



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

**ABERTURA** – Aos treze e quatorze dias do mês de fevereiro 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 Septuagésima Reunião Ordinária do CNS. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando a todos os presentes. A seguir, abriu a palavra para apresentação de informe da delegação que participou do Fórum Social Mundial de Saúde, enquanto era aguardada a chegada do Ministro de Estado da Saúde. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** informou que o II Fórum Social Mundial da Saúde (FSMS), constou da agenda do VII Fórum Social Mundial, realizado em Noirobi, de 20 a 25 de janeiro de 2007, tendo participado, representando o CNS, além dele: Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, Conselheira **Marisa Fúria Silva** e **Alessandra Ximenes** – SE/CNS. Explicou que o II Fórum Social Mundial da Saúde (FSMS) teve como tema “Saúde da África, Espelho do Mundo” e o CNS participou da mesa de abertura e das seguintes atividades: Painel 1: “Examinando os acontecimentos políticos da luta pelo direito à saúde na África e no mundo” - expositor; Painel 4: “O papel dos atores políticos na luta pelo direito à saúde na África – limites e compromissos” – expositor. Além disso, o CNS promoveu oficina sobre o tema “A democratização da gestão da saúde com participação da sociedade”. Em linhas gerais, destacou que o Fórum Social Mundial de Saúde consistia em um espaço importante para discussão dos serviços públicos de saúde do mundo. Dentre os principais pontos discutidos no Fórum, citou: direito à saúde e acesso universal à assistência farmacêutica pautados nos direitos humanos à vida. Explicou que o Brasil despertou o interesse dos movimentos sociais de outros países pela forma como a saúde pública brasileira era tratada, com a participação popular na formulação e fiscalização de políticas. Destacou que o diferencial do Brasil ocorria porque o país não vivera até o presente momento uma guerra civil e a Constituição Federal Brasileira garantia direitos não assegurados em outros países, principalmente, no que se refere à saúde. Também, informou que foi indicada no II FSMS a realização de conferência internacional no Brasil em 2008 para discutir os “Sistemas Universais, Integrais e Equitativos de Saúde”. Acrescentou que os representantes do governo brasileiro manifestaram apoio à proposta e colocaram-se à disposição para garantir a realização da conferência no Brasil. Por fim, informou que foi distribuído relatório de avaliação da participação dos representantes do CNS no II FSMS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** avaliou como positiva a participação do Brasil no II FSMS, principalmente, no que se refere à defesa de sistemas universais de saúde para o mundo. Ressaltou que 80% dos participantes do FSMS eram africanos, assim, foi um espaço para que a África colocasse as suas “dores”. Também comentou sobre a proposta do FSMS de realização de conferência internacional no Brasil em 2008 para discutir os “Sistemas Universais, Integrais e Equitativos de Saúde”, explicando que deveria ocorrer concomitantemente ao evento do FSMS, que aconteceria em 2008, em várias partes do mundo. Nesse aspecto, apresentou a sugestão, acatada pelo FSMS, de realizar atividade em 2007 durante a 13ª Conferência como preparação à conferência internacional no Brasil em 2008. Assim, sugeriu que o CNS incluísse um representante do Fórum Social Mundial de Saúde na comissão organizadora da 13ª Conferência. Conselheira **Fernanda Lopes** informou que também participara do II FSMS, na condição de convidada, tendo acompanhado o Fórum de Coalisão Pan-Africana de Combate à AIDS. Assim, destacou pontos definidos como prioridades na luta e no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS nos países africanos, sendo: ausência de novos compromissos – criar estratégias para o trabalho em rede de monitoramento dos compromissos que foram fixados pelas entidades e organismos internacionais, pelos grandes bancos, pelo Fundo Global de Enfrentamento da AIDS; combate à corrupção; mobilização social e comunitária e formação para o exercício do Controle Social; organização e fortalecimento de sistemas de saúde, com ênfase na Atenção Básica; trabalho integrado, solidário e em rede; e construção e fortalecimento de estratégias de empoderamento de mulheres e meninas visando reduzir as vulnerabilidades e combater a violência, estrutural, psicológica e de gênero sofrida por mulheres e meninas em todos os países do continente

africano. Também chamou a atenção para a presença imperialista nos países africanos e a necessidade de cuidado na transferência de conhecimento e intercâmbio de experiência para que não houvesse essa postura do Brasil. A coordenadora de comunicação do CNS, **Alessandra Ximenes**, ressaltou estes pontos da agenda política do Fórum Social Mundial da Saúde: consenso sobre a realização de conferência internacional, em julho de 2008, no Brasil, para discutir os “Sistemas Universais, Integrais e Equitativos de Saúde”, marcando os 20 anos do SUS; e construção de agenda de cooperação do Brasil com a África e a realização de campanha mundial pelo direito dos povos à saúde e aos serviços sanitários. Citou ainda aspectos tratados na oficina: a reforma sanitária brasileira, garantia da participação da comunidade na Constituição Brasileira; participação expressa através dos conselhos de saúde e conferência; o que são conselhos de saúde e conferências; e a necessidade de continuar aprimoramento os espaços de efetivação da sociedade, através dos conselhos de saúde. Disse que no FSMS destacou-se a saúde da mulher e os altos índices de AIDS na África. Sinalizou o reconhecimento da experiência do Brasil de construção do SUS e de espaços de participação popular, por meio dos conselhos de saúde e conferências de saúde. Salientou o apoio do Governo Lula à delegação brasileira, inclusive com disponibilização de aeronave da FAB e pontuou o interesse do governo em implementar as orientações e sugestões do Fórum Social Mundial e Fórum Social Mundial de Saúde. Por fim, avaliou como positiva a participação do CNS na delegação do Brasil e informou que outras áreas solicitaram, nos próximos Fóruns, maior participação dos conselhos de políticas públicas na delegação brasileira. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que, atendendo à solicitação do Comitê do Fórum Social Mundial, o Ministério da Saúde, através de convênio, disponibilizou o montante de R\$ 150 mil para contribuir nas atividades do VII Fórum Social Mundial. Com a chegada do Ministro de Estado da Saúde, o Presidente do CNS agradeceu as expositoras e suspendeu a discussão do tema que retornaria à pauta posteriormente. Na sequência, o Presidente do CNS 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: “Bom dia senhoras e senhores conselheiros do Conselho Nacional de Saúde. Eu peço desculpas pelo atraso. Gostaria de aproveitar esse espaço que o Conselho oferece ao Ministro da Saúde para trazer quatro pontos que considero importante para que o Conselho tome conhecimento e reflita sobre eles e não vou fazer uma análise de conjuntura como está colocado na pauta. São quatro pontos importantes que dizem respeito ao Conselho Nacional de Saúde e ao nosso Sistema Único de Saúde. O primeiro refere-se à 13ª Conferência Nacional de Saúde que está em discussão e já existe uma pré-agenda aprovada neste Conselho. Os dirigentes do Ministério da Saúde, atendendo a minha solicitação, fizeram uma reunião para discutir a Conferência Nacional de Saúde. Eu sei que este tema será tratado amanhã e os nossos conselheiros que representam o Ministério da Saúde poderão manifestar-se. O Conselheiro Antônio Alves fez uma síntese da reunião que poderá ser apresentada ao Plenário. Nós resolvemos convocar essa reunião para discutir a Conferência, porque consideramos importante, eu, pessoalmente, considero que a Conferência é importante não só para o Controle Social. Ela é tão ou mais importante para o gestor. E nós tivemos a oportunidade de fazer um paralelo com as outras conferências. A Conferência é importante se tirarmos uma agenda positiva de trabalho, a exemplo do que fez a 8ª Conferência – definiu uma agenda política e organizativa e a ela se engajaram todos os representantes da sociedade civil, mesmo aqueles que dela não participaram. Não sei se vocês se lembram, mas, à época, alguns segmentos da sociedade civil não quiseram participar da Conferência, mas posteriormente, diante da agenda política e sua repercussão, tanto no seio da sociedade civil quanto no Congresso Nacional, todos os entes e os representantes de todos os segmentos que direta ou indiretamente possuíam algum interesse na saúde tiveram que participar ou por aproximação própria ou até a reboque – se não participassem iriam perder o “trem” da história e perder a oportunidade de expressar os seus interesses. Então, nós tivemos essa discussão, foram várias conversas, pois tivemos um dia todo de reunião. Inclusive, tiramos lições das últimas conferências, a 13ª é uma conferência importante, é emblemática para todos nós, pois estamos completando a maioria da 8ª Conferência. Isso é importante para nós até para que possamos avaliar quais foram os avanços de 21 anos da 8ª Conferência, os avanços de dezessete anos da Lei nº. 8.080/90 e, principalmente, quais são os principais desafios que nós teremos...*interrupção na gravação...*tem um compromisso institucional firmado com a convocação das conferências e tem interesses nas conferências. Assim como têm interesses os gestores estaduais, os gestores municipais, os trabalhadores da saúde, os usuários, as várias entidades que têm delegação de representar outras entidades aqui no Conselho. Então, nós queremos ter uma participação pró-ativa na Conferência e queremos debater com o Conselho as nossas posições e opiniões, como sempre dizíamos. Nós não temos que ter nenhum receio de explicitar qualquer divergência se por ventura ela existir. Essa é característica máxima do Sistema Único de Saúde: explicitar as divergências para construir na convergência e para qualificar cada vez mais o Sistema. Então, esse é o primeiro ponto.

