política distribuído aos conselheiros e o apresentado anteriormente ao Plenário. A Coordenadora da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem/MS, **Thereza de Lamare F. Netto**, explicou que não houve modificações na essência do documento, mas sim adaptações a partir das contribuições dos conselheiros. Conselheiro **Ailson dos Santos** destacou que não identificara as alterações sugeridas ao documento quanto este foi apresentado pela primeira vez ao Pleno do CNS. Conselheira **Marisa Fúria Silva** manifestou preocupação com o fato de a Política não apontar ações voltadas a jovens e crianças com deficiência. Conselheira **Zilda Arns Neumann** registrou o seu apoio à aprovação da Política, destacando em especial o seu caráter intersetorial e solicitou o voto favorável dos conselheiros, a fim de não atrasar o processo. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** lembrou que, ao ser apresentada pela primeira vez ao Pleno do CNS, a Política recebeu o apoio do Conselho, contudo, não foi aprovada porque a Conselheira **Zilda Arns Neumann** solicitou vistas à matéria. Assim, perguntou quais foram as alterações feitas na Política. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que, regimentalmente, o conselheiro que solicitava vistas sobre qualquer matéria teria que apresentar parecer ao CNS no prazo de trinta dias. Para resolver essa questão, Conselheira **Maria Izabel da Silva** solicitou à Secretaria-Executiva que verificasse se houve apresentação do parecer pela Conselheira Zilda Arns. Enquanto se aguardava a resposta, o debate prosseguiu. Conselheira **Maria Izabel da Silva** apresentou sugestões para o aprimoramento do documento, sendo: citar na introdução os debates ocorridos no CONANDA em relação à saúde dos adolescentes e jovens; tratar a Política de acordo com a Legislação Brasileira que considera jovens e adolescentes de 10 a 18 anos; enfatizar a questão da saúde do adolescente e jovem com deficiência e do campo; e trabalhar melhor a questão da livre orientação sexual de adolescentes e jovens. Por fim, destacou a necessidade de definir plano de ação para implementar a Política com ações, metas e orçamento. Conselheiro **Ailson dos Santos** solicitou Questão de Ordem para perguntar às convidadas se a Conselheira Zilda Arns enviara sugestões à Política e se essas haviam sido incluídas no documento. A Coordenadora da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem/MS, **Thereza de Lamare F. Netto**, respondeu que todas as dúvidas foram esclarecidas e, de um modo geral, as sugestões foram incluídas no documento. Conselheira **Maria Izabel da Silva** destacou que, conforme a ata da 167ª Reunião Ordinária, onde foi apresentada a Política pela primeira vez, a Conselheira Zilda Arns disse que o documento não poderia ser votado naquele momento, uma vez que estava sendo apresentado pela primeira vez ao Plenário do CNS. E, como encaminhamento, o Plenário aprovou, na ocasião, o adiamento da votação a fim de que houvesse tempo maior para leitura do documento. Logo, não houve pedido de vistas pela Conselheira Zilda Arns.

1277 Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** ressaltou que o Conselho defendia a aprovação do  
1278 documento, contudo, tinha dificuldade para avaliá-lo porque a versão enviada aos conselheiros não  
1279 apresentava os itens 8 e 9. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** cumprimentou as expositoras pelo  
1280 trabalho, todavia, avaliou como inadequada, nas estratégias específicas, a junção de moradores de  
1281 saúde e de acampamentos rurais no mesmo grupo, visto que viviam em situações diferentes. Em  
1282 relação aos direitos sexuais, destacou que seria necessário capacitar e fortalecer os cuidadores para  
1283 discussão da livre orientação sexual, de forma a desconstruir o mito da heterossexualidade  
1284 compulsória. Além disso, salientou a necessidade de promover debate em relação ao paradoxo entre o  
1285 que propõe o ECA a respeito a denúncias e notificações e o que propõe os conselhos de ética da  
1286 psicologia em relação à psicoterapia. Por fim, denunciou que a Secretaria de Saúde de Porto Alegre,  
1287 conveniava com ONG, estava realizando programa de implante hormonal para mulheres adolescentes  
1288 em situação de risco social, contrariando os direitos reprodutivos e o ECA. Dessa forma, solicitou que o  
1289 CNS elaborasse moção contrária a essa ação, a ser encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde de  
1290 Porto Alegre. Conselheiro **José Eri Medeiros** solicitou questão de ordem para informar que o Conselho  
1291 Municipal de Saúde de Porto Alegre vetou o programa e este se encontrava suspenso. Assim, o CNS  
1292 deveria manifestar-se no sentido de reforçar a posição do Conselho Municipal de Saúde de Porto  
1293 Alegre. Concluído esse bloco de discussão, foi aberta a palavra às convidadas. A Diretora do  
1294 Departamento de Ações Estratégicas/SAS/MS, **Cristina Buareto**, informou que o Ministério da Saúde  
1295 recebeu a denúncia do caso de implante de contraceptivo em mulheres adolescente e manifestou-se  
1296 contrário ao programa. Além disso, destacou que, após contato com a Secretaria Estadual do Rio  
1297 Grande do Sul e a Secretaria Municipal de Porto Alegre, o programa foi suspenso. Reafirmou que o  
1298 Ministério da Saúde mantinha a sua posição a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos, com oferta  
1299 de todos os métodos anticoncepcionais reversíveis e não-reversíveis. Assim, colocou-se à disposição  
1300 para distribuir o documento do Ministério da Saúde que, na sua visão, poderia ser referendado pelo  
1301 CNS. Esclareceu que a Política tratava-se de uma orientação mais geral, então, o CNS deveria  
1302 debruçar-se sobre os eixos prioritários (crescimento saudável e desenvolvimento, direitos sexuais e  
1303 reprodutivos com segurança e violência), posto que se tratavam dos itens com maior impacto do ponto  
1304 de vista epidemiológico. Além disso, ressaltou que a partir da Política seriam elaborados protocolos de  
1305 orientação para o atendimento dos serviços. A respeito dos contraceptivos, destacou que era de  
1306 responsabilidade da área técnica de saúde da mulher, contudo, os adolescentes que faziam a  
1307 regulação da sua fertilidade seriam contemplados nessa política. Explicou que, por uma questão de  
1308 recorte, não seria possível dar conta de todo o universo, o que era uma limitação da Política. Por fim,  
1309 esclareceu que foram retirados da Política os itens relativos à operacionalização da Política e às  
1310 responsabilidades de gestão dos entes federados, a partir do entendimento de que seria necessário  
1311 aprovar, primeiramente, as diretrizes da Política. Assim, esses dois pontos seriam discutidos  
1312 posteriormente, inclusive na Tripartite para pactuação. No mais, disse que a Política não possuía  
1313 financiamento específico. A Coordenadora da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, **Thereza de**  
1314 **Lamare F. Netto**, acrescentou que a operacionalização da Política e as responsabilidades de gestão  
1315 dos entes federados poderiam ser discutidas durante a elaboração do plano de ação para implementar  
1316 a Política. Feitos os esclarecimentos, foi aberta a palavra aos inscritos para o segundo bloco.  
1317 Conselheira **Lígia Bahia** cumprimentou as expositoras pela apresentação, todavia, colocou que não se  
1318 sentia à vontade para aprovar diretrizes gerais. Além disso, destacou que a população alvo da Política  
1319 não estava nos serviços de saúde, mas sim, nas favelas, nos acompanhamentos rurais, nas ruas, nos  
1320 cursos de pré-vestibular, entre outros locais. Ressaltou que ainda não havia uma política de saúde para  
1321 adolescentes e jovens, a qual seria alcançada com esforço maior do que houve até aquele momento.  
1322 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** agradeceu a exposição e os esclarecimentos feitos em  
1323 relação à Política. Além disso, apresentou sugestões a serem incorporadas na Política, quais sejam:  
1324 6.1. Diretrizes – incluir item 12 “instituição de forma intersetorial: saúde – educação, um sistema de  
1325 avaliação sistemática da situação alimentar e nutricional dos jovens e adolescentes nas instituições  
1326 formadoras”; 6.3. Eixos prioritários de ação: incluir dois itens: “redução da morbimortalidade e co-  
1327 morbidades relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis”; e “redução da morbimortalidade e  
1328 co-morbidades relacionadas às doenças autoimunes”; Estratégias: acrescentar trecho ao item:  
1329 “implementação das ações de proteção e assistência à saúde de adolescentes e jovens, em especial  
1330 no que tange à saúde mental, saúde bucal, saúde do trabalhador jovem, distúrbios da nutrição e  
1331 doenças crônicas não-transmissíveis, “doença celíaca, fenilcetonúria entre outras”; Objetivos  
1332 específicos – incluir item: “promoção de uma mobilização social em torno das necessidades de saúde  
1333 integral de adolescentes e de seu potencial de desenvolvimento, tendo o Cartão C&D como um  
1334 instrumento de cidadania do direito à saúde.” Por fim, solicitou que a Política também tratasse da  
1335 questão da obesidade e da anorexia. Conselheira **Maria Thereza Almeida Antunes** cumprimentou as  
1336 expositoras e perguntou se existia programa de saúde sexual e reprodutiva para pessoas com  
1337 deficiência e onde era oferecido. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** manifestou preocupação

1338 com a ausência de estratégias para populações específicas, considerando o princípio da equidade, a  
1339 exemplo das populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, entre outras. Nesse sentido, disse que  
1340 seria importante a integração da Política de Adolescentes e Jovens às demais políticas do Ministério da  
1341 Saúde. Além disso, destacou que os itens 8 e 9 da Política eram importantes, pois facilitariam o  
1342 acompanhamento da execução da Política. Conselheiro **José Cláudio dos Santos** defendeu a  
1343 aprovação da Política, entendendo que esta deveria ter um caráter intersetorial. Também perguntou  
1344 quais seriam as estratégias para diminuir a violência contra os jovens. Na seqüência, foi aberta a  
1345 palavra às expositoras para comentários acerca das falas. A diretora do Departamento de Ações  
1346 Estratégicas/SAS/MS, **Cristina Buareto**, destacou que o segmento de adolescentes e jovens era o que  
1347 mais mobilizava a ação intersetorial. De fato, concordou que adolescentes e jovens não estavam  
1348 incluídos nos serviços de saúde, havendo procura por estes apenas sem situações emergenciais. Além  
1349 disso, destacou que o Sistema não se preparou para acolher essa parcela da população. Salientou que  
1350 todas as ações voltadas a adolescentes e jovens estavam integradas e articuladas, sendo necessária a  
1351 definição de novas formas de diálogo para chamar essas populações. Também ressaltou que o  
