



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

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

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

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

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

Interministerial nº. 45, de 15 de janeiro de 2007, com base na Lei nº. 11.129 e Portaria Interministerial nº. 2.117 (MS e MEC). Reiterou que a residência tinha uma grande importância para a criação de modelos referenciais de modelagem de práticas desejáveis (role-model). Além disso, ressaltou que residências multiprofissionais somam-se às residências médicas em medicina da família e da comunidade na área da atenção básica. Explicou que havia uma absoluta priorização da área da saúde da família por ser esta a política axial do Ministério. Contudo, havia demanda de residência multiprofissional para outras áreas, sendo: saúde mental, cardiologia, geriatria-gerontologia e oncologia. Informou que, no passado, foram financiadas outras áreas de residências tanto multiprofissionais quanto médicas, quando os recursos superavam a demanda em Saúde da Família. Todavia, no momento, havia dificuldade de financiar as residências existentes e, por isso, destacou a importância de ajuda do CNS para conseguir recursos adicionais para esse fim. Continuando, comentou sobre os recursos alocados/empenhados na série histórica 2004/2005/2006 e a respeito da relação de residente por Equipe PSF em 2006. Destacou que seria necessário investir nos estados que ainda não formaram, incentivar aqueles que não apresentaram a apresentar e fazer correção para que os estados que possuem uma relação de mais equipe por egresso pudessem reduzir essa relação (Ex: Rio de Janeiro e Ceará). Salientou ainda que a cobertura de seis estados em 2004 passou para dez estados em 2006. Chamou a atenção para o financiamento de projetos no Norte (Rondônia) e apresentação de projetos por Tocantins, Mato Grosso, e consulta (Amazonas, Alagoas, Roraima). Disse que o baixo empenho de 2005 em relação a 2004 e 2006 se deve a dificuldades de negociação com vistas a credenciamento de MFC junto a CNRM. Além disso, destacou o aumento do número de bolsas e, simultaneamente, o custo por aluno pela decisão de se apoiar tutoria, preceptorial e orientador de serviço (Portarias nº.s 1.111 e 1.143). Afirmou ainda que não houve uma “crise” no financiamento da residência em 2006. O que ocorreu foi que nos anos de 2004 e 2005 os projetos podiam ser aprovados totalmente e empenhados parcialmente. Em 2006, devido à Lei de Responsabilidade Fiscal, todos os projetos aprovados deveriam ser empenhados totalmente. Assim, negociou-se com as instituições a redução do montante alocado para que um maior número de projetos pudessem ser beneficiados. Destacou ainda outras ações indutoras na RMS, sendo: realização do I Seminário de Residência Multiprofissional em Saúde em parceria com o CNS em dezembro de 2005; realização em parceria com o movimento dos residentes de quatro seminários regionais e do II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional durante o Congresso Internacional da ABRASCO em agosto de 2006; oficialização do Grupo de Trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde, Portaria Interministerial 2.538, de 19 de outubro de 2006; financiamento e disponibilização de infra-estrutura e pessoal da equipe DEGES para várias reuniões do GT, que incluíram duas agendas com o Secretário-Executivo Adjunto do MEC; e conclusão dos trabalhos com entrega do relatório final. Ressaltou que o GT trabalhou intensamente e de seu trabalho resultou a Portaria Interministerial. Salientou ainda a articulação permanente do DEGES com o MEC, dado o caráter intersetorial da proposta e o apoio financeiro à reunião dos coordenadores para a formação do Fórum dos Coordenadores de Cursos de Residência Multiprofissional. Por fim, destacou a publicação de livro registrando o desenvolvimento e qualidade dos programas financiados, visando a consolidação desta política. Concluída a apresentação e acordada a dinâmica do debate, foi aberta