Nós fizemos uma reunião durante uma manhã inteira e discutimos muito e tivemos também dentro da equipe do governo pontos divergentes e tenho certeza que a síntese do Conselheiro Antônio Alves fará o resgate dos convergentes para discutir aqui. Uma outra informação que gostaria de dividir com os conselheiros refere-se à saúde pública. Trata-se de uma preocupação que tivemos, há duas ou três semanas, em relação à influenza aviária, a chamada “gripe do frango”. Em outubro de 2005, o Presidente da República baixou um decreto em função das notícias divulgadas e a captação de informações sobre o avanço da gripe aviária em algumas regiões da Ásia e a migração para algumas regiões para Europa. Esse decreto colocou sob a responsabilidade do Ministério da Saúde a coordenação do trabalho de preparação do país para eventualidade do que os epidemiologistas chamam de pandemia. São vários ministérios que integram um grupo e, recentemente, eu solicitei ao nosso coordenador que convocasse esse grupo e fizemos uma reunião na semana passada para fazer verificações por duas razões. A primeira dela, é que, de novo, a imprensa internacional trouxe problemas da influenza e chamou a atenção o tratamento que a imprensa internacional deu a isso. Uma granja na Inglaterra, maior produtora de frango da Europa, teve toda a produção interditada, todas as aves abatidas e esse fato passou como se fosse uma questão normal, talvez, porque ocorreu em um país de primeiro mundo, em uma das chamadas “economias do G7”. Com certeza, se fosse no nosso país, o fato se tornaria um escândalo internacional e provavelmente, todas as aves do país, sejam de granja ou não, estariam condenadas a serem abatidas. Em segundo lugar, chamou a atenção, o fato de ter sido identificado, na África, um caso da influenza em aves. Esse fato nos chamou a atenção porque, pela primeira vez, a relação Norte – Sul e Sul – Norte mudou para relação Leste – Oeste e esse é um motivo de preocupação para todos nós que trabalhamos com saúde pública. Se chegou na África, temos que ter preocupação e esta foi externada por todos os representantes dos ministérios que participam conosco. Inclusive, reafirmou a necessidade de integração do que nós chamamos de “centro de operação de comandado e controle”, que é uma sala de situação que tem dez ministérios e é coordenado e tem a retaguarda do Ministério da Defesa para que se faça a interligação de todas as salas de situação e para cada informação que qualquer sala de situação possa captar dentro do interesse de negócio daquele Ministério seja transmitida e analisada. O Ministério da Saúde tem o CIEVS que é um Centro de Informação Estratégia em Vigilância em Saúde, que funciona 24 horas por dia, parte como plantão com telefone. Eu até gostaria de convidar os conselheiros a visitar a sala, que está na sobreloja. É uma sala de situação que capta informações de todos os problemas de saúde notificados no Brasil e no mundo. Igual a ela, só há três no mundo e não é ufanismo. Só há na OMS, nos Estados Unidos e no Canadá. A sala dos Estados Unidos é maior que o prédio do Ministério da Saúde com computador ligado a todos os países do mundo. Essa sala é importantíssima para nós e é retaguarda para todas as outras. Eu estou trazendo essa informação, porque nós vamos fazer algumas ações pós-carnaval. O nosso pessoal está trabalhando em algumas ações. Em função disso, nós vamos fazer algumas simulações para ver como estão estruturados os nossos serviços, se houver a possibilidade de chegar um caso de influenza, como os nossos serviços estão preparados. Nós vimos a simulação da Argentina e nos chamou a atenção para uma série de problemas. Na Argentina, simularam que uma pessoa estava com a possibilidade da gripe e ao chegar ao hospital, na emergência, a pessoa ficou transitando tranqüila. Essas são as questões que nós temos que estar atentos. Nós temos que estar atento para ver se os nossos hospitais, que são referência para essa área estão bem dotados, estão bem capacitados, se os treinamentos que nós estamos fazendo, se a preparação dos nossos portos e aeroportos está bem avançada, se a preocupação com todos os trabalhadores de todas as entidades que trabalham nos portos e aeroportos estão bem qualificados e estruturados, se a remoção de uma pessoa que possa chegar ao aeroporto de Cumbica, de Salvador ou de Recife que venha de alguma região que apresente algum sintoma disso, qual seria o procedimento. Então, seria fazer isso. Gostaria de trazer isso para vocês, porque muitas vezes nós teremos que, dentro da interface de representatividade, discutir com outros setores. E na área da saúde é mais fácil por duas razões. Primeiro, porque é mais organizado e segundo, na organização internacional, para fazer qualquer tipo de simulação é preciso comunicar com quinze ou vinte dias de antecedência e daí a simulação se perde. Nós vamos fazer a simulação e não vamos avisar onde, nem quando, nem como. Então, essa era uma questão que eu gostaria de dividir com todos vocês. A segunda é em relação à dengue. Em alguns estados nós presenciamos um aumento do número de casos. O Ministério da Saúde tem discutido com as autoridades locais, tanto dos estados quanto dos municípios, a intensificação das ações de controle. E aí é importante o apoio do Conselho Nacional de Saúde até que possamos ter uma interface maior com os demais conselhos, porque nós sabemos que a atuação isolada do agente de saúde e do governo não é suficiente. Se nós não tivermos a adesão da população de aquiescer para que as ações sejam feitas, para que o domicílio seja controlado, nós não vamos conseguir avançar no controle da dengue. O tempo, as chuvas constantes, a reação da população, tudo isso tem feito os casos de dengue aumentar. Estamos iniciando em várias regiões um processo de tele marketing para informar a população sobre o que é a

dengue e qual o tipo de ação que as autoridades governamentais esperam que a população colabore. Por fim, eu tenho uma notícia e gostaria de dividir com vocês. Há três semanas, o Presidente lançou o Plano de Aceleração do Crescimento. Na questão da saúde, há dois eixos que nós precisamos nos preocupar. Em primeiro lugar, principalmente em algumas regiões, como Norte e Nordeste, nós temos que tomar cuidado para que os planos de investimento não se transformem também em planos de aceleração do crescimento do número de doenças, em algumas regiões, para alguns casos especificamente. O exemplo mais tranquilo que eu apresento é a questão da malária na Amazônia. Três municípios são responsáveis por 25% dos casos de malária do Brasil e em um dos municípios observa-se que cresceu o número de malária por conta de um projeto econômico de incentivo à atividade econômica, de incentivo à melhoria de renda das pessoas, um projeto intensivo em piscicultura transformou-se em um projeto intensivo de malária, porque a saúde não foi ouvida na preparação e planejamento da ação. Ontem, eu pude externar isso para a cúpula do governo que está cuidando do Pacto e deixei claro que a saúde tinha que participar do processo de preparação dos investimentos para, junto com o Meio Ambiente, trazer contribuições a fim de não transformar a aceleração de crescimento em aceleração da expansão de doenças. E são três casos. O da malária é um que nós temos que tomar cuidado. Nos investimentos que temos de portos e aeroportos, que tem todo um plano de contingência em relação à influenza aviária é outro e principalmente nos investimentos que vão ser feitos em rodovias federais, também aí acoplar o planejamento do nosso atendimento móvel de urgência nas estradas e nós já começamos o primeiro. E preciso trabalhar junto no planejamento para que possamos ter uma prevenção destes problemas e que esse Plano de Aceleração do Crescimento possa ter um impacto positivo em relação à economia e o que pode representar para a população, mas que não seja para nós um problema sério de causar despesas por um lado e por outro causar desconforto para as pessoas que moram nessas regiões que poderão ser acometidas de dengue, de malária, de febre amarela. Tem um segundo aspecto que também é importante e se refere ao financiamento do PAC. Ontem eu fiquei, juntamente com todos os ministros da área social, até às 23 horas discutindo o contingenciamento dos orçamentos. Tem uma característica interessante que todas as vezes que somos chamados para discutir orçamento, quando eu chego, sou recebido assim: “Chegou o mais rico da esplanada, esse é o que tem o dinheiro”. Em todos os lugares que chegamos é dito “Lá vem o homem do dinheiro”, mas não é o meu dinheiro. A magnitude nominal do nosso orçamento é muito alta, é o maior orçamento da União. E ontem nós fomos chamados exatamente para sermos comunicados dos estudos que foram feito do contingenciamento do Ministério da Saúde. Eu gostaria de dividir isso com vocês para que as pessoas não se sintam preocupadas com isso. Qual é a nossa preocupação, qual é a preocupação que eu levei às reuniões anteriores que nós fizemos e à reunião de ontem que eu tive oportunidade de expressar isso a todos os ministros. Nós temos uma preocupação, temos que esclarecer: o custeio do Ministério da Saúde não é custeio de máquina administrativa, o custeio do Ministério da Saúde é de pagamento de serviços que são prestados, é atividade finalística. E para nós do Ministério da Saúde, seguindo orientação explícita minha a todos os secretários, se tiver que haver cortes, nós vamos cortar na máquina, vamos cortar internamente, com ajustes. Vamos diminuir as viagens, eventos, patrocínio para atividades a fim de não causar transtornos para os serviços na ponta. Esse é um ponto específico. O nosso contingenciamento, quando aparecer o número todos vão se assustar porque foi alto mesmo, foi de R\$ 3,5 bilhões. Como nós vamos trabalhar esse contingenciamento? Em um primeiro momento, nós vamos impactar esse contingenciamento nas emendas parlamentares. Primeiro, gostaria de deixar claro que contingenciamento não é corte, é uma retenção. Nós não seremos autorizados a utilizar esse recurso, assim, nós vamos concentrá-los nas emendas parlamentares e em algumas ações de investimento que estão previstas no Ministério da Saúde neste primeiro momento. Mesmo com o contingenciamento nessa magnitude, ele só poderá impactar o custeio do Ministério da Saúde no mês de novembro e dezembro. Não tem nenhum impacto negativo nas políticas que nós temos discutido e nem na possibilidade que estamos discutindo com todos os gestores no fortalecimento de algumas políticas. Por exemplo, uma política que está pronta, a unificação das tabelas, tabela ambulatorial e hospitalar, está pronta e nós vamos publicar na próxima semana. Essa ação tem um impacto orçamentário de R\$ 60 milhões, mas isso está pronto. Uma outra política que estamos discutindo com o setor privado, principalmente, com as Santas Casas de Misericórdias, de fazer uma correção da tabela em alguns procedimentos, nós não vamos paralisar esse processo, continua da mesma forma que estamos fazendo. Em terceiro lugar, o mais importante foram os dois compromissos nós tiramos. Um é o compromisso que o Presidente, inclusive, fez de público no Congresso da ABRASCO de que o SUS não tem retorno. Esse foi o compromisso do Presidente da República no discurso dele na ABRASCO. Em segundo lugar, o Presidente da República que lutou muito pela democratização desse país não vai deixar de cumprir a Constituição e nem nós vamos deixar de cumpri-la. Então, o valor de recurso que temos que fechar esse ano vai estar determinado pela Constituição, na Emenda Constitucional nº. 29. Em segundo lugar, a equipe