1352 Ministério da Saúde definia as diretrizes gerais que seriam implementadas por estados e municípios.  
1353 Também lembrou que o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS estavam pactuando as suas  
1354 prioridades a partir do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Assim, avaliou que as  
1355 questões da saúde de adolescente e jovem deveriam ser colocadas nas prioridades, de acordo da  
1356 realidade local. Seguindo, foi aberta a palavra aos inscritos para o terceiro bloco de discussão.  
1357 Conselheira **Alessandra da Costa Lunas** manifestou preocupação com o dado de apenas 16% de  
1358 jovens no campo, e colocou a CONTAG à disposição para incluir a questão rural na Política, posto que  
1359 esse tema exigia estratégia diferente de intervenção. Conselheira **Raquel Rigotto** ponderou que o  
1360 documento deveria ser reconhecido como Política, por conter diretrizes, objetivos, eixos prioritários,  
1361 temas estruturantes e refletia processo de diálogo participativo. Por isso, defendeu a sua aprovação,  
1362 com o compromisso da equipe de iniciar a elaboração do plano de ação. Também destacou a  
1363 necessidade da Política trabalhar a interface entre trabalho e saúde na adolescência e na juventude.  
1364 Nessa perspectiva, salientou a necessidade de incluir o trabalho informal de jovens e adolescentes no  
1365 processo de territorialização no âmbito local. Além disso, chamou a atenção para a exploração no  
1366 primeiro emprego, devendo ser pensada pelo conjunto de organizações sociais militantes nesse campo.  
1367 Por fim, sugeriu a elaboração de projeto sobre os motociclistas profissionais, haja vista o alto número  
1368 de jovens mortos em consequência das relações de trabalho estabelecidas. Conselheiro **Néventon**  
1369 **Vargas** lembrou que as ações voltadas aos adolescentes e jovens deveriam iniciar-se na infância.  
1370 Enfatizou a necessidade de política de inclusão a fim de que os adolescentes e jovens pudessem  
1371 adquirir a consciência de cidadania. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** chamou a atenção para a  
1372 importância da Política e de sua implementação o mais urgente. Entretanto, destacou a importância  
1373 dela centrar-se em ações preventivas do que propriamente curativas, concentrando em questões como  
1374 gravidez, drogas, trauma e violência e cidadania. Por outro lado, disse ser necessário fazer chegar a  
1375 Política às várias instituições (escolas, igrejas, associações, entre outros), a fim de haver amplo debate  
1376 por parte da sociedade. Finalizando, defendeu a elaboração de plano de ação para a Política com  
1377 prazos, metas e recursos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que as novas sugestões  
1378 dos conselheiros fossem consideradas pela equipe, na perspectiva de serem incorporadas ao  
1379 documento. Além disso, sugeriu que o CNS, ao aprovar a Política, fizesse esforço no sentido de inclui-  
1380 la dentre as prioridades do Pacto pela Vida. Por fim, cumprimentou toda a equipe pela elaboração da  
1381 proposta. Fechando esse bloco de intervenções, foi aberta a palavra às expositoras para comentários.  
1382 A Coordenadora da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, **Thereza de Lamare F. Netto**,  
1383 agradeceu as contribuições, na sua visão, extremamente pertinentes e destacou que seria possível  
1384 enfatizá-las no plano de ação. Ressaltou ainda que a prevenção e a promoção da saúde eram o foco,  
1385 destacando em especial a importância da intersetorialidade. Salientou que a Política buscava dar  
1386 visibilidade aos adolescentes e jovens, chamando a atenção para a necessidade de maior interface  
1387 com outras áreas. Finalizando, destacou a importância de agenda pró-ativa no sentido de incluir as  
1388 questões da saúde de adolescentes e jovens no Pacto pela Vida. A diretora do Departamento de Ações  
1389 Estratégicas/SAS/MS, **Cristina Buareto**, respondeu, em relação às orientações relativas à saúde sexual  
1390 e reprodutiva, que a expectativa era que fossem oferecidas na Atenção Básica. Também informou que  
1391 estava em elaboração manual de orientação a profissionais de saúde sobre as questões de orientação  
1392 sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Além disso, destacou que a conjuntura era favorável  
1393 para inclusão das questões de saúde de adolescentes e jovens no Pacto pela Vida. Concluídas as  
1394 explicações, foi aberta a palavra aos inscritos para o último bloco de intervenções. Conselheira **Ruth**  
1395 **Ribeiro Bittencout** solicitou que a equipe explicitasse como foram contempladas as propostas  
1396 apresentadas pelo Plenário quando a Política foi apresentada pela primeira vez. Conselheiro **Sérgio**  
1397 **Metzger** informou a Associação de Diabetes Juvenil (ADJ) realizaria caravana sobre educação em  
1398 saúde, com envolvimento de mais 500 mil jovens, com apoio da Febrafarma e da cantora Ana Carolina.

Nesse sentido, salientou a necessidade de interação da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, porque os adolescentes e jovens com algum de tipo de patologia ou deficiência enfrentava, por exemplo, preconceito e dificuldades. Conselheiro **Ailson dos Santos** cumprimentou a equipe pela iniciativa e perguntou se adolescentes e jovens indígenas, negros e ciganos participaram da construção da Política. Também destacou que era preciso conhecer as especificidades desses grupos, a fim de serem definidas ações específicas, em especial no Pacto pela Vida. Conselheira **Maria Thereza Mendonça Rezende** apresentou ressalva ao marco legal da Política, em relação ao sigilo profissional e o atendimento de adolescentes, solicitando a inclusão de códigos de ética de todas as profissões da saúde inseridas na Política e não apenas o código profissional médico. Além disso, solicitou que no item 6.1, diretrizes, item 7, fosse incluído o caráter multiprofissional das ações. Em relação aos objetivos específicos relativos ao crescimento e desenvolvimento saudável, solicitou incluir, dentre os distúrbios citados, os da comunicação, da deglutição, da respiração, da locomoção e da postura. A propósito, disse que poderia encaminhar texto com sugestão de redação. Além disso, solicitou informações sobre o parecer decorrente do pedido de vistas à Política. Conselheira **Silvia Fernanda Martins Casagrande** informou que o Sindicato de Enfermeiros do Rio Grande do Sul acompanhou de perto a situação de implantes hormonais em mulheres adolescentes. Explicou que, a partir da manifestação do Conselho Municipal de Porto Alegre contrária à ação, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou movimento que fez com que a população atendida se voltasse contra o Conselho. Esclareceu ainda que a Secretaria Municipal de Saúde não reconheceu o parecer do Ministério da Saúde, porque houve a informação de que se tratava de um parecer de uma funcionária do Ministério da Saúde. Assim, salientou a necessidade de elaboração de novo parecer do Ministério da Saúde, com o apoio do CNS, a ser entregue ao Conselho Municipal de Porto Alegre. Conselheira **Marisa Fúria** solicitou que a questão da saúde de adolescente e jovens com deficiência fosse incluída na Política e não só contemplada nos protocolos, por entender que os profissionais deveriam estar capacitados para atender as pessoas com deficiências. Não havendo novos inscritos, foi aberta a palavra para resposta da mesa. A Diretora do Departamento de Ações Estratégicas/SAS/MS, **Cristina Buareto**, informou que o DAE/MS estava preparando, em parceria com o DAB/MS, vários manuais voltados aos profissionais de Saúde da Família, tendo sido elaborados sobre diabetes, hipertensão, saúde bucal e saúde do idoso. Nesse sentido, informou que apresentaria a proposta de elaboração de manual de capacitação dos profissionais de Saúde da Família sobre as pessoas com deficiência. Em relação ao caso de implantes hormonais, esclareceu que foi encaminhado documento, assinado pelas áreas responsáveis, ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Assim, comprometeu-se a enviar o documento ao CNS para conhecimento. Em relação às especificidades regionais, destacou que o Ministério da Saúde estava realizando exercício intersetorial de construção de política em nível nacional e esse processo de debate deveria ser feito nos estados e municípios. Em relação ao financiamento, explicou que a Atenção Básica possuía financiamento chamado "especificidades regionais" voltado a questões específicas das comunidades. Avaliou ainda que as contribuições visavam o aprimoramento do documento e não havia divergências, apesar de considerar que algumas das sugestões, dadas as especificidades, não cabiam estar explicitadas na Política, podendo ser contempladas no plano de ação, a exemplo daquelas apresentadas pela Conselheira Maria Thereza Mendonça. Por fim, agradeceu as contribuições e o acolhimento e apelou aos conselheiros para que aprovassem a Política, por entender que traria benefícios. Feitas essas considerações, Conselheira **Maria Izabel da Silva** passou aos encaminhamentos. A partir das falas, destacou que o encaminhamento era pela aprovação da Política, com o entendimento que contempla princípios, diretrizes e prioridades, incorporando as sugestões dos conselheiros feitas quando a proposta foi apresentada pela primeira vez e as apresentadas naquele momento. Conselheira **Maria Thereza Mendonça Rezende** discordou da aprovação da Política sem a inclusão nos objetivos específicos relativos ao crescimento e desenvolvimento saudável, dentre os distúrbios citados, os da comunicação, da deglutição, da respiração, da locomoção e da postura. A Diretora do Departamento de Ações Estratégicas/SAS/MS, **Cristina Buareto**, explicou que nos objetivos específicos relativos ao crescimento e desenvolvimento saudável estavam explicitados alguns distúrbios que acometiam mais, do ponto de vista epidemiológico, os adolescentes e jovens. Considerou que, por não ser uma questão polêmica, poderia ser discutida com a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem a fim de ser incluída, por exemplo, no plano de ação. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou que no marco legal definia-se que seriam criadas comissões intersetoriais, de âmbito nacional, subordinadas ao CNS, integradas pelos Ministérios e órgãos e competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Assim, o CNS, além de aprovar a Política, teria que tomar as providências necessárias para instituição da Comissão, que seria o instrumento legal do Conselho para acompanhar o desenvolvimento da Política. Conselheira **Maria Izabel da Silva**, entendendo ser necessário, primeiramente, a definição de encaminhamento em relação à Política, apresentou a seguinte proposta: aprovação da Política, considerando as sugestões dos conselheiros, com avaliação do que seria incluído no documento e no

1460 plano de ação. Nesse sentido, disse que deveria ser instituído GT do CNS para discutir com a equipe a  
1461 incorporação das sugestões dos conselheiros, a elaboração do plano de ação e a definição de  
1462 estratégia de divulgação da Política. Feito o encaminhamento, perguntou se havia divergência.  