a palavra aos conselheiros. Conselheiro **Flávio Heleno de Figueiredo** cumprimentou o Secretário pela explanação e falou sobre a sua experiência com residência médica, destacando os resultados positivos desta proposta. Avaliou que a proposta de residência multiprofissional era essencial ao SUS, contudo, considerou ser necessária maior atenção ao grande número de faculdades de medicina que formavam grande número de médicos, na maioria, despreparados para a prática de medicina. Conselheira **Zilda Arns Neumann** chamou a atenção para a importância da residência, em especial para a Saúde da Família, cujas equipes chegavam aos rincões mais pobres do país. Além disso, perguntou se a residência previa campos de estágio para a prática dos médicos residentes. Conselheiro **José de Rocha Carneiro** cumprimentou o Secretário pela atuação e destacou que a ABRASCO, da qual era presidente, estava atenta à discussão da residência multiprofissional em saúde. Também, perguntou se havia posição da SGTES/MS acerca da proposta de instituir graduação em saúde coletiva e se havia esforço para formalização da carreira de médicos sanitaristas. Também solicitou a anuência do Plenário para que a sua suplente, Conselheira **Luciana Alves Pereira**, pudesse manifestar-se sobre o tema. O pleito foi acatado. Conselheira **Raquel Rigotto** manifestou apoio à proposta de residência multiprofissional de saúde, por entender que respondia à enorme demanda de formação de profissionais com perfil adequado para a atenção básica e o trabalho em equipe. Além disso, concordou com a concepção expressa a respeito do papel da especialização no contexto da atenção básica. No mais, perguntou quais as categorias profissionais seriam contempladas na residência multiprofissional em saúde e como seria tratada a questão dos conteúdos específicos de cada uma delas. Além disso, colocou como desafio para a SGTES e o MEC promover uma cultura a respeito do papel do profissional médico da atenção básica, dada a ideia de que esta era algo secundário e inferior a outras práticas médicas. Por fim, solicitou maiores informações a respeito do debate acerca da proposta de graduação



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



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

Inadequado: valor de empenho igual ou abaixo de 85% do valor da coluna “Lei+Crédito 2006”; valor de liquidação igual ou abaixo de 78%. Os dois percentuais são decorrentes dos critérios anteriores “a” e “b”. Destacou que os percentuais totais de empenho e liquidação que integram as Ações e Serviços de Saúde – OCC (Outros Custeios e Capital) atingiram 95,57% (R\$ 36.033.522.067,00) e 84,44% (R\$ 31.834.188.158,00), respectivamente. Explicou que, considerando os critérios fixados anteriormente, o nível de execução orçamentária em termos agregados foi adequado em termos de empenhamento e regular em termos de liquidação. Entretanto, houve variação de desempenho por unidade, tendo como percentuais de empenho e liquidação e nível de execução orçamentária, respectivamente: FNS 95,78%, 86,97%, adequado empenhamento e adequado liquidação; ANVISA – 97,83%, 68,78%, adequado empenhamento e inadequado liquidação; FUNASA – 92,79%, 46,95%, adequado empenhamento e inadequado liquidação; FIOCRUZ – 91,16%, 74,34%, regular empenhamento e inadequado liquidação; ANSS – 95,92%, 84,71%, adequado empenhamento e regular liquidação; e GHC – 93,89%, 62,58%, adequado empenhamento e inadequado liquidação. Por fim, salientou que o nível de execução orçamentária dos 85 itens analisados podia ser resumido como segue: em termos de empenhamento: 62 com nível adequado; 8 com nível regular; e 15 com nível inadequado; em termos de liquidação: 28 com nível adequado; 9 com nível regular; e 48 com nível inadequado; em termos de empenhamento e liquidação com nível adequado: 9 itens; e em termos de empenhamento e liquidação com nível inadequado: 36 itens. Seguindo, esclareceu que não apresentaria o item do relatório “1.1.3) Análise por Itens/Programas e Unidades”, posto que seria distribuída errata para substituí-lo. Seguindo, falou