econômica garantiu de público que a partir do segundo semestre nós teremos novamente a recomposição desse orçamento nas áreas que pudermos. Enquanto isso, acho que o Ministério da Saúde tem uma oportunidade rara para discutir a qualificação das emendas parlamentares e nesse ponto acho que o Conselho tem um papel importante. A meu ver, não é determinar o que tem que ser aprovado ou não pelo Congresso, mas é levar para o Congresso uma discussão séria sobre o orçamento do Ministério e a qualificação das emendas. Acho que o espaço que algumas pessoas tinham para colocar emenda no orçamento do Ministério que gerasse sanguessuga, que gerasse aqueles desvios de recursos de medicamentos que houve no Rio Grande do Norte, eu acho que nós temos que começar a qualificar o nosso discurso e a nossa negociação para acabar com isso. E essa oportunidade nós temos agora. Então, eu gostaria de trazer esses informes a vocês e deixar claro que esse contingenciamento é, nesse momento, importante para que o espaço fiscal possa se concretizar e as áreas de investimento previstas no Plano de Aceleração do Crescimento possam ser feitas. No nosso caso, temos a certeza que a Emenda Constitucional nº. 29 será cumprida e desde o ano passado, por exemplo, nós temos tido por parte da equipe econômica do governo, do Ministério do Planejamento, por exemplo, toda a adesão às propostas que nós levamos. Vou dar um exemplo. No ano passado, nós conseguimos com os ajustes que fizemos na área de compra de medicamentos, tabela de medicamentos ou de medicamentos de alto custo, nós conseguimos uma economia grande. E aquela economia poderia ser colocada como uma não utilização do orçamento, mas tanto o Ministério do Planejamento quanto o Presidente da República aquiesceu na hora e publicou medida provisória na última semana de governo de realocação interna dos recursos e nós pudemos antecipar parte dos nossos compromissos do mês de janeiro de 2007 para o mês de dezembro que também geraria uma preocupação menor para nós no impacto que o Plano de Aceleração do Crescimento e o contingenciamento dele poderia trazer. Gostaria de deixar claro para vocês que vamos concentrar nas emendas parlamentares e o custeio da atividade finalística está garantido. E dizer também o que eu disse ontem na reunião dos ministros, que a regulamentação da EC nº. 29 tem que ser o nosso discurso, inclusive, o discurso do governo e também o discurso do Conselho Nacional de Saúde, pois esse seria realmente o “PAC da saúde” e seria importante aperfeiçoar cada vez mais essa discussão e que nós buscássemos uma interlocução com o Congresso e com o governo para que pudéssemos em algum momento deste ano colocar isso na agenda política do Congresso Nacional para que possamos ter regulamentação que atenda os interesses da saúde pública brasileira. Algumas questões já estão certas. A definição do Conselho de ações e serviços de saúde é líquido e certo, inclusive, para o próprio governo e esse discurso tem que ser nosso, do setor saúde, não podemos deixar que esse discurso seja capturado por qualquer outra entidade, é nosso e temos que avançar nele. E discutir com tranquilidade e ver quais são os avanços, os consensos, aperfeiçoar os consensos e tentar dirimir os dissensos desde que estes não sejam prejudicial à causa da saúde pública brasileira e ao nosso Sistema Único de Saúde. Eram essas as informações. Gostaria de agradecer a atenção de todos. Muito obrigado.” (Palmas). Concluído o pronunciamento do Ministro de Estado da Saúde, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** cumprimentou o Ministro da Saúde e demais presentes e como, moradora de Campo Grande/MS, perguntou por que as estratégias do Ministério da Saúde em relação à dengue somente aconteciam na época da epidemia. Além disso, indagou como rever a defasagem das tabelas de procedimento que refletia no atendimento direto aos usuários diante do contingenciamento de R\$ 3,5 bilhões do orçamento. Em resposta, o Ministro de Estado da Saúde, **José Agenor Álvares da Silva**, manifestou-se nos seguintes termos: “Conselheira Gyséle coloca duas questões. Em relação à tabela, é um equívoco achar que está congelada. Ela não está congelada. Eu tenho um estudo da Média e Alta Complexidade que mostra uma série de procedimentos que tiveram, inclusive, aumento muito alto. De 2003 a 2006, foi R\$ 1,3 bilhão somente de correção de tabela. Considerar que possamos dar um aumento linear a todos os procedimentos é impossível. Não há como fazer isso. O que estamos fazendo são políticas para melhorar, seja a política de incentivo à contratualização, por exemplo, nos casos dos Hospitais Universitários e das Casas de Misericórdia, procurando corrigir alguns procedimentos específicos. Na questão da dengue, eu vou discordar. O Ministério da Saúde não está indo depois que a situação começa. A responsabilidade pelas ações contra a dengue, direta da execução, não é do Ministério da Saúde, nem constitucionalmente. O Ministério da Saúde repassa mensalmente, entre os dias vinte e trinta de cada mês, os recursos da vigilância em saúde. No caso específico de Campo Grande, de Mato Grosso do Sul, eu estive lá pela gravidade do problema, foram repassados para Secretaria de Saúde R\$ 1,9 milhões e R\$ 3,9 milhões ou R\$ 4,9 milhões para a Prefeitura de Campo Grande e para o Estado como um todo foram repassados R\$ 10,9 milhões. Lá em Campo Grande/MS aconteceram alguns fatos que temos que considerar. Em outubro, quando nós verificamos o sistema que é feito para verificar se os domicílios estão ou não manifestados, nós descobrimos que havia regiões que tinha mais de 20% de infestação domiciliar. Em segundo lugar, a intensidade das chuvas de dezembro e janeiro em Campo Grande. Terceiro lugar, a dificuldade de entrar nos terrenos...interrupção na