1463 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que houvesse a segurança de incorporação de  
1464 todas as contribuições no documento. Além disso, discordou da proposta de criação de GT e defendeu  
1465 a constituição da comissão intersetorial naquele momento, por entender que poderia desempenhar a  
1466 tarefa para a qual seria criado o grupo. Conselheira **Maria Izabel da Silva** sugeriu que a criação da  
1467 comissão intersetorial fosse discutida pelo GT de Revisão das Comissões e GTs do CNS. Diante de  
1468 considerações da Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, a Conselheira **Maria Izabel da Silva**  
1469 perguntou se havia consenso sobre a proposta de criação de comissão intersetorial. A Secretaria-  
1470 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, solicitou que o Plenário mantivesse o encaminhamento  
1471 aprovado anteriormente de não criar Comissões e GTs até a conclusão dos trabalhos do GT de  
1472 Revisão das Comissões e Grupos de Trabalho do CNS. **Após considerações, chegou-se ao**  
1473 **consenso de encaminhar à discussão do GT de Revisão das Comissões e Grupos de Trabalho**  
1474 **do CNS a proposta de criação da Comissão Intermínisterial, atendendo à deliberação anterior de**  
1475 **não criar comissões até a conclusão dos trabalhos desse grupo.** Conselheira **Maria Izabel da**  
1476 **Silva** informou que as expositoras comprometeram-se a enviar o documento ao CNS, após  
1477 incorporação das contribuições, inclusive com justificativas para as que não foram contempladas no  
1478 documento. Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** defendeu que a aprovação da Política fosse  
1479 condicionada à incorporação das sugestões dos conselheiros. A diretora do Departamento de Ações  
1480 Estratégicas/SAS/M, **Cristina Buareto**, colocou o seu entendimento de que os distúrbios da  
1481 comunicação, da deglutição, da respiração, da locomoção e da postura estavam contemplados em  
1482 incapacidades funcionais. Apesar desse entendimento, Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil**  
1483 defendeu que esses distúrbios fossem incluídos nos objetivos específicos. Conselheira **Maria Thereza**  
1484 **Mendonça Rezende**, diante da falta de consenso a respeito da inclusão de outros distúrbios nos  
1485 objetivos específicos do eixo crescimento e desenvolvimento sustentável, sugeriu excluir todas as  
1486 especificidades. A diretora do Departamento de Ações Estratégicas/SAS/M, **Cristina Buareto**, defendeu  
1487 a explicitação das especificidades colocadas por serem as que mais acometiam os adolescentes e  
1488 jovens. Conselheira **Maria Thereza Mendonça Rezende** colocou que os acometimentos colocados  
1489 eram os que o Ministério da Saúde tinha registro, porque os problemas de comunicação, por exemplo,  
1490 não eram registrados. Desse modo, reiterou a proposta de inclusão dos distúrbios da comunicação, da  
1491 deglutição, da respiração, da locomoção e da postura na Política e dispôs-se a contribuir na elaboração  
1492 do texto. Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** acrescentou que os distúrbios da locomoção e  
1493 da postura não eram investigados, logo, não havia registro deles. Conselheira **Maria Izabel da Silva**  
1494 apresentou a proposta da área técnica de deixar esse ponto específico em suspenso, para que  
1495 houvesse debate interno no Ministério da Saúde e na Tripartite, com apresentação do resultado da  
1496 discussão ao Pleno. Destacou que havia consenso sobre os demais pontos, assim, sugeriu que os  
1497 interessados encaminhassem propostas de texto por escrito. Conselheiro **José Carlos de Moraes**  
1498 defendeu a aprovação da Política naquele momento, entendendo que a elaboração de novas redações  
1499 para o texto não prejudicaria o mérito da Política. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu  
1500 que no primeiro item dos objetivos específicos relativos ao crescimento e desenvolvimento saudáveis  
1501 fossem excluídas as especificidades, remetendo a discussão sobre a inclusão das especificidades para  
1502 outro momento. A Diretora do Departamento de Ações Estratégicas/SAS/MS, **Cristina Buareto**,  
1503 concordou com a reformulação da introdução do texto relativo ao crescimento e desenvolvimento  
1504 saudáveis de forma a deixá-la genérica. Contudo, não concordou em generalizar o primeiro objetivo  
1505 específico. Em que pese as proposições do Plenário, não foi possível chegar a consenso. Dessa forma,  
1506 Conselheira **Maria Izabel da Silva** colocou em apreciação as seguintes propostas: **1)** aprovar o mérito  
1507 da Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, com incorporação das sugestões  
1508 dos conselheiros; ou **2)** adiar a votação do mérito da Política de Atenção Integral à Saúde de  
1509 Adolescentes e Jovens para a próxima reunião do CNS. **A proposta 1 foi vencedora com vinte**  
1510 **votos.** A proposta 2 recebeu treze votos. Cinco abstenções. Conselheiro **Ciro Mortella** recomendou  
1511 que o documento, após incorporação das sugestões, fosse enviado com antecedência a fim de ser  
1512 apreciado na próxima reunião da Mesa Diretora. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou  
1513 a seguinte Questão de Ordem: votar o mérito porque a votação anterior decidiu se o mérito da Política  
1514 seria votado ou não naquele momento. Conselheira **Maria Izabel da Silva** colocou o entendimento da  
1515 mesa de que o mérito da Política havia sido votado e aprovado. Assim, consultou o Plenário sobre o  
1516 entendimento em relação à votação. Por maioria, o Plenário entendeu que o mérito da Política foi  
1517 votado e aprovado. Em que pese esse entendimento, os questionamentos a respeito da votação  
1518 continuaram. Diante disso, Conselheiro **Antônio Alves de Souza** apresentou a seguinte proposta  
1519 alternativa: aprovar a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, com as novas  
1520 sugestões dos conselheiros; e delegar à equipe responsável pela elaboração da Política a tarefa de

1521 adaptar o texto de acordo com as sugestões e apresentar ao Plenário. Aqueles que não se sentissem  
1522 contemplados poderiam solicitar retificação do texto. **Não havendo outras propostas, Conselheira**  
1523 **Maria Izabel da Silva colocou em votação o encaminhamento proposto pelo Conselheiro Antônio**  
1524 **Alves que foi aprovado por maioria. Duas abstenções.** Definido esse ponto, Conselheira **Maria**  
1525 **Izabel da Silva** agradeceu as expositoras e encerrou a discussão da matéria. Devido ao avançado da  
1526 hora e dos temas agendados para o período da tarde, o item 8 da pauta “Política Nacional de  
1527 Regulação” foi adiado para a próxima reunião do CNS. Definido esse ponto, a mesa encerrou os  
1528 trabalhos da manhã do segundo dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Ailson**  
1529 **dos Santos, Alessandra da Costa Lunas, Artur Custódio M. de Souza, Ana Cristhina de Oliveira**  
1530 **Brasil, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Daniela Batalha**  
1531 **Trettel, Eduardo Bermudez, Eufrásia Santos Cadorin, Flávio Heleno Poppe de Figueiredo,**  
1532 **Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de**  
1533 **Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Cláudio Barriguelli, José Cláudio dos Santos, José Marcos**  
1534 **de Oliveira, Lígia Bahia, Maria Izabel da Silva, Néventon R. Vargas, Moisés Goldbaum, Nildes de**  
1535 **Oliveira Andrade, Raquel M. Rigotto, Ruth Ribeiro Bittencout, Sílvia Fernanda Martins**  
1536 **Casagrande, Valdirlei Castagna e Vânia Glória Alves de Oliveira.** Suplentes: **Abdias José dos**  
1537 **Santos, Armando Martinho Bardou Raggio, Armando Tadeu Guastapaglia, Fernando Luiz**  
1538 **Eliotério, José Carlos de Moraes, José Eri Medeiros, Jovita José Rosa, Lauro Moretto, Luciana**  