sobre o cumprimento da EC nº. 29, explicando que, levando-se em consideração que o valor total empenhado com Ações e Serviços de Saúde totalizou R\$ 40.777.756.496,00 e que o valor da aplicação mínima foi apurado estimativamente em R\$ 40.742.000.000,00 para 2006, houve o cumprimento do estabelecido pela EC nº. 29. Porém, ressaltou que estava incluído no valor total empenhado os gastos das Farmácias Populares (itens 36 e 72), considerando que o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão adotou a decisão estabelecida no Acórdão do Tribunal de Contas da União para definição da disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde. Continuando, falou sobre o acompanhamento do Orçamento 2007, destacando que o Ministério da Saúde deveria apresentar trimestralmente um relatório de Gestão com a Análise da Execução Orçamentária, devidamente detalhado nos termos do Art.12 da Lei 8.689/93 combinado com os parágrafos 2º e 3º, Inciso II do Art. 6º do Decreto 1651/95, para que a COFIN fizesse a análise. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou aparte para destacar que essa era uma das sugestões da COFIN/CNS para o processo de aperfeiçoamento da análise da execução orçamentária. Prosseguindo, a coordenadora da COFIN/CNS continuou destacando que também seria mantida a análise das planilhas contendo o consolidado de programas e ações e por unidades do Ministério da Saúde, para a avaliação da execução classificada como adequada, regular ou inadequada para empenho e liquidação. Na seqüência, passou aos encaminhamentos da reunião. A respeito do relatório/pauta da COFIN para reunião plenária do CNS, destacou: **1)** apresentação sobre Orçamento pela SPO e ao final uma série histórica da evolução orçamentária dos Restos a Pagar de 2005/2006 e 2006/2007 (proporção); **2)** análise preliminar da execução orçamentária de 2006 - Itens analisados pela COFIN; e Tabela comparativa entre o executado em 2005 e o executado (empenho e liquidação) em 2006; **3)** Encaminhamento: O Ministério da Saúde deverá enviar ao Plenário do CNS o Relatório de Gestão de 2006, em cumprimento ao parágrafo 2º, Inciso II do art. 6º do Decreto nº. 1.651/95, para análise da COFIN e posterior deliberação do Plenário do CNS; **4)** Novos parâmetros para a análise da execução orçamentária de 2007 – **a)** o Ministério da Saúde apresentará trimestralmente um relatório detalhado nos termos do Art.12 da Lei 8.689/93, combinado com os parágrafos 2º e 3º, Inciso II do Art. 6º do Decreto nº. 1.651/95, para que a COFIN faça a análise; **b)** será mantida a análise das planilhas contendo o consolidado de programas e ações e por unidades do Ministério da Saúde, para a avaliação da execução classificada como adequada, regular ou inadequada para empenho e liquidação; **c)** a COFIN também solicitará que a Secretaria-Executiva do CNS requirite por ofício, ao Sistema Nacional de Auditoria, relatórios mensais para que estes possam ser analisados pela COFIN com início na próxima reunião; **5)** Encontro de COFINs do CNS e dos Conselhos Estaduais de Saúde - Data: 29 e 30 de março – Brasília/DF - Programação a ser elaborada pela COFIN/CNS, mas será incluída na mesma a apresentação da dinâmica de trabalho do COFIN/CNS, da SPO, do SIOPS especialmente para estimular o controle do envio das informações dos Estados e Municípios ao Sistema (funcionamento do Sistema e da homepage) e de outras áreas técnicas do Ministério da Saúde; **6)** Minuta de Resolução do CNS elaborada pela COFIN e Comissão de Conselheiros (haverá encontro com os conselheiros **Ricardo Heinzelmann** e **Lígia Bahia** para elaboração da minuta); **7)** Outros encaminhamentos: **a)** A COFIN solicitou à Mesa Diretora e ao Sr. Presidente do CNS que pautasse para a Reunião Plenária Ordinária do CNS do mês de fevereiro, mais um dia de reunião a fim de que a Comissão possa promover uma apresentação com discussão introdutória sobre o Orçamento Público da Saúde e o Financiamento das Ações e Serviços de Saúde no âmbito o Ministério da Saúde e as modalidades de repasse financeiro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Saúde