301 gravação...pessoas com molho de chaves para abrir as portas e verificar. Além disso, há algumas  
302 doenças, como a dengue, por exemplo, que há um relaxamento quando está controlada, isso é como  
303 uma mola, você segura a mola fazendo força, se você acha que a mola perdeu a sua distensão e solta,  
304 ela salta. Foi isso que aconteceu. Mas nós temos que deixar claro. Houve alguns problemas  
305 operacionais, tanto é que nós mandamos a nossa equipe para lá, enviamos pessoas com experiência  
306 de gestão de campo, mandamos todos os equipamentos. Eu já tinha estado em Campo Grande há um  
307 tempo exatamente discutindo essa questão. Então, nós não chegamos depois, nem alertamos depois.  
308 Nós tivemos sim que apagar um incêndio.” Conselheira **Zilda Arns Neumann** cumprimentou o Ministro  
309 de Estado da Saúde pela fala e perguntou se o Ministério da Saúde estava pensando estratégia de  
310 mobilização no sentido de garantir a votação da regulamentação da EC nº. 29. na Câmara dos  
311 Deputados. Em relação à prevenção da dengue, destacou a necessidade de trabalho contínuo de  
312 conscientização e educação da população em conjunto com escolas e igrejas. Nesse sentido, colocou  
313 a Pastoral da Criança à disposição para contribuir no processo de educação a respeito da dengue.  
314 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** saudou primeiramente o Ministro da Saúde e solicitou o  
315 apoio dele para realização, durante a 13ª Conferência de Saúde, de evento preparatório da  
316 conferência internacional, em julho 2008, no Brasil, para discutir os “Sistemas Universais, Integrais e  
317 Equitativos de Saúde”, conforme acordado no Fórum Social Mundial da Saúde. Em relação à gripe  
318 aviária, destacou que o CNS começou a discussão do tema no início de 2005, com acompanhamento  
319 constante e, inclusive, participou de seminário internacional do Rio de Janeiro, em 2005. No mais,  
320 salientou que o CNS tinha interesse em conhecer o centro de excelência no Ministério da Saúde.  
321 Também destacou que o CNS vinha lutando pela aprovação da proposta de regulamentação da EC nº.  
322 29. Por fim, solicitou o apoio do governo no sentido de garantir a aprovação do PL do ex-Deputado  
323 Roberto Gouveia, em tramitação desde 2003, que trata da Lei de Responsabilidade Sanitária, pois o  
324 entendimento era a Lei garantia do exercício da gestão com responsabilidade. Conselheiro **José**  
325 **Marcos de Oliveira** cumprimentou o Ministro da Saúde e solicitou que permanecesse durante maior  
326 tempo na reunião, a fim de que fossem tratados assuntos de interesse do CNS. No mais, apresentou  
327 os seguintes questionamentos: informação do Ministério da Saúde sobre a construção da Hemobras;  
328 apresentação de prestação de contas sobre a situação do Brasil em relação à tuberculose (avanços,  
329 desafios e orçamento), posto que o Brasil fazia parte do Fórum Latino Americana de Combate à  
330 Tuberculose; apresentação do plano de ações e metas à propósito do Programa Nacional de  
331 DST/AIDS; como tratar a questão das profissões da área da saúde, pois os conselhos estaduais  
332 questionam reconhecimento de profissões por conta da Resolução do CNS sobre profissões da área  
333 da saúde; qual a posição do Ministério da Saúde sobre o relatório da UNICEF que aponta o Brasil,  
334 dentre os países abordados, com o menor índice de sucesso de controle da sífilis congênita; e que  
335 Estados e Municípios já aderiram ao Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Além disso,  
336 salientou a importância de retomar a discussão sobre saúde mental e pautar debate no CNS sobre a  
337 DRU. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** chamou a atenção para os problemas crônicos em  
338 relação à saúde no Mato Grosso do Sul, destacando, além da epidemia de dengue no Estado, o  
339 problema de desnutrição aguda na população indígena, em virtude de a Secretaria Estadual de Saúde  
340 de Mato Grosso ter suspenso o abastecimento de cestas de alimentação para as populações  
341 indígenas. Nesse sentido, salientou a necessidade de verificar essa e outras questões, na perspectiva  
342 de definir encaminhamentos. Também informou o Ministro da Saúde acerca da subestimação da  
343 direção da FUNASA em participar da CISAMA e discutir as contenções e a falta de execução dos  
344 recursos na área de saneamento. Nesse sentido, solicitou providências do Ministro da Saúde no  
345 sentido de a Fundação participar e cumprir o seu papel na Comissão. Também comunicou que seria  
346 apresentada ao Plenário do CNS proposta de moção de apoio, elaborada pela CISAMA/CNS, à  
347 Portaria do Ministério da Saúde nº. 1.851/06. Por fim, manifestou a sua insatisfação com o superávit  
348 primário e o contingenciamento de recursos da saúde. O Ministro de Estado da Saúde, **José Agenor**  
349 **Álvares da Silva**, respondeu esse bloco de intervenções, manifestando-se nos seguintes termos: “A  
350 conselheira Graciara apresenta três pontos. Em relação ao apoio, nós precisamos discutir e saber do  
351 que se trata o evento. Nós precisamos ter isso claro. O cobertor é curto, o número pode ser grande,  
352 mas o cobertor é curto. Precisamos de maiores informações. O Ministério da Saúde tem dado  
353 demonstração de que todas as iniciativas que estão acontecendo - encontros, seminários, congressos  
354 – que tem interface com a saúde pública e podem trazer subsídios para melhoria do nosso Sistema de  
355 Saúde nós estamos sempre favoráveis e temos apoiado. A responsabilidade sanitária. O que houve foi  
356 o seguinte. Há algumas questões naquele projeto que são polêmicas para os gestores. Aquele projeto  
357 de lei, da forma como foi encaminhado, seria uma sinalização para os gestores de pensar muito se  
358 aceitam ou não serem gestores. Por exemplo, nós sabemos que a redução da mortalidade infantil não  
359 é responsabilidade exclusiva da saúde. Eu não posso apoiar um projeto de lei que diz que, se eu não  
360 diminuir a mortalidade infantil a um determinado patamar, eu vou ser responsabilizado criminalmente.  
361 Nós sabemos que não é. Nós tínhamos que ver o que é responsabilidade, exclusiva, do gestor e a

partir dessa responsabilidade, pautar isso. Nós estamos vendo as ações de alguns entes, inclusive do próprio Ministério Público. Eu já disse isso: está na hora de termos um seguro gestor, porque muitos não querem mais ser gestor, porque qualquer questão é isso. Três técnicas do Ministério da Saúde que emitiram um parecer técnico sobre a especificação de um equipamento técnico para um determinado tipo de ambulância tiveram os bens bloqueados, a conta bloqueada e a justificava para isso foi que fazia parte de uma organização criminosa, incluindo as técnicas junto com a “turma” de ladrões que estavam roubando o Ministério da Saúde. Isso vocês todos assistiram e eu disse isso aqui. Até hoje as técnicas não conseguiram livrar-se da acusação. Tiveram que gastar com advogado para desbloquear a conta. Então, acho que temos que ter uma consciência clara de como vamos responsabilizar aqueles que têm responsabilidade pela condução dos serviços de saúde. Agora, responsabilização, eu não tenho dúvida que tem que ter. Responsabilização, imputação, culpa - aconteceu isso por culpa de quem? – aí sim é um fato. Mas acho que temos que tomar cuidado com algumas questões, mas eu acho que o governo está aberto para discutir. Eu, enquanto Ministro da Saúde, estou aberto para discutir mesmo porque nós não poderíamos ser diferente em tudo aquilo que visa melhorar a qualidade dos serviços. O conselheiro José Marcos traz uma grande agenda que mereceria uma reunião inteira do Conselho. Eu sou uma pessoa disciplinada José Marcos, eu recebi a pauta da reunião que define de 10 as 11, Ministro da Saúde. Está aqui. Eu não posso chegar aqui e inverter a pauta do Conselho, mesmo porque eu estou aqui na condição de convidado. Então, eu aceito discutir, tanto é que eu abri uma pauta de discussão com o Júnior (*Conselheiro Francisco Batista Júnior, Presidente do CNS*), nós temos uma reunião mensal. Amanhã nós temos um encontro. Eu não tenho problema nenhum em vir aqui e discutir. E, quando nós trouxemos a proposição do Ministério de mudar a conformação, inclusive de o ministro não ser o presidente do CNS, não era um discurso demagógico, não era apenas uma retórica em relação ao Conselho. Nós colocamos isso. E ontem eu estava em Belo Horizonte, inaugurando uma farmácia popular com a prefeitura de Belo Horizonte e eu falei com os conselheiros presentes: mire-se no exemplo do Conselho Nacional de Saúde que mudou a forma de se constituir, é democrático na escolha dos seus conselheiros e o presidente do CNS é alguém do segmento dos trabalhadores. Não será possível responder a todos os questionamentos (*referindo-se à fala do Conselheiro José Marcos de Oliveira*). Em relação à tuberculose e à DST/AIDS, nós podemos trazer, não tem nenhum problema. Não temos problema em levar discussão sobre qualquer tema para fora, podemos e temos que discutir. Na questão das profissões, o Ministério da Saúde tem que ver a Resolução do CNS, por que está dificultando; quem determina a regulamentação profissional são os conselhos, não é o Ministério da Saúde. Sobre a sífilis, acho que reduziu o índice de sífilis congênita, mas falta muito, está muito na qualificação dos nossos serviços que nós temos que trabalhar. Sobre o Pacto, vários estados já assinaram e nós reafirmamos isso na primeira reunião da Tripartite e vários secretários colocaram como compromisso e nós estamos avançando. Sobre a Hemobras, fomos nós que sugerimos que fosse um representante do segmento dos hemofílicos, não sei se já fizeram a indicação. Nós temos que receber essa indicação e encaminhar para o Presidente da República. Não se trata de uma representação do Conselho, mas sim das pessoas com hemofilia. Entre a Confederação Brasileira de Hemofílicos e o Conselho, ficou aquela dúvida se o Conselho deveria ter representante, se eram as pessoas com hemofilia ou não. Eu sei que eles têm estado conosco em várias das oportunidades. A Hemobras está a pleno vapor, agora nós já tivemos inclusive a regularização dos terrenos em Pernambuco, está tudo certo, o orçamento tranquilo, vamos abrir a licitação agora para aquisição da tecnologia para implantação da Hemobras. O nosso parceiro, que é o governo de Pernambuco, está tomando todas as providências para, inclusive, integralizar o capital que precisa, já tem o nome do diretor, cuja indicação é de responsabilidade do governo de Pernambuco. Podemos continuar conversando. Em relação à questão do saneamento, conselheiro Wander, nós vamos ter que pensar, porque com o PAC o saneamento é uma questão importante. Terá um grupo de saneamento que vai cuidar disso. O amianto, eu não tenho dúvida, eu já recebi a associação que representa a indústria do amianto, com advogado de renome internacional e eu disse a vocês o que eu disse a eles na reunião, juridicamente, eu não tinha a formação jurídica e respeitava muito o advogado que estava presente, pois ele era uma expressão jurídica nacional, mas em termos do mérito da nossa portaria eu não tenho dúvida nenhuma de que nós estamos corretos. Se nós não estivéssemos corretos, 97% dos países do mundo estavam errados. A Europa não usa, os Estados Unidos não usam, o Canadá só usa para exportar, ninguém usa, então, porque nós do Brasil temos que usar? Por que nós do Brasil não temos que proteger o trabalhador que está trabalhando ali e, principalmente, o usuário que pega o tanque, a caixa d'água que pode colocá-lo em risco. Está na justiça, entraram na justiça. Eu tive a oportunidade de conversar com o Ministro do Supremo, Joaquim Barbosa, que foi consultor jurídico do Ministério da Saúde, foi meu colega do Ministério, conversamos muito sobre isso, mandamos informações e estamos passando todas as informações para a Advocacia Geral da União para nos defender. Na minha avaliação, nós ganhamos essa. Agora, temos que ficar atentos, porque não sabemos o que pode acontecer. A Emenda nº. 29, o apoio é constante, nós