1539 **Alves Pereira, Maria Betânia Serrano de Andrade, Maria Emínia Ciliberti, Marisa Fúria Silva, Maria**  
1540 **Thereza Almeida Antunes, Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende, Mauro Fernando**  
1541 **Schmidt, Ronald Ferreira dos Santos, Sérgio Metzger, Valdenir Andrade França e Wilson Valério**  
1542 **da Rosa Lopes.** Retomando, foi iniciada a discussão do penúltimo item da pauta. **ITEM 9 – INFORMES**  
1543 **DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA** – Os conselheiros **Ciro Mortella e Ruth**  
1544 **Ribeiro Bittencout**, da Mesa Diretora, assumiram a coordenação dos trabalhos e, de imediato, abriram  
1545 a palavra à Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, coordenadora interina da CONEP/CNS, que  
1546 apresentou o relatório das atividades desenvolvidas pela CONEP desde que assumira a coordenação  
1547 interinamente, em dezembro de 2006, na intenção de esclarecer, informar, e acolher sugestões e  
1548 indicações para o Plano de Trabalho/2007, buscando contemplar as necessidades relativas ao trabalho  
1549 delegado pelo Pleno do CNS à CONEP. Antes, porém, considerando o processo de renovação deste  
1550 Pleno, fez considerações sobre a conjuntura em que se insere a ação do Sistema CEPs/CONEP na  
1551 atualidade, dadas as dimensões de sua abrangência e sua importância para os usuários das rede SUS  
1552 e todos os sujeitos de pesquisas no Brasil. Destacou a história construída pelos conselheiros do CNS,  
1553 quase duas décadas atrás, com a Resolução nº 01/1988, revista em 1996 na Resolução nº. 196, um  
1554 documento de natureza bioética, multi e interdisciplinar, construído com a participação dos diversos  
1555 segmentos da sociedade e que servia como fundamento para a ação de um sistema que atualmente  
1556 congregava 527 CEPs em funcionamento regular (até 13 de dezembro de 2006) à CONEP/CNS,  
1557 distribuídos geograficamente por todos os estados brasileiros. Ressaltou que deste sistema e de sua  
1558 prática diária em acolher, analisar, orientar e acompanhar a execução de centenas de milhares de  
1559 projetos de pesquisas envolvendo seres humanos, das mais diferentes áreas, emanaram as resoluções  
1560 complementares a 196/96, sendo: Resolução nº. 240/97 (sobre participação de usuários no Sistema  
1561 CEPs/CONEP); Resolução nº. 251/97 (sobre novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos);  
1562 Resolução nº. 292/99 (sobre pesquisas coordenadas no exterior ou com participação estrangeira e  
1563 pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior); Resolução nº. 303/2000 (sobre  
1564 reprodução humana); Resolução nº. 304/2000 (sobre pesquisas em populações indígenas); Resolução  
1565 nº. 340/2004 (sobre pesquisas em genética humana); Resolução nº. 346/2005 (sobre projetos de  
1566 pesquisa multicêntricos); e Resolução nº. 347/2005 (sobre armazenamento de material biológico  
1567 humano ou uso de material armazenado em pesquisas anteriores). Ressaltou que, por meio da  
1568 Resolução nº. 251/97, o CNS delegou aos CEPs a aprovação do ponto de vista da ética, dos projetos  
1569 de pesquisa com novos fármacos, medicamentos e novos testes diagnósticos, devendo ser  
1570 encaminhada a CONEP a cópia dos pareceres consubstanciados de aprovação, com a folha de rosto  
1571 preenchida. Entretanto, a maior parte destes projetos continuava chegando a CONEP, por tratarem-se  
1572 de pesquisa com cooperação estrangeira, o que explicitava a grande necessidade brasileira de  
1573 fortalecimento dos laboratórios nacionais a fim de se caminhar soberanamente na garantia da saúde do  
1574 povo brasileiro. Destacou que, apesar da participação de usuários nos CEPs ter sido regulamentada  
1575 em 1997 por meio da Resolução nº. 240, percebia-se ainda dificuldades nos critérios de indicação  
1576 destes usuários, especialmente em localidades onde não existiam fórum de usuários ativos. Nesse  
1577 sentido, destacou que a revisão da Resolução nº. 240/97 fazia-se necessária, buscando melhor definir  
1578 a indicação da representação de usuários pelos Conselhos de Saúde dos municípios onde se situam os  
1579 CEPs. No que se refere às áreas temáticas, salientou que ainda não haviam sido elaboradas as normas  
1580 para as áreas de biosegurança e de novos equipamentos. Ressaltou que se tratavam de áreas em que  
1581 as interfaces de competências faziam-se prementes e proposições a este respeito, em que pese as

1582 competências específicas da CONEP, deviam ser tratadas conjuntamente, para que não se perdessem  
1583 as oportunidades de construir resoluções que contemplassem estas interfaces e fortalecessem a ação  
1584 da Comissão. Explicou que todas as referidas resoluções foram discutidas e aprovadas pelo Pleno do  
1585 CNS, legítimo representante dos diversos interesses da sociedade brasileira, em especial na defesa do  
1586 Sistema Único de Saúde, significando o pensamento do Controle Social sobre os rumos que se  
1587 desejava assumir na produção do conhecimento sobre saúde, com respeito à vida e à dignidade  
1588 humana. Em consequência delas e das delegações por elas estabelecidas aos CEPs, tinha-se o atual  
1589 resultado de que hoje apenas cerca de 10% dos projetos chegavam para a avaliação da CONEP, ou  
1590 seja, 90% dos projetos tinham como instância de decisão, os CEPs. Assinalou o primeiro grande foco  
1591 de preocupações em fortalecimento da informação/formação dos CEPs, necessidade constantemente  
1592 apontada pelas metas de capacitação divididas com a Secretaria de Ciência de Tecnologia do  
1593 Ministério da Saúde: os CEPs deviam receber formação permanente e ter bastante claros os critérios  
1594 de seu credenciamento e renovação, para que o Sistema pudesse ser capaz de assegurar proteção  
1595 aos sujeitos de pesquisas e incentivo seguro ao crescimento das pesquisas no Brasil. Para isso,  
1596 destacou que a CONEP elaborou a minuta de Resolução encaminhada ao Pleno do CNS em 31 de  
1597 outubro de 2006, por meio do Memorando 090/CONEP/CNS/MS, sobre registro e renovação de CEPs,  
1598 ainda não apreciada por este Pleno, para a qual a CONEP pedia urgência. Explicou que essa proposta  
1599 de resolução visava garantir o fortalecimento destes que eram a verdadeira alma da proteção aos  
1600 sujeitos de pesquisa: os CEPs. Explicou que, estando localizados próximos à ação da pesquisa, deviam  
1601 ser suficientemente estruturados para acompanhar, orientar, avaliar e denunciar, quando necessário,  
1602 possíveis desvios da conduta ética. Ressaltou que a aprovação desta resolução iria garantir  
1603 instrumento para estimular as instituições de pesquisa a investir em seus CEPs e para que estes  
1604 realizassem melhor seu trabalho, importantíssimo para os nossos objetivos comuns. Destacou que a  
1605 informação, como foco das ações de fortalecimento do sistema CEPs/CONEP, perpassava uma  
1606 extensa relação de possíveis usos: sujeitos de pesquisa, usuários e demais membros de CEPs,  
1607 conselheiros de saúde em âmbito municipal, estadual e nacional, pesquisadores, patrocinadores,  
1608 sociedade civil e poderes legislativo, executivo e judiciário. Para isso, informação acessível, clara,  
1609 rápida e eficiente devia ser disponibilizada. O funcionamento integral do SISNEP com integração de  
1610 todos os CEPs, era uma das importantes estratégias voltadas a CEPs, pesquisadores, e CONEP e  
1611 graças ao apoio do DATASUS, este projeto vinha sendo implementado gradualmente. Neste ponto,  
1612 ressaltou a necessidade percebida de se ter para o SISNEP uma assessoria técnica específica,  
1613 captaneada pelo próprio CNS. As contribuições ao SISNEP, por meio das dificuldades percebidas por  
1614 pesquisadores e CEPs vinham sendo incorporadas ao formato inicial, e muito ainda podia ser  
1615 aperfeiçoado e acrescido para que este fosse um portal de informações do tamanho das necessidades.  