deveria ser compatível com o Plano Plurianual, porque este era um instrumento constitucional. Nesse sentido, destacou que o horizonte para a construção do Plano Nacional de Saúde 2008/2011 era meados de julho de 2007. O coordenador geral de planejamento/SPO/MS, **Ayrton Galiciani Martinello**, ressaltou que o PPA 2208/2011 e a Lei Orçamentária deveriam ser encaminhados ao Congresso Nacional até o dia 31 de agosto de 2007 e a LDO até o mês de abril de 2007. Concluída a apresentação, o Presidente do CNS agradeceu os expositores e, de imediato, apresentou a seguinte proposição: delegar à COFIN/CNS o acompanhamento da elaboração do Plano Nacional de Saúde 2008/2011, atendendo à recomendação da oficina de capacitação de conselheiros de atribuir às comissões o acompanhamento de políticas afins e apresentar produto para decisão do CNS. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que o Plano tivesse indicadores a partir das prioridades do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, posto que um número elevado de indicadores poderia dificultar o acompanhamento e a avaliação. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** lembrou que o PPA deveria considerar as diretrizes da Conferência, assim, manifestou preocupação com o fato de o prazo legal para a entrega do PPA ser agosto e a 13ª Conferência estar prevista para novembro de 2007. Também solicitou das áreas técnicas a elaboração de relatório de gestão geral para que o Plenário tomasse conhecimento e, para os próximos anos, que fossem disponibilizados a programação anual, o relatório de gestão e o Plano Nacional de Saúde. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** destacou que o CNS não tinha os instrumentos necessários para fazer avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004/2007, o que dificultava a avaliação das metas. Também pontuou que o Plano Nacional de saúde e o PPA estavam caminhando em separado, logo, uma das tarefas do CNS era discutir a relação entre esses dois planos. Em relação à conferência, lembrou que o CNS tinha autonomia para definir a data da 13ª, assim, poderia ter levado em consideração os prazos relativos ao PPA. Por fim, sugeriu constituir comissão para analisar os referenciais do Plano Nacional de Saúde e do PPA. Conselheiro **Néventon Vargas** destacou a meta de ampliação da saúde mental e salientou a importância de apoio financeiro às instituições filantrópicas que desempenham trabalho de apoio às pessoas com doenças mentais, a fim de que pudessem atender as pessoas durante esse processo de transição da reforma psiquiátrica para a desospitalização. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que o Plenário decidiu, no dia anterior, que o Ministério da Saúde deveria apresentar o relatório de gestão de 2006 na reunião ordinária de março de 2007. Também cumprimentou a equipe responsável pela elaboração do planejamento e disse ser importante garantir a participação dos executores nesse processo de elaboração do Plano. Destacou ainda que as políticas aprovadas pelo CNS deveriam servir de referência para o processo de planejamento. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** salientou a necessidade de o CNS ter conhecimento do cronograma de trabalho da comissão do Ministério da Saúde responsável pela elaboração do Plano. Além disso, sugeriu que fosse constituída comissão do CNS para acompanhar a elaboração do PPA e do Plano Nacional de Saúde, por entender que esse não era um trabalho da COFIN/CNS. Também, propôs que a construção do PPA e do Plano Nacional de Saúde fosse ponto de pauta permanente do CNS até a conclusão dos documentos. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** entregou ao Presidente do CNS documento com questões acerca das pessoas com doença celíaca para serem contempladas no Plano Nacional de Saúde 2008/2011. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que o governo federal não vinha apresentando o relatório de gestão ao CNS. Além disso, destacou que esse relatório não vinha sendo instrumento permanente de prestação de conta de execução. Diante disso, defendeu que a COFIN/CNS fizesse o acompanhamento da elaboração do Plano Nacional de Saúde, do PPA, da LDO, da Lei Orçamentária e a avaliação do relatório de gestão. Além disso, destacou que o CNS e o Ministério da Saúde, de forma articulada, poderiam definir o que se esperava do relatório de gestão. Não havendo outros inscritos, foi aberta a palavra à equipe técnica para comentários. Primeiramente, o coordenador geral de planejamento/SPO/MS, **Ayrton Galiciani Martinello**, colocou a SPO/MS à disposição para apresentação mais detalhada do sistema de planejamento do SUS e dos resultados do trabalho do comitê da RIPSa. Explicou que uma das maiores críticas do Plano 2003/2007 foi o excesso de indicadores e metas, o que dificultou o acompanhamento. Assim, o Plano 2008/2001 seria mais enxuto, com metas prioritárias. Também destacou a importância de monitoramento, avaliação e divulgação dos resultados, visando a correção de rumos. Ressaltou que o Plano seria formatado antes do PPA, entendendo que o primeiro deveria orientar a elaboração do segundo. Para essa formatação, seriam utilizados, inclusive, os relatórios das conferências estaduais de saúde. Contudo, salientou que a elaboração do Plano não se encerrava em agosto de 2007, pois este, por sua dinamicidade, poderia ser revisto, com utilização das deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde, caso fosse necessária revisão. Ressaltou que o processo de avaliação do Plano 2004/2007 foi elaborado e executado durante a sua vigência. Assim, a equipe já possuía avaliação dos anos de 2004 e 2005 e preliminar de 2006 e a intenção era concluir, no início de 2007, a avaliação dos três anos. A assessora da SPO/MS, **Aristel Gomes B. Fagundes**, explicou que à medida que se avaliava o Plano se redimensionava as metas. Reiterou a importância da avaliação do Plano e destacou que o comitê

poderia apresentar os resultados ao Plenário do CNS. Também reforçou que a SPO estava à disposição para apresentar os resultados da discussão sobre o sistema de planejamento do SUS, as perspectivas e os desafios futuros. Após essas considerações, o Presidente do CNS agradeceu a presença dos convidados e passou aos encaminhamentos. **Após sugestões dos conselheiros, foram aprovados, por unanimidade, os seguintes encaminhamentos: tomar conhecimento do calendário de discussão e do referencial do Plano Nacional de Saúde; delegar à COFIN/CNS o acompanhamento da elaboração do Plano Nacional de Saúde 2008/2011 e o papel de interlocutora do CNS para incluir questões no PPA e no Plano Nacional de Saúde; atribuir à COFIN/CNS a tarefa de buscar a Programação Anual de 2007; realizar reuniões trimestrais, com a presença de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde; ampliar a Comissão para cumprir essa tarefa; e pautar informes mensais da COFIN/CNS ao CNS sobre os debates em relação ao Plano.** Na sequência, o Presidente do CNS colocou em discussão o texto da minuta de Resolução sobre terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do SUS. Conselheiro **José Eri de Medeiros** sugeriu a exclusão do texto do trecho relativo à contratação de pessoal, visto que havia marco legal instituído no país a respeito da contratação. Conselheiro **Néventon Vargas** destacou o item 2 da minuta para questionar se o CNS poderia “determinar” o que o Ministério da Saúde deveria fazer. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** defendeu a manutenção do trecho que trata da contratação do pessoal na minuta. Conselheira **Luciana Alves Pereira** também manifestou preocupação com a determinação, sem definição de prazo, de que “o Ministério da saúde não efetue transferência de recursos do orçamento da União a estados e municípios nos programas e ações para os quais estas instâncias tenham optado por modelos de terceirização de gerências e de pessoal do setor saúde e de gestão dos serviços porque poderia resultar na extinção do PSF em alguns municípios”, pois a maior parte dos profissionais que compunham as equipes do Programa eram contratados por OSCIPs. Assim, essa determinação poderia levar à extinção do PSF em alguns municípios. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou, em nome da Conselheira **Ana Cristhina Brasil**, as seguintes sugestões ao texto da resolução: remeter o item 1 para os considerandos, pois o CNS já se posicionou sobre a matéria; nova redação para o item 2: “adotar medidas para coibir a contratualização por meio de terceirização de gerência e de gestão de serviços e de pessoal do SUS, bem como da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo da Organizações Sociais, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, das Fundações Públicas de Direito Privado e outras”; formatar o documento na forma de artigo; e transformar o último parágrafo em parágrafo único. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** chamou a atenção para a dificuldade de decidir sobre o tema, dada as especificidades do país e a necessidade de o CNS não tomar decisão inócua e que não prejudicasse a população. Informou que, no dia anterior, o Presidente da República expediu decreto, que trata da regulamentação dos consórcios e, a partir de rápida análise, observou-se que a resolução ia de encontro ao decreto. Além disso, ressaltou que, em sendo aprovada a Resolução com o texto proposto, o Ministério da Saúde não poderia repassar recurso ao Hospital Sara, por exemplo. Diante dessas complexidades e, apesar de concordar com o teor do documento, sugeriu que o Plenário adiasse a votação da minuta para a próxima reunião do CNS, a fim de que houvesse prazo maior para discussão e estudo mais completo sobre o assunto. Acrescentou ainda que o CNS já havia manifestado o seu posicionamento política por meio da Deliberação nº. 001/05. Conselheiro **Armando Martinho Raggio** explicou que na Nota Técnica do CONASS nº. 17, de agosto de 2006, os secretários aprovaram a utilização de instituições devidamente habilitadas conforme a legislação nacional e dos estados e municípios, considerando-se que esse tipo de contratação era uma contratação de serviço de gerência e não delegação de gestão. Assim, no entendimento do CONASS, o gestor estabelece um contrato que era muito mais severo e rigoroso do que a contratação no pagamento por procedimentos para a compra de serviços. Assim, apelou para que o CNS considerasse a delicadeza da questão e ponderasse que a resolução poderia comprometer autoridade deliberativa do Sistema. Conselheira **Maria Izabel da Silva** destacou ser necessário reformular o item 3 da minuta, pois o texto possibilitava aos estados e municípios terceirizar gerências, pessoal e gestão com seus recursos próprios. Conselheiro **Ciro Mortella** avaliou que o CNS deveria evitar decisões que poderiam não ser cumpridas. Assim, propôs que o Presidente do CNS promovesse diálogo com o Ministro da Saúde sobre que ações poderiam ser tomadas a fim de evitar o avanço da terceirização, à luz da realidade do país e do posicionamento do CNS. E, a partir do resultado dessa conversa, fosse elaborada resolução que pudesse ser implementada. Conselheiro **Armando Tadeu Guastapaglia** destacou ser necessário fazer diferenciação entre terceirização, gestão, gerenciamento e contratação. Explicou que as entidades médicas eram contrárias a transferência da gestão, entendendo que esta deveria ser pública. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** ressaltou que o ponto central era que a gestão não poderia ser terceirizada, por ser esta uma função pública. Encaminhando, o Presidente do CNS destacou que havia duas propostas: aguardar até próxima reunião do CNS para deliberar sobre o 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 sequência, 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 Carneiro, 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 Carneiro, José**  
1970 **Marcos de Oliveira, Lúcia Bahia, Maria Izabel da Silva, Néventon R. Vargas, Moisés Goldbaum,**  
1971 **Nildes de Oliveira Andrade, Raquel M. Rigotto, Ruth Ribeiro Bittencourt, 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 Emília 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.**