estamos juntos e vamos marchar nessa, principalmente porque nós temos muitos Estados regulamentando, de forma que as ações de saúde são minoritárias em relação à regulamentação que existe. Isso é argumento forte. Nós do governo federal não temos que ter medo da regulamentação. Acho que há muitos estados jogando a culpa no Ministério por não ter regulamentação, porque eles sim colocam a saúde como um aspecto minoritário nessa regulamentação.” Na sequência, foi aberta a palavra aos inscritos para o segundo bloco de intervenções. Conselheiro **José de Rocha Carneiro** elogiou a disposição do Executivo de participar de forma mais ativa da 13ª Conferência Nacional de Saúde e desejou que os gestores das demais esferas se somassem ao processo de organização desta Conferência. Também cumprimentou o Ministério da Saúde pelas ações de enfrentamento de eventual epidemia de influenza aviária, com destaque para atuação da sala de situação e a relação estreita deste com o Ministério da Agricultura. Além disso, louvou a iniciativa do Ministro da Saúde de discutir os impactos dos planos econômicos sobre a saúde. Por outro lado, manifestou a sua preocupação a respeito de determinadas propostas de ampliar a vigilância de pessoas e solicitou a manifestação do Ministro da Saúde. A respeito da vacina do vírus pandêmico, explicou que estava incluída no Projeto Inovacinas, aprovado pelo Ministro da Saúde por meio de Portaria e lançado na semana anterior por decreto do presidente da República como parte da política industrial biotecnológica. Por fim, registrou o seu protesto em relação ao contingenciamento do orçamento da saúde. Conselheira **Raquel Rigotto** cumprimentou a todos e saudou o Ministro da Saúde pela iniciativa de discutir os impactos na saúde dos planos de desenvolvimento e crescimento econômico. Nessa linha, informou que o CNS, na reunião ordinária de janeiro de 2007, aprovou moção sobre as relações entre desenvolvimento e ambiente em torno dos procedimentos de licenciamento ambiental. Assim, destacou que o Ministério da Saúde deveria definir como contingenciar os impactos do Pacto sobre a saúde. O Presidente do CNS, **Francisco Batista Júnior** aproveitou a oportunidade para comunicar a presença e dar boas-vindas ao novo representante da Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes (FENAD), Conselheiro **Raimundo Sotero**. Conselheiro **Raimundo Sotero** informou que a FENAD trabalhava com educação em diabetes desde 1974 e o objetivo da Federação era somar esforços às ações do CNS. Conselheiro **Ricardo Souza Heinzmann** cumprimentou a todos e registrou a sua insatisfação com o contingenciamento de R\$ 3,5 bilhões do orçamento da saúde, o que evidenciava a clara manifestação do governo em preservar os lucros do setor financeiro em detrimento da saúde da população. Também aproveitou a presença do Ministro da Saúde para colocar a posição do movimento estudantil em relação à Portaria nº. 147, de 2 de fevereiro de 2007, que dispõe sobre novas normas para autorização de cursos de Direito e Medicina. Disse que o movimento estudantil, a princípio, temia que a Portaria levasse ao esquecimento o acúmulo de debate sobre a abertura de todos cursos na área da saúde e não somente medicina. Nesse sentido, solicitou ao Ministro da Saúde que levasse ao Ministério Educação a preocupação com o impacto da abertura indiscriminada de novos cursos na área da saúde. Também registrou pesar pelo assassinato de um servidor público dentro da Secretaria de Saúde de Salvador ocorrido em um contexto de terceirização da saúde em Salvador. Com isso, reforçou a necessidade de o CNS aprofundar o debate sobre a terceirização dos serviços e da gestão e de o Ministério da Saúde apropriar-se da discussão que se passa dentro da Secretaria de Saúde de Salvador. O Presidente do CNS informou que no dia seguinte seria feito o debate da Portaria nº. 147/07. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que a coordenadora da CIRH/CNS fosse chamada a participar do debate da Portaria nº. 147/07. Conselheira **Maria Izabel Silva** também registrou descontentamento com o contingenciamento de R\$ 3,5 bilhões do orçamento da saúde e chamou a atenção para necessidade do empenho do governo para buscar formas alternativas para recompor esse valor. O Ministro de Estado da Saúde, **José Agenor Álvares da Silva**, comentou esse bloco de intervenções manifestando-se nos seguintes termos: “Esse último bloco foi mais de comentários. Eu vou resgatar essa questão do contingenciamento. Contingenciamento não significa corte. O Ministério da Saúde não teve corte de recursos. O que houve foi que, do orçamento aprovado pelo Congresso Nacional para 2007, R\$ 3,5 bilhões do Ministério da Saúde não poderão ser utilizados agora. Parte deles não causa impacto para nós, principalmente, porque são despesas que só se concretizam no orçamento do Ministério da Saúde no segundo semestre. Então, eu queria deixar claro: não houve corte, simplesmente algumas das despesas vão ter que ser reprogramadas para que possam acontecer a partir do segundo semestre. Em segundo lugar, o mais importante para nós hoje que é a questão do custeio e a consolidação de algumas políticas, por exemplo, atenção básica, absolutamente nada terá impacto negativo na atenção básica. Foi o segmento do orçamento que mais cresceu e está absolutamente preservado. As políticas de média e alta complexidade nada tiveram de impacto negativo. Então, nenhuma das nossas políticas tem impacto negativo. Não vai ter nenhum processo de descontinuidade das nossas políticas. E o exemplo que eu dei foi esse. Nós estamos com a portaria pronta e estávamos apenas esperando o Presidente da República sancionar o orçamento porque, ao ser fechado no Congresso Nacional, continha alguns erros técnicos que atrasou o envio do orçamento para o Executivo e nós estávamos apenas esperando para que pudéssemos publicar isso,



inclusive com impacto no orçamento desse ano em torno de R\$ 65 milhões para unificação da tabela. No total do ano, R\$ 137 milhões. Essa é uma política que discutimos no ano passado e estamos fechando agora. Esperava apenas o orçamento de 2007 para fazer. Então, novamente, não é corte. Por exemplo, a conferência, naquela responsabilidade que o Ministério da Saúde tem de apoiar financeiramente a conferência não tem nenhum impacto. Então, não é corte. O governo precisa de um espaço fiscal para fazer com que ele possa implementar o Plano de Aceleração do Crescimento. Além disso, o impacto negativo que possa ter na saúde, nós abrimos espaço para ter essa discussão que foi garantido ontem por todos os ministros e nós inclusive já marcamos reunião para fazer isso. Então, pode ficar tranqüila conselheira, não tem nenhum problema de corte de recursos no orçamento do Ministério da Saúde. Esse não é o compromisso do Presidente da República. O orçamento do Ministério da Saúde hoje é limpo, tranqüilo, só ações de saúde, pela primeira vez, desde 2000 não têm nenhuma ação que não seja ação ou serviço de saúde no orçamento do Ministério da Saúde. Esse é o compromisso do governo, o compromisso do Presidente e esse sempre foi o apoio que ele deu na área da saúde. Evidentemente, não vou tentar convencê-los de que não deva ter essas preocupações, nem que façam moções de protesto. Nas reuniões que eu tenho participado com o Presidente da República, com os ministros da área econômica e outros ministros nunca me foi retirado o direito de levar essas preocupações, inclusive esta que eu disse que seria um impacto muito grande e eu disse que iria comunicar isso ao Conselho, que era minha obrigação. Por isso, eu insisto, o “PAC da saúde” é a Emenda Constitucional nº. 29 e o nosso PAC maior da área social é a integração de todas as políticas sociais para uma que dê mais respaldo e impacto para a população como um todo. O orçamento de 2007, conselheiro Ricardo, ficou tranqüilo porque ao final do ano passado nós pudemos fazer uma realocação de recursos para aquilo que o Congresso Nacional discutiu sobre o orçamento da saúde tivesse um impacto negativo e nós conseguimos fazer isso. Então, não tem problemas, a Emenda Constitucional nº. 29 vai ser cumprida nesse ano, no ano passado foi cumprida e nós utilizamos um pouco mais. Eu reafirmo: a Emenda nº. 29 vai ter mais impacto nos governos estaduais e alguns governos municipais. E aí nós temos que estar preparados para discutir isso. O conselheiro Carvalheiro já havia manifestado a mim a preocupação sobre a Conferência Nacional de Saúde. Na questão da vigilância em saúde, eu recebi uma moção da ABRASCO e de alguns segmentos sobre aquele projeto. Ele é o projeto que está em discussão. Acho que nós não podemos fingir que as questões não estão acontecendo. Como o Ministério da Saúde é um governo transparente e democrático, então, vamos discutir. Os argumentos que forem melhor, nós vamos trabalhar no sentido de aperfeiçoar aquela legislação que foi construída numa época que não havia nenhum ambiente democrático e vale até hoje e como é lei nós podemos utilizar, então, qual é a postura do Ministério? É não utilizar instrumentos que foram instituídos em momentos de obscurantismo e repressão. Nós queremos é discutir e democraticamente nós vamos discutir e eu tenho certeza absoluta que a comunidade da ABRASCO, os trabalhadores, os profissionais de saúde de uma maneira geral, os gestores, nós vamos poder discutir isso. O que nós não podemos é achar que o direito individual seja mais importante que o direito coletivo. O que nós não podemos achar é que a atitude irresponsável de alguém possa, de alguma forma, comprometer a saúde de toda a coletividade e discutir quais são as formas melhores de fazer isso nós estamos sempre abertos. O que eu posso dizer a você conselheira Raquel é que essa preocupação, pelo menos no que temos discutido com o Ministério do Meio Ambiente, ela está presente lá também. Nós temos uma pauta sempre, em todos os momentos em que tem uma interface saúde e meio ambiente nós estamos discutindo isso de uma maneira muito tranqüila com o Ministério do Meio Ambiente. A própria política nacional de biotecnologia demonstrou isso quando foi lançada na semana passada pelo Presidente da República e eu não tenho dúvida nenhuma que o processo de descentralização que possa estar previsto nós temos que discutir e ver qual é o melhor e como aperfeiçoar. Quando nós começamos a discutir a descentralização na saúde, a maior parte do movimento era contrária à descentralização e hoje nós sabemos que muitos rumos têm que ser corrigidos, mas nós temos certeza que hoje se nós não tivéssemos a descentralização na saúde o atendimento à população seria muito pior. É evidente que são momentos diferentes, que são questões diferentes, são interesses diferentes. E é isso que nós temos que discutir e do ponto de vista do Ministério da Saúde não temos dúvida nenhuma que as nossas estruturas, os nossos técnicos estarão sempre prontos a levar essa discussão e colocar com tranqüilidade as posições. Tudo aquilo que for interferência no meio ambiente que seja prejudicial à saúde e ao nosso ecossistema, que seja prejudicial às pessoas, eu acho que temos que unir esforços no sentido de nos opor, esse é compromisso que temos e devemos defender. Bem, era isso. Gostaria de agradecer a todos pela atenção e amanhã eu tenho uma reunião com o Presidente Júnior. Na próxima reunião, o Ministro da Saúde estará aqui. Obrigado”. Conselheira **Daniela Batalha Trettel** apresentou o seguinte encaminhamento ao Plenário do CNS: elaborar minuta de moção de repúdio ao contingenciamento de R\$ 3,5 bilhões do Orçamento da Saúde, a fim de marcar posição do CNS sobre esse problema. O Presidente do CNS perguntou se havia posição contrária à proposta. Conselheiro **Antônio Alves de**