1616 A CONEP autorizou, no mês de dezembro, a complementação da divulgação de todos os endereços e  
1617 contatos telefônicos e virtuais com os CEPs que compõem o Sistema, sendo que na tarde do dia  
1618 anterior (17 de janeiro de 2007) a tarefa foi concluída. Ressaltou que, além do SISNEP, dos Manuais  
1619 Operacionais publicados, das Revistas de Ética em Pesquisa e dos demais materiais já produzidos pela  
1620 CONEP em parceria com a Secretaria de Ciência e Tecnologia/DECIT, uma política de  
1621 formação/informação bastante abrangente, voltada também a usuários participantes de CEPs e sujeitos  
1622 de pesquisa, podia contribuir para minimizar possíveis falhas na proteção de sujeitos de pesquisa. A  
1623 atuação conjunta da CONEP com o GT de Educação permanente na formulação desta política de  
1624 formação/informação era proposta para o Pleno neste sentido. Destacou que talvez o ponto mais crítico  
1625 de toda ação da CONEP fosse percebido no resultado de suas ações. Disse que se espera do Sistema  
1626 CEPs/CONEP análise confiável de projetos de pesquisa, análise voltada à proteção de sujeitos de  
1627 pesquisa e análise pautada em princípios éticos. Salientou que o processo adotado pela CONEP era de  
1628 debate em plenária de cada parecer elaborado por um relator, que ao apresentar sua percepção ética  
1629 sobre o projeto era questionado pelos demais membros. Explicou que um parecer inicial de um relator  
1630 podia ser alterado pela plenária da comissão, e por isso o debate de cada projeto era um momento de  
1631 qualificação do parecer, buscando sua consolidação. Ainda assim, quando não se atingia um consenso  
1632 ou entendimento claro sobre o projeto, solicitava-se que um parecerista ad hoc se manifestasse para  
1633 contribuição com o parecer final da plenária. Fato era que, ao assinar um parecer de aprovação ou não  
1634 aprovação, quem o fazia não estava assinando sua posição pessoal, mas sim, um documento que  
1635 refletia o esforço feito pela Comissão em compreender e avaliar eticamente e cientificamente aquele  
1636 projeto. Por certo, apesar de seus esforços e da busca permanente que a CONEP fazia para  
1637 aperfeiçoar-se no estabelecimento de critérios que minimizassem os possíveis erros nas análises, as  
1638 falhas aconteciam como resultado do humano. O tempo de análise, algumas vezes extrapolando os  
1639 sessenta dias, era talvez a falha mais questionada à CONEP. Podia-se em muito otimizar este tempo  
1640 se alguns requisitos puderem ser atendidos. Neste sentido, explicou que a CONEP, em reunião  
1641 realizada em dezembro de 2006 junto com a Secretaria Executiva do CNS, apontou mais uma vez  
1642 algumas necessidades para melhor atender operacionalmente às demandas do processo de recepção,

1643 cadastramento, pré-análise documental, pré-análise técnica, distribuição, emissão do parecer final e  
1644 acompanhamento. Dentre estas necessidades destacam-se: ampliação da equipe técnica, ampliação  
1645 da equipe de apoio, espaço físico ampliado, equipado e próximo ao CNS. Sugeriu-se ainda, naquela  
1646 oportunidade, que os projetos fossem encaminhados pelos pesquisadores já em três vias, sendo duas  
1647 impressas e uma digital em arquivo protegido (PDF), visando agilizar sua tramitação. Em que pese o  
1648 caminho para um eminente processo de descentralização na análise dos projetos de áreas temáticas  
1649 especiais, conforme proposta de Instrução Operacional encaminhada pela CONEP em abril de 2006 e  
1650 ainda não analisada pelo Conselho, a possibilidade de se transitar de uma situação de análise do que o  
1651 CEP devia fazer para como o CEP devia fazer, a melhor estruturação e organização dos trabalhos da  
1652 CONEP era condição fundamental para qualificação de suas ações. Explicou que algumas situações,  
1653 embora raras, por sua natureza e complexidade, demandavam mais do que sessenta dias para um  
1654 parecer inicial. Especialmente aquelas que requerem manifestação de consultores ad hoc, sempre um  
1655 voluntário, extrapolavam o prazo no aguardo do parecerista solicitado. Ressaltou que estas eram  
1656 situações esporádicas e independiam dos esforços da CONEP em cumprir com os prazos, uma vez  
1657 que os pareceristas ad hoc eram também voluntários. Ressaltou que outra possibilidade de diminuição  
1658 consideravelmente dos prazos de tramitação das análises residia justamente na qualificação dos CEPs  
1659 para análise ética e científica de projetos, uma vez que as pendências apresentadas eram  
1660 sistematicamente as mesmas e provenientes dos mesmos CEPs. As visitas locais para orientação aos  
1661 que mais enviavam projetos e mais reincidiam em encaminhar como aprovados, projetos com  
1662 pendências bastante evidentes, poderia contribuir significativamente para reversão deste fato. Assim,  
1663 constava da proposta do Plano de Ação da CONEP em 2007 a realização de visitas aos referidos  
1664 CEPs. Além disso, destacou que a realização do Encontro Nacional de CEPs, o segundo em dez anos,  
1665 proposto para junho de 2007 e com a comissão executiva já instalada por este Conselho, contribuiria  
1666 significativamente para qualificação das análises e avanços nas concepções sobre a temática.  
1667 Salientou que avaliar era sempre um caminho para avançar. A avaliação do sistema, seja interna ou  
1668 externa, era desejável para seu fortalecimento. Todas as críticas deviam ser consideradas como  
1669 possibilidades de reflexão e aperfeiçoamento. Como comissão do CNS, a CONEP, assim como todas  
1670 as demais comissões deste Conselho, estava permanentemente disponível para contribuir com  
1671 processos avaliativos que possam resultar em qualificação de suas funções. Ressaltou, entretanto, que  
1672 independentemente dos processos avaliativos, um sistema que se pretendia idôneo e respeitável devia  
1673 permanecer isento de intervenções que interferissem na autonomia de seus membros para o  
1674 procedimento das análises, sob pena de perder, desta forma, sua alma ética. Recursos eram  
1675 concedidos a todos os que se sentissem injustiçados pelas avaliações da CONEP e, neste caso, todo o  
1676 processo era revisto pela Plenária, acatando-se ou não as argumentações apresentadas. Não raro,  
1677 novos fatos eram apresentados que justificavam a revisão do parecer. Quando não, o pesquisador  
1678 podia rerepresentar o projeto já contando com as orientações anteriormente oferecidas pelo processo de  
1679 análise. Feitas essas considerações iniciais, passou à apresentação do Pleno as propostas de Plano de  
1680 Ação 2007, para apreciação e sugestões. A saber: realizar doze reuniões ordinárias de três dias para  
1681 evitar as extraordinárias; visitar os CEPs que mais apresentam motivos de pendências para orientação  
1682 local; divulgar os critérios de renovação e registro de CEPs; Utilização dos Cadernos de Ética como  
1683 subsídio a ações de fortalecimento do sistema CEPs/CONEP e elaborar documento incluindo os dados  
1684 de 2006; elaborar documento comparativo um ano após (a respeito da avaliação dos CEPs e  
1685 patrocinadores que mais enviam projetos) e comunicação aos CEPs e aos patrocinadores (em  
1686 maio/07); Projeto piloto regionalizado com Coordenadores de CEPs (reuniões regionais); submeter à  
1687 apreciação do Pleno a proposta de instrução normativa sobre delegação de análise de projetos aos  
1688 CEPs; aprovar e divulgar a Resolução sobre registro e renovação de CEPs, com critérios mínimos de  
1689 funcionamento, passando a vigorar novos critérios para registro; incorporar ao GT de Educação  
1690 Permanente do CNS para discussão de Projeto de Fortalecimento dos CEPs em parceria com o CNS;  
1691 garantir o funcionamento integral do SISNEP com integração de todos os CEPs; realizar oficina de  
1692 validação do novo SISNEP (fevereiro/07), com participação de vinte CEPs de todas as regiões; realizar  
1693 oficina para incorporação de novas funcionalidades/melhorias, após implantação; ENCEPs programado  
1694 para junho/2007 - definir periodicidade; revisar a proposta de Avaliação Interpares e elaborar Plano de  
1695 supervisão aprovado no CNS com cronograma de visitas locais e orçamento pactuado no CNS;  
1696 apresentar o plano à Mesa Diretora; rever necessidades conforme organização do trabalho e definições  
1697 como a delegação aos CEPs; renegociar espaço físico junto ao CNS; acompanhar o recebimento das  
1698 respostas com a atualização dos bancos de dados dos projetos e recomendações eventualmente  
1699 necessárias para a proteção dos sujeitos envolvidos; preparar renovação da CONEP e planejar a  
1700 capacitação dos novos membros; elaborar proposta de resolução sobre acesso e proteção de dados,  
1701 sobre biossegurança e sobre novos equipamentos - rever a Resolução nº. 240/97; elaborar Plano de  
1702 Comunicação (SISNEP, atualização da página eletrônica, Cadernos de Ética em Pesquisa, etc).  
1703 Concluída a apresentação, registrou a distribuição ao Pleno da minuta de resolução sobre registro e

1704 renovação de CEPs. Concluída apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Plenário.  
1705 Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza**, a respeito da certificação dos CEPs, sugeriu que os Comitês  
1706 pudessem solicitar a certificação, mesmo tendo perdido o prazo definido para renovação. Conselheiro  
1707 **José de Rocha Carvalheiro** ponderou se a CONEP/CNS, dada a especificidade da sua atuação, não  
1708 ficaria melhor situada em outra instância do Ministério da Saúde. Além disso, sugeriu a realização de  
1709 encontro entre os membros da CONEP/CNS e os da CICT/CNS para discutir a minuta de resolução.  