**Souza**, na condição de representante do governo e com o entendimento de que contingenciamento não era corte de recursos, registrou manifestou contrária à proposta. Os conselheiros **Moisés Goldbaum** e **José Carlos de Moraes** também se manifestaram contrários à proposta. Conselheira **Raquel Rigotto** sugeriu que a moção sinalizasse a necessidade de o Ministério da Saúde participar da discussão do PAC no sentido de que garantisse a promoção da saúde e não trouxesse novos riscos. **Após essas considerações, o Presidente do CNS colocou em votação a proposta, que foi aprovada por ampla maioria. O texto da moção de repúdio ao contingenciamento de R\$ 3,5 bilhões do Orçamento da Saúde deveria ser elaborado e submetido à apreciação do Plenário.** Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sugeriu que o CNS solicitasse ao governo a apresentação do PAC, entendendo que este poderia ter impacto na saúde. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, informou que solicitou audiências com o Parlamento no sentido de discutir o financiamento, incluindo a questão do PAC. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** propôs que o CNS convidasse o Presidente da República para apresentar o PAC ao Pleno do CNS. Conselheira **Raquel Rigotto** solicitou que fossem convidadas a participar da discussão do PAC no CNS representantes da SVS/MS, ANVISA e CGVAN. **O Presidente do CNS solicitou que as sugestões, em relação ao debate do PAC, fossem enviadas à Mesa Diretora.** Devido ao adiantado da hora, a apresentação da Política Nacional de Regulação foi adiada para o período da tarde. Na sequência, foi aberta a palavra ao Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** para apresentação de proposta de moção de apoio à Portaria do Ministério da Saúde nº. 1.851/06, elaborada pela CISAMA/CNS. Inicialmente, falou da regulamentação sobre a utilização do amianto, destacando a Lei nº. 1.851, de 18 de agosto de 2006, que aprova procedimentos e critérios para envio de listagem de trabalhadores expostos e ex-expostos ao asbesto/amianto nas atividades de extração industrialização, utilização, manipulação, comercialização, transporte e destinação final de resíduos. Considerou ainda que a suspensão da eficácia da mesma, por mandado de segurança impetrado por dezessete empresas produtoras de amianto, representava um retrocesso para as ações de promoção da saúde no Brasil e uma clara tentativa de manter invisíveis os dados dos doentes. Diante disso, submeteu à apreciação e deliberação do Plenário a proposta de moção de apoio à Portaria do Ministério da Saúde nº. 1.851/06, recomendando total empenho de seus dirigentes e assessoria jurídica para que prevalecesse o texto original da Portaria, nos termos em foi aprovado em agosto de 2006. **Concluída a apresentação, o Presidente do CNS colocou em votação a moção, que foi aprovada por unanimidade.** Definido esse ponto, o Presidente do CNS consultou o Plenário sobre a possibilidade de dar continuidade à pauta, com apresentação da Política Nacional de Regulação no período da manhã e debate após o intervalo. O Plenário acatou a proposta. Assim, Conselheiro **Wander Geraldo da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos com o auxílio da Conselheira, **Carmen Lúcia Luiz**, da Mesa Diretora do CNS, e, de imediato, passou ao item 2 da pauta, convidando para apresentação do tema o Coordenador Geral de Regulação e Avaliação do DERAC/SAS/ MS, **Francisco Troccoli**. **ITEM 2 – POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO** - O Coordenador Geral de Regulação e Avaliação do DERAC/SAS/ MS, **Francisco Troccoli**, de início, cumprimentou a todos e agradeceu a oportunidade de apresentar ao CNS a Política Nacional de Regulação. Primeiramente, explicou que a regulação era entendida como uma das macrofunções da gestão, a partir de três dimensões: regulação sobre sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; e regulação do acesso à assistência. Explicou que a regulação sobre sistemas era vista como uma função de gestão que contemplava atuação sobre os sistemas de saúde, sobre a produção direta das ações nos diversos níveis de complexidade e sobre o acesso dos usuários à assistência nesses níveis, tendo por ações principais: regulamentação geral; controle sobre sistemas; avaliação dos sistemas; regulação da atenção à saúde; auditoria; ouvidoria; controle social; vigilância sanitária; ações integradas com outras instâncias de controle público; e regulação da saúde suplementar. Em relação à regulação da atenção à saúde, explicou que se dirigia a prestadores de serviços de saúde e os principais sujeitos dela eram os gestores das diferentes esferas, compreendendo as seguintes ações: contratação; regulação do acesso à assistência; avaliação da atenção à saúde; auditoria assistencial; e controle assistencial: cadastros (estabelecimentos, profissionais e pessoas), habilitação de prestadores, programação orçamentária por estabelecimento, entre outros. A respeito da regulação do acesso à assistência, responsável por intermediar a necessidade do usuário com a oferta do serviço, destacou que compreendia: Atenção Básica resolutiva; encaminhamentos responsáveis e adequados (PDR e PPI); protocolos assistenciais ; e complexos reguladores: Centrais de regulação de urgência, Central de regulação de leitos, Central de regulação de consultas e exames, Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade. Acrescentou que, nesse primeiro momento, a Política focava-se na dimensão da regulação do acesso, que era vista como uma função de gestão através da qual se buscava promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional. A partir dessas dimensões, explicou que os objetivos da Política de Regulação eram:

garantir o cumprimento dos princípios do SUS, garantir e qualificar os fluxos da assistência e fortalecer as diretrizes de regionalização da atenção à saúde, expressas nos instrumentos norteadores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Assim, a Política apresentava como eixos estruturantes a serem operacionalizados pelos gestores, em consonância com o estabelecido no Pacto de Gestão: I – Implantação e implementação de Complexos Reguladores; II – Implantação descentralizada de sistemas informatizados de regulação; III – Capacitação e educação continuada das equipes gestoras estaduais e municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo, para a operacionalização das ações de regulação; e IV – Instituição de diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do SUS. Em relação à implantação e implementação de Complexos Reguladores, destacou a implantação de centrais, bem como a articulação organizacional entre elas, sendo: Centrais de Regulação de Urgência Intra Hospitalar, Centrais de regulação de Internações, Centrais de regulação de exames, Centrais de regulação de Consultas especializadas, Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e a Central de Regulação de emergência pré-hospitalar. A respeito da Implantação descentralizada de sistemas informatizados de regulação, citou conjunto de sistemas informatizados, sendo: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Cadastro Nacional de Pessoas – CNS (Cartão SUS), Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD, Tabela de Procedimentos Unificada, Programação e Pactuação Integradas – SISPPI, Programa Nacional de Avaliação de Serviços – SIPNASS, Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – SISCNRAC, Central de Regulação de Emergência Pré-Hospitalar – SAMU, Módulo Autorizador de AIH e de APAC e Sistema de Regulação – SISREG. No que se refere à capacitação e educação continuada das equipes gestoras estaduais e municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo, para a operacionalização das ações de regulação, destacou o Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria. A respeito da instituição de diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do SUS, citou a formulação das diretrizes para o processo de contratualização, com destaque para as Portarias relativas aos Hospitais de Pequeno Porte – HPP, Hospitais Universitários, Hospitais Filantrópicos e Hospitais Privados. Para viabilizar a implantação da primeira fase da Política de Regulação relativa ao Acesso da Assistência, o Ministério da Saúde definiu financiamento, sendo: Portaria da SAS nº. 494, de 30 de julho de 2006 – R\$ 36,6 milhões (2006) para implantação e implementação de complexos reguladores; e R\$ 60 milhões (propostos para 2007). Além disso, destacou a previsão de financiamento de custeio (manutenção) dos complexos reguladores para 2007. Ressaltou que a regulação era uma das diretrizes para os processos de gestão definidas no Pacto de Gestão. Além disso, enfatizou que o Pacto definia Responsabilidades Sanitárias gerais e específicas para estados, municípios, DF e União. Nesse ponto, disse que, a partir da Política de Regulação, todos os gestores com processos de gestão teriam a função de regulação. Finalizando, pontuou como diretrizes para uma política de regulação: superar a desarticulação e/ou a sobreposição que há entre as diversas instâncias como o controle, avaliação, auditoria e vigilância sanitária; integrar as ações da regulação sobre o sistema e da regulação da atenção à saúde com as demais funções da gestão como o planejamento, financiamento, orçamento, gestão do trabalho, etc. e com as ações de regulação da saúde suplementar; implementar a regulação da atenção à saúde, com ações que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a criar condições para uma produção mais eficiente das ações e serviços de saúde; e tornar a ouvidoria e os conselhos de saúde como fonte para a detecção de problemas no acesso, na qualidade, dos serviços prestados, de desperdícios, irregularidades, negligências e omissões. Concluída a apresentação, a mesa agradeceu o Coordenador Geral de Regulação e Avaliação pela apresentação e abriu a palavra ao Conselheiro **José Carlos de Moraes**, do Ministério da Saúde, para considerações. O conselheiro explicou que, a partir da discussão interna, o Ministério da Saúde apresentou uma proposta de política de regulação que tentava interpretar o conjunto das políticas que o SUS representa, considerando a característica particular do sistema (público que prevê a complementaridade). Salientou ser necessário atuar no sentido de garantir o direito igualitário ao acesso, com instrumentos para fortalecer a gestão. Destacou que a discussão desse processo iniciou em 2003 de forma conjunta com o DENASUS. Com essa intervenção, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Antônio Alves de Souza, Ana Cristhina de Oliveira Brasil, Artur Custódio M. de Souza, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Daniela Batalha Trettel, Eduardo Bermudez, Eufrásia Santos Cadorin, Fernanda Lopes, Flávio Heleno Poppe de Figueiredo, Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Gysélle Saddi Tannous, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José de Rocha Carvalheiro, José Marcos de Oliveira, Lérica Maria dos Santos Vieira, Lígia Bahia, Maria Izabel da Silva, Néventon R. Vargas, Moisés Goldbaum, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira, Raimundo Sotero, Raquel M. Rigotto, Ricardo Souza Heinzelmann, Rogério Tokarski, Ruth Ribeiro Bittencout, Sílvia Fernanda Martins Casagrande, Sílvia Marques Dantas, Valdirlei Castagna,**

Vânia Glória Alves de Oliveira, Volmir Raimondi, Wander Geraldo da Silva e Zilda Arns Neumann. *Suplentes:* Abdias José dos Santos, Alceu José Peixoto Pimentel, Armando Tadeu Guastapaglia, Clóvis Adalberto Bouffleur, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Alves Vasconcelos Filho, Geusa Maria Dantas Lélis, Greyce Lousana, José Carlos de Moraes, José Eduardo de Siqueira, José Eri Medeiros, Jovita José Rosa, Juarez Pires de Souza, Lílian Alicke, Maria Emínia Ciliberti, Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende, Noemy Yamaguishi Tomita, Ronald Ferreira dos Santos, Rosane Maria Nascimento da Silva e Valdenir Andrade França. Retomando a sessão, Conselheiro Wander Geraldo da Silva, na coordenação dos trabalhos, abriu a palavra para considerações do Plenário sobre a Política Nacional de Regulação. Conselheira Cândida Maria Carnevalheira perguntou se a Política contribuiria para melhorar o acesso dos usuários à alta complexidade. Conselheiro Geraldo Adão Santos sugeriu que na Política fosse definida categoria de avaliação de riscos e agravos para definição do tratamento eletivo. Além disso, destacou a necessidade de a regulação garantir a sequência do atendimento e estabelecer critério para controle das demandas reprimidas no sentido de saná-las. Também enfatizou a importância de a Política prever recursos para atualização de valores de procedimentos do SUS comprovadamente desatualizados, a fim de não prejudicar a oferta de serviços. No mais, sugeriu que houvesse incentivo aos municípios para qualificar e preparar os serviços de controle e avaliação, com integração entre municípios, estados e União. Conselheira Zilda Arns Neumann cumprimentou o Ministério da Saúde pela iniciativa e perguntou qual seria o tratamento em relação ao Cartão SUS, que, na sua visão, era essencial para identificar o usuário e garantir o acesso à assistência. Por outro lado, salientou a necessidade de a Política apontar estratégias de capacitação dos gestores da saúde. Por último, indagou se a Política contemplava ações voltadas à saúde indígena. Conselheiro Eni Carajá Filho sugeriu a reedição da Nota Técnica, de 6 de março de 2006, sobre a Política Nacional de Regulação, de forma a atualizar dados defasados. Além disso, destacou a necessidade de a regulação sintonizar-se com a política de gestão do trabalho. Em resposta às indagações, o Coordenador Geral de Regulação e Avaliação do DERAC/SAS/ MS, Francisco Troccoli, explicou que a Política de Regulação visava adequar a oferta existente à demanda, com utilização de ferramentas informatizadas. Enfatizou que o Cartão SUS era essencial para identificação do usuário e regulação do acesso à assistência. Destacou que o debate do Cartão foi retomado e no desenvolvimento da ferramenta estavam sendo incorporadas soluções para o Cartão SUS. Além disso, disse que, para garantir o atendimento adequado às pessoas, o Ministério da Saúde estava elaborando protocolos a serem oferecidos a estados e municípios. Também salientou que a Política apontava para construção de linhas de cuidado a fim de garantir a qualificação e regulação. A respeito da atualização das tabelas de procedimentos, esclareceu que não se tratava de algo inerente ao processo regulatório, que contribuiria para as informações sobre o uso adequado ou não de procedimentos. A respeito da capacitação, explicou que a Política tinha por objetivo, através de cursos básicos e de formação de tutores, dotar estados e municípios do conhecimento que possa a ser incorporado. Registrou que a intenção era capacitar a equipe, contemplando inclusive o gestor. A respeito da Nota Técnica, concordou com a necessidade atualização de dados, contudo, disse que a essência estava em vigência. Por fim, informou que, em termos de processo de regulação, não havia diferenciação nítida do acesso do usuário ao procedimento. Na sequência, foi aberta a palavra aos inscritos para o segundo bloco de intervenções. Conselheiro Valdenir Andrade França salientou a necessidade de retomar o debate do termo de compromisso em relação à saúde indígena, elaborado na gestão do ex-Ministro da Saúde Humberto Costa, dadas as distorções nessa área. Destacou, por exemplo, o caso da região do Vale do Javari, que recebeu da SAS/MS R\$ 211,50 para contratação de médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros, contudo, não houve a contratação nem de quatro médicos dos vinte autorizados. Conselheiro José de Rocha Carnevalheiro enfatizou o fato de o SUS estar inovando, estabelecendo regras regulatórias dentro de um serviço público universal na contramão do que propunham o DID, FMI, entre outros. Chamou a atenção para o fato de a Política insistir na questão do acesso, com ênfase no modelo de gestão, embora oferecesse alternativas para discussão do modelo assistencial. Também convidou os conselheiros a participarem do debate da Revista Brasileira de Epidemiologia sobre o papel do médico geral como regulador do fluxo do SUS. Por fim, registrou que os protocolos eram essenciais para mudar o modelo de gestão e de assistência. Conselheira Daniela Batalha Trettel também destacou a importância de trazer para pauta do CNS a discussão sobre a efetividade e eficácia das agências reguladoras. Conselheira Gyselle Saddi Tannous parabenizou o coordenador pela apresentação e manifestou apoio ao mérito do CNS, pois respondia ao anseio do CNS pela eficiência da rede SUS. Também manifestou a sua satisfação com a diretriz da Política que aponta para estreita relação entre regulação e controle social. Também perguntou como a Política pretendia tratar da regulação de pesquisas na assistência no âmbito da rede SUS. O Conselheiro José Carlos de Moraes, do Ministério da Saúde, inicialmente, fez uso da palavra para responder à indagação do Conselheiro Valdenir França. Explicou que a discussão sobre o termo de compromisso,