1710 Conselheiro **Ciro Mortella** perguntou o que a minuta de resolução sobre registro e renovação de CEPs  
1711 tinha de diferente da regulamentação vigente. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** sinalizou a  
1712 importância de o Plenário do CNS fazer uma homenagem ao ex-Conselheiro **Willian Hossne Saad**,  
1713 pelo brilhante trabalho dele à frente da CONEP/CNS durante dez anos. Conselheira **Cândida Maria**  
1714 **Bittencourt Carvalheira**, em relação à minuta de resolução, perguntou se, dentre as condições  
1715 mínimas de funcionamento dos CEPs, poderia ser incluída a garantia dos direitos dos usuários em  
1716 pesquisa. Conselheira **Lígia Bahia** quis saber se o sistema de informação não poderia contribuir para  
1717 criação de outra cultura sobre a ética na pesquisa. Além disso, salientou a necessidade de articulação  
1718 das redes de ciência e tecnologia e universitárias para fortalecer a rede de pesquisa articulada e o  
1719 avanço das pesquisas. Conselheiro **Moisés Goldbaum**, inicialmente, cumprimentou a Coordenadora  
1720 da CONEP/CNS pela continuidade do trabalho de aprimoramento do Sistema CEPs CONEP/CNS,  
1721 iniciado pelo ex-Conselheiro **Willian Saad**. A respeito da minuta de resolução, sugeriu que o Plenário  
1722 não a aprovasse de imediato, a fim de ouvir a avaliação dos CEPs sobre o sistema CEPs/CONEP  
1723 durante o encontro nacional dos Comitês de Ética em Pesquisa. Na sua visão, isso poderia contribuir  
1724 para elaboração de resolução de acordo com a realidade atual. Conselheira **Raquel Rigotto**  
1725 cumprimentou a Coordenadora da CONEP/CNS pelo trabalho e solicitou manifestação dela a respeito  
1726 da pertinência de manter a CONEP/CNS como comissão do CNS, dada a dinâmica operacional do  
1727 sistema de ética em pesquisa. Além disso, pontuou problemas em relação às pesquisas no campo da  
1728 saúde do trabalhador e da saúde ambiental que, na sua visão, mereciam debate da CONEP/CNS,  
1729 sendo: acesso a empresas poluidoras; e termo de consentimento livre esclarecido por parte dos  
1730 trabalhadores e moradores. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** perguntou se a alínea "a" do item  
1731 1.1.1. da Resolução facilitaria a participação de usuários nos CEPs. Conselheiro **Néventon Vargas**  
1732 perguntou se a definição de que o CEP requerente deveria ter setenta profissionais de nível superior  
1733 em seu quadro não poderia dificultar o registro dos CEPs. Conselheira **Francisca Valda da Silva**  
1734 cumprimentou a CONEP/CNS e destacou a importância do acompanhamento, pelo Controle Social, do  
1735 sistema de ética em pesquisa. A respeito da nova regulamentação do CEPs, destacou que o Controle  
1736 Social deveria qualificar-se para acompanhar o sistema de pesquisa no país. Conselheira **Zilda Arns**  
1737 **Neumann** cumprimentou toda a equipe da CONEP/CNS pelo trabalho, contudo, reiterou a necessidade  
1738 de ouvir os CEPs para definir novos critérios de registro e renovação dos CEPs. Também defendeu a  
1739 manutenção da CONEP/CNS como comissão do CNS e solicitou que o Ministério da Saúde oferecesse  
1740 suporte técnico e financeiro à Comissão a fim de agilizar o atendimento às demandas. Conselheiro  
1741 **Artur Custódio M. de Souza** explicou que a CONEP estava incluída dentro da estrutura do CNS,  
1742 porque o Conselho era um fórum político. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** saudou a  
1743 Coordenadora da CONEP/CNS e sugeriu a aprovação da resolução antes da realização do encontro  
1744 nacional de CEPs, adiado para junho de 2007. Também defendeu a manutenção da CONEP no CNS,  
1745 por entender que isso representava a democratização da pesquisa e assegurava o controle social das  
1746 pesquisas. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra à Coordenadora Interina da CONEP/CNS,  
1747 Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** para considerações. Inicialmente, explicou que as novas regras  
1748 de registro e renovação dos CEPs estava em discussão havia algum tempo. Assim, sugeriu que, ao  
1749 invés de aguardar a realização do encontro nacional dos CEPs, a minuta de resolução fosse colocada  
1750 em consulta pública durante trinta dias para receber contribuições dos CEPs. Com esse prazo, a  
1751 minuta, incorporadas as sugestões, poderia ser apresentada na reunião ordinária de março de 2007.  
1752 Também destacou que a informação era essencial ao funcionamento do sistema, assim, todos os  
1753 envolvidos – usuário, sujeito de pesquisa, pesquisador e CEPs – deveriam ter conhecimento das  
1754 resoluções do CNS a respeito do sistema. Ressaltou que, diante do crescimento da dimensão do  
1755 trabalho da CONEP/CNS, era preciso oferecer à Comissão suporte estrutural e técnico para  
1756 funcionamento. Em relação à consulta sobre pertinência de se manter a CONEP/CNS no âmbito do  
1757 CNS, destacou que poderia ser discutida pelo Pleno do CNS. Pessoalmente, defendeu a permanência  
1758 da CONEP como comissão do CNS, por entender que o caráter voluntário do trabalho prestado pelos  
1759 membros da Comissão e a autonomia de ação do CNS permitia que a Comissão realizasse o seu  
1760 trabalho com credibilidade. Explicou que a revisão da Resolução nº 240 visava garantir que os  
1761 conselhos de saúde indicassem a representação de usuários para os CEPs, estimulando inclusive a  
1762 discussão da ética em pesquisa nos estados e municípios, o que potencializaria a proteção do sujeito  
1763 de pesquisa em âmbito local. Também destacou a proximidade do trabalho da CONEP/CNS com a  
1764 CICT/CNS, assim, tão logo esta fosse reativada a interlocução continuaria. Além disso, disse que a

1765 CONEP/CNS estava aberta à contribuição de todas as Comissões do CNS. A respeito dos projetos  
1766 relativos a saúde do trabalhador e ambiental, explicou que não competia à CONEP/CNS nenhuma  
1767 função punição ou restritiva, assim, disse que seria possível ação do CNS para coibir os problemas em  
1768 relação a esses projetos. Concluídas as explicações, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** passou aos  
1769 encaminhamentos. A partir das falas dos conselheiros, sintetizou e colocou em votação as seguintes  
1770 proposições: **a)** em relação à CONEP/CNS: pautar discussão no CNS sobre a formatação da Comissão  
1771 (enviar o pedido à Mesa Diretora); e **b)** a respeito da resolução: acatar as sugestões dos conselheiros;  
1772 colocar em consulta pública durante trinta dias para receber sugestões dos CEPs; marcar reunião do  
1773 GT do Ministério da Saúde com a CONEP para apresentar sugestões ao texto; enviar a minuta de  
1774 resolução aos integrantes da Comissão de Ciência e Tecnologia do CNS para receber contribuições; e  
1775 reapresentar o documento na Reunião Ordinária do CNS de março de 2006. Os encaminhamentos  
1776 foram aprovados por unanimidade. **Na seqüência, Conselheira Ruth Ribeiro Bittencout colocou em**  
1777 **votação o Plano de Ação da CONEP 2007, que também foi aprovado por unanimidade. As**  
1778 **eventuais sugestões ao Plano deverão ser encaminhadas à CONEP/CNS.** Não havendo outras  
1779 questões a decidir, a mesa agradeceu a coordenadora da CONEP/CNS e encerrou a discussão deste  
1780 item. De imediato, foi iniciada a discussão do último item da pauta. **ITEM 10 – CONSTRUÇÃO DO**  
1781 **PLANO NACIONAL DE SAÚDE** – O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**,  
1782 assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou para apresentação do tema: **Ayrton Galiciano**  
1783 **Martinello**, coordenador geral de planejamento/SPO/MS; **Aristel Gomes B. Fagundes**, Assessora da  
1784 SPO/MS; e **Márcia de Souza Muniz**, Assessora da SPO/MS. Antes de abrir a palavra aos convidados,  
1785 explicou que a intenção era conhecer os prazos legais acerca da elaboração do Plano Nacional de  
1786 Saúde 2008/2011 e definir estratégia de acompanhamento da proposta. Iniciando a apresentação, O  
1787 coordenador geral de planejamento/SPO/MS, **Ayrton Galiciano Martinello**, agradeceu a oportunidade  
1788 e considerou importante começar a discussão do Plano Nacional de Saúde 2008/2011 naquele  
1789 momento, a fim de que o prazo legal de entrega do documento não prejudicasse a discussão do CNS.  
1790 Iniciou a sua apresentação com considerações a respeito da construção do Plano Nacional de Saúde  
1791 2004/2007. Disse que o processo de construção do primeiro Plano Nacional de Saúde (2004/2007)  
1792 iniciou-se em agosto de 2003, com diálogo entre CNS, CIT, CONASS, CONASEMS, Ministério da  
1793 Saúde e seu colegiado. Explicou que em outubro de 2003 foi realizado seminário que definiu conceito,  
1794 processo, atores, periodicidade e outros aspectos relativos ao Plano. A partir do resultado desse  
1795 seminário, coube ao Ministério da Saúde a elaboração de pré-proposta, tendo sido utilizado como base  
1796 o PPA, o relatório preliminar da 12ª Conferência Nacional de Saúde e o resultado de pesquisa de  
1797 opinião realizada durante a 12ª Conferência. Destacou que, em seguida, a proposta foi submetida à  
1798 discussão, durante seis meses, em vários fóruns até a sua aprovação no CNS, em 4 de agosto de  
1799 2004. Ressaltou que, após a aprovação, o Plano, conforme orientação do CNS, foi encaminhado a  
1800 todos os conselhos municipais e estaduais de saúde. Explicou que, por ser a primeira experiência, foi  
1801 constituído comitê para auxiliar no acompanhamento e avaliação do Plano. Acrescentou que esse  
1802 comitê iniciou o debate do próximo Plano Nacional de Saúde. Feito esse histórico, passou a palavra à  
1803 Assessora da SPO/MS, **Aristel Gomes B. Fagundes**, para dar continuidade à apresentação. A  
1804 assessora explicou que diante da dificuldade em relação ao monitoramento e à avaliação do Plano, o  
1805 Ministério da Saúde solicitou ajuda à Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que,  
1806 em um primeiro momento, reuniu grupo de especialistas para analisar o Plano e apresentar idéias  
1807 iniciais sobre monitoramento e avaliação. Contudo, por ser uma experiência nova, destacou que foi  
1808 solicitado à RIPSA o acompanhamento de todo o processo. Para isso, a Rede criou um comitê temático  
1809 interdisciplinar de informação que fez uma análise do Plano e identificou dificuldades de monitoramento  
1810 e avaliação do documento. Explicou que o comitê apresentou colaborações essenciais para o Ministério  
1811 da Saúde, em especial a áreas de planejamento. Dentre as sugestões do comitê, destacou: elaborar  
1812 sistema de planejamento do SUS; e definir instrumento de elaboração do PPA. Ressaltou que o comitê  
1813 trabalhou durante dois anos, tendo apresentado o resultado do trabalho de reflexão acerca do Plano  
1814 2004/2007 ao Ministério da Saúde em outubro de 2006. Destacou ainda que o comitê apresentou uma  
1815 série de recomendações para evitar problemas em relação ao próximo Plano Nacional de Saúde  
1816 (2008/2011). Segundo o comitê, o Plano Nacional de Saúde deveria servir de subsídio para a  
1817 elaboração do PPA. Assim, considerando que o PPA 2008/2011 deveria ser encaminhado ao  
1818 Congresso Nacional até o dia 31 de agosto de 2007, seria necessário avançar na construção do Plano  
1819 a fim de que este servisse de base de orientação para o Plano Plurianual. Registrhou que o  
1820 planejamento, como instrumento de gestão, ficou por muito tempo parado, cumprindo as formalidades  
1821 em termos de processo. Com o Pacto pela Saúde, houve a recuperação do planejamento. Informou  
1822 ainda que diante da vasta legislação relacionada a instrumentos de gestão, foi contratada consultoria  
1823 especializada em direito sanitário que levantou a legislação existente em termos de planejamento e fez  
1824 sugestões principalmente acerca dos instrumentos de iniciativa do Ministério da Saúde, possibilitando o  
1825 ajuste de toda a legislação disponível. Ressaltou que a consultoria avaliou que o Plano Nacional de

1826 Saúde deveria ser compatível com o Plano Plurianual, porque este era um instrumento constitucional.  
1827 Nesse sentido, destacou que o horizonte para a construção do Plano Nacional de Saúde 2008/2011 era  
1828 meados de julho de 2007. O coordenador geral de planejamento/SPO/MS, **Ayrton Galiciani**  
1829 **Martinello**, ressaltou que o PPA 2008/2011 e a Lei Orçamentária deveriam ser encaminhados ao  
1830 Congresso Nacional até o dia 31 de agosto de 2007 e a LDO até o mês de abril de 2007. Concluída a  
1831 apresentação, o Presidente do CNS agradeceu os expositores e, de imediato, apresentou a seguinte  
1832 proposição: delegar à COFIN/CNS o acompanhamento da elaboração do Plano Nacional de Saúde  
1833 2008/2011, atendendo à recomendação da oficina de capacitação de conselheiros de atribuir às  
1834 comissões o acompanhamento de políticas afins e apresentar produto para decisão do CNS.  
1835 Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que o Plano tivesse indicadores a partir das prioridades do  
1836 Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, posto que um número elevado de indicadores  
1837 poderia dificultar o acompanhamento e a avaliação. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** lembrou  
1838 que o PPA deveria considerar as diretrizes da Conferência, assim, manifestou preocupação com o fato  
1839 de o prazo legal para a entrega do PPA ser agosto e a 13ª Conferência estar prevista para novembro  
1840 de 2007. Também solicitou das áreas técnicas a elaboração de relatório de gestão geral para que o  
1841 Plenário tivesse conhecimento e, para os próximos anos, que fossem disponibilizados a programação  
1842 anual, o relatório de gestão e o Plano Nacional de Saúde. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli**  
1843 destacou que o CNS não tinha os instrumentos necessários para fazer avaliação do Plano Nacional de  
1844 Saúde 2004/2007, o que dificultava a avaliação das metas. Também pontuou que o Plano Nacional de  
1845 saúde e o PPA estavam caminhando em separado, logo, uma das tarefas do CNS era discutir a relação  
1846 entre esses dois planos. Em relação à conferência, lembrou que o CNS tinha autonomia para definir a  
1847 data da 13ª, assim, poderia ter levado em consideração os prazos relativos ao PPA. Por fim, sugeriu  
1848 constituir comissão para analisar os referenciais do Plano Nacional de Saúde e do PPA. Conselheiro  
1849 **Néventon Vargas** destacou a meta de ampliação da saúde mental e salientou a importância de apoio  
1850 financeiro às instituições filantrópicas que desempenham trabalho de apoio às pessoas com doenças  
1851 mentais, a fim de que pudesse atender as pessoas durante esse processo de transição da reforma  
1852 psiquiátrica para a desospitalização. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que o Plenário  
1853 decidiu, no dia anterior, que o Ministério da Saúde deveria apresentar o relatório de gestão de 2006 na  
1854 reunião ordinária de março de 2007. Também cumprimentou a equipe responsável pela elaboração do  
1855 planejamento e disse ser importante garantir a participação dos executores nesse processo de  
1856 elaboração do Plano. Destacou ainda que as políticas aprovadas pelo CNS deveriam servir de  
1857 referência para o processo de planejamento. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** salientou a  
1858 necessidade de o CNS ter conhecimento do cronograma de trabalho da comissão do Ministério da  
1859 Saúde responsável pela elaboração do Plano. Além disso, sugeriu que fosse constituída comissão do  
1860 CNS para acompanhar a elaboração do PPA e do Plano Nacional de Saúde, por entender que esse  
1861 não era um trabalho da COFIN/CNS. Também, propôs que a construção do PPA e do Plano Nacional  
1862 de Saúde fosse ponto de pauta permanente do CNS até a conclusão dos documentos. Conselheira  
1863 **Nildes de Oliveira Andrade** entregou ao Presidente do CNS documento com questões acerca das  
1864 pessoas com doença celíaca para serem contempladas no Plano Nacional de Saúde 2008/2011. A  
1865 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que o governo federal não vinha  
1866 apresentando o relatório de gestão ao CNS. Além disso, destacou que esse relatório não vinha sendo  
1867 instrumento permanente de prestação de conta de execução. Diante disso, defendeu que a  
1868 COFIN/CNS fizesse o acompanhamento da elaboração do Plano Nacional de Saúde, do PPA, da LDO,  
1869 da Lei Orçamentária e a avaliação do relatório de gestão. Além disso, destacou que o CNS e o  
1870 Ministério da Saúde, de forma articulada, poderiam definir o que se esperava do relatório de gestão.  
1871 Não havendo outros inscritos, foi aberta a palavra à equipe técnica para comentários. Primeiramente, o  
1872 coordenador geral de planejamento/SPO/MS, **Ayrton Galiciani Martinello**, colocou a SPO/MS à  
1873 disposição para apresentação mais detalhada do sistema de planejamento do SUS e dos resultados do  
1874 trabalho do comitê da RIPSA. Explicou que uma das maiores críticas do Plano 2003/2007 foi o excesso  
1875 de indicadores e metas, o que dificultou o acompanhamento. Assim, o Plano 2008/2001 seria mais  
1876 enxuto, com metas prioritárias. Também destacou a importância de monitoramento, avaliação e  
1877 divulgação dos resultados, visando a correção de rumos. Ressaltou que o Plano seria formatado antes  
1878 do PPA, entendendo que o primeiro deveria orientar a elaboração do segundo. Para essa formatação,  
1879 seriam utilizados, inclusive, os relatórios das conferências estaduais de saúde. Contudo, salientou que  
1880 a elaboração do Plano não se encerrava em agosto de 2007, pois este, por sua dinamicidade, poderia  
1881 ser revisto, com utilização das deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde, caso fosse  
1882 necessária revisão. Ressaltou que o processo de avaliação do Plano 2004/2007 foi elaborado e  
1883 executado durante a sua vigência. Assim, a equipe já possuía avaliação dos anos de 2004 e 2005 e  
1884 preliminar de 2006 e a intenção era concluir, no início de 2007, a avaliação dos três anos. A assessora  
1885 da SPO/MS, **Aristel Gomes B. Fagundes**, explicou que à medida que se avaliava o Plano se  
1886 redimensionava as metas. Reiterou a importância da avaliação do Plano e destacou que o comitê

1887 poderia apresentar os resultados ao Plenário do CNS. Também reforçou que a SPO estava à  
1888 disposição para apresentar os resultados da discussão sobre o sistema de planejamento do SUS, as  
1889 perspectivas e os desafios futuros. Após essas considerações, o Presidente do CNS agradeceu a  
1890 presença dos convidados e passou aos encaminhamentos. **Após sugestões dos conselheiros, foram**  
1891 **aprovados, por unanimidade, os seguintes encaminhamentos: tomar conhecimento do**  
1892 **calendário de discussão e do referencial do Plano Nacional de Saúde; delegar à COFIN/CNS o**  
1893 **acompanhamento da elaboração do Plano Nacional de Saúde 2008/2011 e o papel de**  
1894 **interlocutora do CNS para incluir questões no PPA e no Plano Nacional de Saúde; atribuir à**  
1895 **COFIN/CNS a tarefa de buscar a Programação Anual de 2007; realizar reuniões trimestrais, com**  
1896 **a presença de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde; ampliar a Comissão**  
1897 **para cumprir essa tarefa; e pautar informes mensais da COFIN/CNS ao CNS sobre os debates em**  
1898 **relação ao Plano.** Na sequência, o Presidente do CNS colocou em discussão o texto da minuta de  
1899 Resolução sobre terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do SUS. Conselheiro  
1900 **José Eri de Medeiros** sugeriu a exclusão do texto do trecho relativo à contratação de pessoal, visto  
1901 que havia marco legal instituído no país a respeito da contratação. Conselheiro **Néventon Vargas**  
1902 destacou o item 2 da minuta para questionar se o CNS poderia “determinar” o que o Ministério da  
1903 Saúde deveria fazer. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** defendeu a manutenção do trecho que  
1904 trata da contratação do pessoal na minuta. Conselheira **Luciana Alves Pereira** também manifestou  
1905 preocupação com a determinação, sem definição de prazo, de que “o Ministério da saúde não efetue  
1906 transferência de recursos do orçamento da União a estados e municípios nos programas e ações para  
1907 os quais estas instâncias tenham optado por modelos de terceirização de gerencias e de pessoal do  
1908 setor saúde e de gestão dos serviços porque poderia resultar na extinção do PSF em alguns  
1909 municípios”, pois a maior parte dos profissionais que compunham as equipes do Programa eram  
1910 contratados por OSCIPs. Assim, essa determinação poderia levar à extinção do PSF em alguns  
1911 municípios. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou, em nome da Conselheira **Ana**  
1912 **Cristhina Brasil**, as seguintes sugestões ao texto da resolução: remeter o item 1 para os  
1913 considerandos, pois o CNS já se posicionou sobre a matéria; nova redação para o item 2: “adotar  
1914 medidas para coibir a contratualização por meio de terceirização de gerência e de gestão de serviços e  
1915 de pessoal do SUS, bem como da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo da  
1916 Organizações Sociais, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, das Fundações  
1917 Públicas de Direito Privado e outras”; formatar o documento na forma de artigo; e transformar o último  
1918 parágrafo em parágrafo único. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** chamou a atenção para a  
1919 dificuldade de decidir sobre o tema, dada as especificidades do país e a necessidade de o CNS não  
1920 tomar decisão inócuas e que não prejudicasse a população. Informou que, no dia anterior, o Presidente  
1921 da República expediu decreto, que trata da regulamentação dos consórcios e, a partir de rápida análise,  
1922 observou-se que a resolução ia de encontro ao decreto. Além disso, ressaltou que, em sendo aprovada  
1923 a Resolução com o texto proposto, o Ministério da Saúde não poderia repassar recurso ao Hospital  
1924 Sara, por exemplo. Diante dessas complexidades e, apesar de concordar com o teor do documento,  
1925 sugeriu que o Plenário adiasse a votação da minuta para a próxima reunião do CNS, a fim de que  
1926 houvesse prazo maior para discussão e estudo mais completo sobre o assunto. Acrescentou ainda que  
1927 o CNS já havia manifestado o seu posicionamento político por meio da Deliberação nº. 001/05.  
1928 Conselheiro **Armando Martinho Raggio** explicou que na Nota Técnica do CONASS nº. 17, de agosto  
1929 de 2006, os secretários aprovaram a utilização de instituições devidamente habilitadas conforme a  
1930 legislação nacional e dos estados e municípios, considerando-se que esse tipo de contratação era uma  
1931 contratação de serviço de gerência e não delegação de gestão. Assim, no entendimento do CONASS, o  
1932 gestor estabelece um contrato que era muito mais severo e rigoroso do que a contratação no  
1933 pagamento por procedimentos para a compra de serviços. Assim, apelou para que o CNS considerasse  
1934 a delicadeza da questão e ponderasse que a resolução poderia comprometer autoridade deliberativa do  
1935 Sistema. Conselheira **Maria Izabel da Silva** destacou ser necessário reformular o item 3 da minuta,  
1936 pois o texto possibilitava aos estados e municípios terceirizar gerências, pessoal e gestão com seus  
1937 recursos próprios. Conselheiro **Ciro Mortella** avaliou que o CNS deveria evitar decisões que poderiam  
1938 não ser cumpridas. Assim, propôs que o Presidente do CNS promovesse diálogo com o Ministro da  
1939 Saúde sobre que ações poderiam ser tomadas a fim de evitar o avanço da terceirização, à luz da  
1940 realidade do país e do posicionamento do CNS. E, a partir do resultado dessa conserva, fosse  
1941 elaborada resolução que pudesse ser implementada. Conselheiro **Armando Tadeu Guastapaglia**  
1942 destacou ser necessário fazer diferenciação entre terceirização, gestão, gerenciamento e contratação.  
1943 Explicou que as entidades médicas eram contrárias a transferência da gestão, entendendo que esta  
1944 deveria ser pública. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** ressaltou que o ponto central era que a  
1945 gestão não poderia ser terceirizada, por ser esta uma função pública. Encaminhando, o Presidente do  
1946 CNS destacou que havia duas propostas: aguardar até próxima reunião do CNS para deliberar sobre o  
1947 texto da resolução ou votar o texto da minuta de resolução elaborado pelo grupo do CNS. Conselheiro

1948 Ronald Ferreira dos Santos sugeriu que, além do texto da resolução, o Plenário debatesse, na  
1949 próxima reunião do CNS, o modelo de gestão, incluindo o decreto de regulamentação dos consórcios.  
1950 O Presidente do CNS lembrou que, no dia anterior, o Plenário decidiu pautar debate sobre as formas de  
1951 gerência e gestão do serviço público. Assim, não havendo outras propostas, colocou em votação a  
1952 seguinte proposição: **ratificar a Deliberação nº 001/03 e discutir, na próxima reunião do CNS, a**  
1953 **minuta de resolução, à luz da realidade do país e do debate sobre as novas formas de gerência.**  
1954 **O encaminhamento foi aprovado por maioria. Uma abstenção.** Na seqüência, foi aberta a palavra  
1955 para indicação dos nomes para compor a Comissão Organizadora da 13ª Conferência Nacional de  
1956 Saúde. **Foram indicados os seguintes Conselheiros:** 1) Usuários: **José Marcos de Oliveira; Nildes**  
1957 **de Oliveira Andrade; Valdenir Andrade França; Carmen Lúcia Luiz; José Cláudio Barriguelli;**  
1958 **Clóvis A. Boufleur; Maria Betânia de Andrade; e Alessandra da Costa Lunas.** 2) Gestores e  
1959 Prestadores de Serviços de Saúde: um representante do CONASS; um representante do CONASEMS;  
1960 um representante do Ministério da Saúde; Conselheiro **Flávio Heleno Poppe.** Profissionais de Saúde:  
1961 aguarda indicação dos nomes. **Além disso, foi aprovada como data indicativa para a 1ª reunião da**  
1962 **Comissão Organizadora o dia 30 de janeiro de 2007. ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a  
1963 tratar, o Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, encerrou a 169ª Reunião Ordinária  
1964 do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros na tarde do segundo dia de reunião: **Ailson**  
1965 **dos Santos, Alessandra da Costa Lunas, Artur Custódio M. de Souza, Ana Cristhina de Oliveira**  
1966 **Brasil, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Daniela Batalha**  
1967 **Trettel, Eduardo Bermudez, Eufrásia Santos Cadorin, Flávio Heleno Poppe de Figueiredo,**  
1968 **Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de**  
1969 **Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Cláudio Barriguelli, José de Rocha Carvalheiro, José**  
1970 **Marcos de Oliveira, Lígia Bahia, Maria Izabel da Silva, Néventon R. Vargas, Moisés Goldbaum,**  
1971 **Nildes de Oliveira Andrade, Raquel M. Rigotto, Ruth Ribeiro Bittencout, Sílvia Fernanda Martins**  
1972 **Casagrande, Valdirlei Castagna, Vânia Glória Alves de Oliveira e Zilda Arns Neumann.** Suplentes:  
1973 **Armando Martinho Bardou Raggio, Armando Tadeu Guastapaglia, Cleuza de Carvalho Miguel,**  
1974 **Fernando Luiz Eliotério, José Eri Medeiros, Jovita José Rosa, Lauro Moretto, Luciana Alves**  
1975 **Pereira, Maria Betânia Serrano de Andrade, Maria Emínia Ciliberti, Marisa Fúria Silva, Maria**  
1976 **Thereza Almeida Antunes, Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende, Mauro Fernando**  
1977 **Schmidt, Ronald Ferreira dos Santos, Rosane Maria Nascimento da Silva, Sérgio Metzger e**  
1978 **Valdenir Andrade França.**