colocada pelo ex-Ministro da Saúde Humberto Costa, estava vinculada aquele momento a um projeto de lei, que tramitava no Congresso Nacional, que havia sido arquivado por inconstitucionalidade. Assim, foi trazido para discussão do Pacto de Gestão o termo de responsabilidade dos gestores. Destacou que havia o termo chamado de ajuste sanitário, nos moldes dos termos de ajuste de conduta do Ministério Público, para efeito de encaminhamento de soluções para problemas de dificuldade de estruturação, de organização e correção de irregularidades. Também destacou que era preciso discutir a divisão de estrutura ainda preservada por posição das comunidades indígenas de as ONGs operarem sistemas, pois essa formatação produzia desvios, inconsistências e duplicidade do processo de organização da atenção e da assistência, posto que essas organizações não se integravam com o sistema municipal. Salientou ainda que o volume de recursos para a política de atenção aos povos indígenas era significativo na ordem de R\$ 12 milhões/mês para atenção básica e um conjunto de hospitais recebia recurso a mais para garantir a assistência a essa população. Todavia, enfrentava-se dificuldades de organização de fluxo e de demandas por conta da forma de estruturação do subsistema de saúde indígena no âmbito dos municípios. Também ressaltou que o documento integral da Política tratava das agências e a interface com outros órgãos reguladores que atuavam sob o SUS. Chamou a atenção para o fato de as pesquisas não terem interferência no processo de organização assistencial, posto que era objeto de outra natureza. Além disso, informou que foi constituída comissão do Ministério da Saúde para avaliar a incorporação de tecnologia pelo SUS a fim de subsidiar decisões do Ministro da Saúde. Ressaltou que a regulação trataria da capacidade ofertada e fluxo de organização e não regularia o desenvolvimento da tecnologia. Por fim, comentou sobre o Cartão SUS informando que a estratégia de cadastro e desenvolvimento do Cartão ficou vinculada a um conjunto de estratégias – captura da informação e validação. Disse que, atualmente, o banco de dados possuía 110 bilhões de cadastro de duplicação e o Ministério da Saúde estava saneando essa base de dados para que a informação fosse utilizada com efetividade. Destacou que todos os procedimentos com autorização de alta complexidade eram regulados através da identificação do usuário – transplante, hemodiálise, entre outros. O Coordenador Geral de Regulação e Avaliação do DERAC/SAS/ MS, **Francisco Troccoli**, destacou que, apesar da dificuldade, a Política de Regulação se propunha a trabalhar o conceito de regulação na área da saúde numa sociedade capitalista de mercado, iniciando-se pela regulação do acesso à assistência. Salientou que a regulação passava por articulação com agências reguladoras e das funções da gestão. Conselheiro **Rogério Tokarski** sugeriu que fosse elaborada ferramenta que reunisse o conjunto de normas e leis de regulamentação do Ministério da Saúde, a fim de facilitar o acesso a informações. Conselheira **Silvia Marques Dantas** perguntou se o Controle Social teria acesso às informações geradas pelos sistemas. Também indagou se estados e municípios também deveriam elaborar plano de regulação e se as instâncias de controle social participavam da definição da capacitação e educação continuada das equipes gestoras estaduais e municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo de regulação. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou se o Sistema Nacional de Ouvidoria seria incorporado à Política de Regulação e como se daria a auditoria da regulação. Conselheira **Fernanda Lopes** indagou se havia intenção do Ministério da Saúde em ampliar a capacitação e educação continuada acerca da regulação para conselheiros de saúde a fim de que entendessem melhor como ocorreria o processo de regulação. Também solicitou que fosse comentado o sistema de regulação do Estado do Ceará. Em resposta, o Coordenador Geral de Regulação e Avaliação do DERAC/SAS/ MS, **Francisco Troccoli**, inicialmente destacou que essa gestão do Ministério da Saúde estava tentando fazer sistematização e atualização das normas, entendendo que estas eram ferramentas fundamentais para regulamentação. Informou que estados e municípios, ao aderirem ao Pacto de Gestão, comprometiam-se com a Política de Regulação e que essa, definida e pactuada, era decidida pela Comissão Intergestora Bipartite. Ressaltou que municípios e estados, para implementar a política regulatória e receber financiamento, precisavam elaborar projeto de regulação, a ser aprovado na Bipartite e assinar o Pacto. Também informou que o Ministério da Saúde avaliou o sistema de Fortaleza, contudo, para o processo regulatório foi disponibilizado sistema (SISREG III), que visa construir base de dados e disponibilizá-la. A propósito, registrou que não havia intenção de incorporar o Sistema Nacional de Ouvidoria, mas sim, de trabalhar de forma conjunta. Para finalizar, informou que a capacitação de conselheiros não foi pensada de imediato, mas poderia ser feita. Conselheiro **José Carlos de Moraes** explicou que a Política definiu conjunto demarcado de ações de gestão, enquadrando-se auditoria, avaliação e controle. Sobre a capacitação, explicou que a proposta voltava-se a equipes gestoras estaduais e municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo de regulação, todavia, era possível modular esse processo para atender o controle social. Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** solicitou que houvesse a continuidade do debate a fim de tratar do impacto das pesquisas sob a regulação da assistência. Feitas essas considerações, Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** passou ao encaminhamento. Considerou que as intervenções dos conselheiros apontaram para aprovação da Política, tendo sido apresentadas sugestões. Assim, após consultar o Plenário, **colocou em votação a**

**Política Nacional de Regulação, com as sugestões dos conselheiros, que foi aprovada por unanimidade.** Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** agradeceu o Coordenador Geral de Regulação e Avaliação do DERAC/SAS/MS, **Francisco Troccoli**, pela apresentação e a contribuição do Conselheiro **José Carlos de Moraes** e encerrou a discussão. Na sequência, o Presidente do CNS convidou os representantes da COFIN/CNS para apresentação. **ITEM 3 – ORÇAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL – INFORMES DA COFIN/CNS** – A mesa foi composta pela Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil**, coordenadora interina da COFIN/CNS; e Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, utilizando-se de nova metodologia de apresentação, submeteu à apreciação do Plenário do CNS os resultados da última reunião da COFIN/CNS, realizada em 7 de fevereiro de 2007, que teve como pauta: **1)** resultado da reunião com a Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde; **2)** análise da execução orçamentária de 2006 e elaboração do relatório para apresentação ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde; **3)** acompanhamento do Orçamento 2007; **4)** Matéria do Jornal “Valor Econômico”, de 2 de fevereiro de 2007, das reivindicações dos governadores e Minuta da proposta dos Secretários Estaduais de Fazenda para substitutivo ao PL 001/2003; **5)** Oficina para conselheiros nacionais de saúde; e **6)** Seminário das COFINs Estaduais – relato de experiências para a construção de metodologia para acompanhamento do Orçamento da Saúde do Brasil. Sobre o resultado da Reunião com a Mesa Diretora do CNS, destacou os seguintes consensos: **a)** a COFIN deve continuar a análise da execução orçamentária mensal com a qualificação do nível de execução – adequado, regular ou inadequado – a partir da análise dos relatórios contábeis-financeiros encaminhados pela SPO/MS, sendo que em um mês apresentaria os destaques como informe na reunião plenária do CNS, enquanto que no mês seguinte a análise bimestral seria pauta de discussão da reunião plenária do CNS; **b)** a análise da execução orçamentária completa, ou seja, os relatórios contábeis-financeiros acrescidos dos Relatórios de Gestão preparados pelas Secretarias, Autarquias, Fundações e Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde seria apresentada trimestralmente como pauta de discussão da reunião plenária do CNS, nos termos estabelecidos pela Lei 8.689/93 e pelo Decreto 1.651/95; **c)** as comissões temáticas do CNS devem analisar o impacto da execução orçamentária sobre as políticas de saúde e as prioridades estabelecidas no Plano Nacional de Saúde, a partir dos relatórios anteriormente citados; e **d)** a COFIN deve priorizar também o acompanhamento do processo de elaboração e discussão do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária (LOA) e do Plano Nacional de Saúde, tanto no âmbito governamental, quanto no legislativo, além do acompanhamento da tramitação do PLC 01/03 que regulamenta a EC nº. 29. Seguindo, lembrou que a Constituição de 1988 definiu um caminho para se elaborar o Orçamento que prevê um conjunto de três leis interligadas e vinculadas entre si e que compõem o chamado ciclo orçamentário: Plano Plurianual (PPA), Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). O PPA estabelece, para o período de quatro anos, diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras destas decorrentes, bem como para as despesas relativas aos programas de duração continuada. A LDO tem a finalidade de estabelecer, para o período de um ano, metas e prioridades da administração pública, orientações para elaboração da Lei Orçamentária Anual, alterações na legislação tributária, concessão de vantagem ou aumento de remuneração, criação de cargos, admissão de pessoal, alteração de carreiras e política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. Além disso, salientou que sob a ótica legal, a LDO estava prevista no artigo 165, inciso II, parágrafo 2º, da Constituição Federal e devia ser elaborada e enviada ao Legislativo pelos respectivos governos executivos de cada esfera até 15 de abril de cada ano (art. 35, parágrafo 2º, II, ADCT), ou conforme determina cada Constituição Estadual ou Lei Orgânica Municipal. No mais, salientou que a LOA, que na verdade era o próprio Orçamento, devia ser elaborada pelo Executivo e enviada ao Legislativo em suas respectivas esferas de governo federal e estadual (até 31 de agosto) e municipal (até 30 de setembro) de cada ano e votada até 31 de dezembro do mesmo ano. Ressaltou que esses prazos legais deveriam ser considerados na discussão do Plano Plurianual (PPA), da Lei Orçamentária Anual (LOA) e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Apresentou cronograma da COFIN/CNS para 2007: **1)** janeiro - informes da COFIN; **2)** fevereiro - pauta ordinária: discussão das funções e metodologia de trabalho da COFIN; **3)** março - informes da COFIN e sugestão de pauta ao Plenário: LDO; **4)** abril - pauta ordinária: relatório trimestral e Relatório de Gestão 2006; **5)** maio – informes da COFIN; **6)** junho - pauta ordinária e sugestão de pauta ao Plenário: PPA; **7)** julho - informes da COFIN: relatório trimestral; **8)** agosto - pauta ordinária e sugestão de pauta ao Plenário: LOA 2008; **9)** setembro - informes da COFIN; **10)** outubro - pauta ordinária relatório trimestral; **11)** novembro - informes da COFIN; e **12)** dezembro - pauta ordinária. Seguindo, falou da análise da Execução Orçamentária de 2006 e emissão do relatório para apresentação ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde. Destacou que o relatório da COFIN de fevereiro de 2007 apresentou a análise da execução orçamentário-financeira de 2006, bem como uma proposta para que o Plenário do CNS deliberasse pela solicitação de encaminhamento do Relatório de Gestão 2006 pelo Ministério da Saúde para subsidiar o processo de avaliação da execução

orçamentária, no contexto da prestação de contas anual, conforme prevê a Lei nº. 8.689/93 e Decreto nº. 1.651/95. Lembrou que o artigo 12 da Lei nº. 8.689/93 que determina “O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e, em audiência pública, nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.” Além disso, citou os §§ 2º e 3º, artigo 6º do Decreto 1.651/95 que determina “O relatório de gestão do Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios previstos na alínea “b” do inciso I deste artigo.” Explicou que, considerando que houve a deliberação do Pleno do CNS, bem como que os Relatórios de Gestão estavam em fase de elaboração pelas unidades do Ministério da Saúde, ficou definido que: as Secretarias, Autarquias, Fundações e o Fundo Nacional de Saúde apresentariam na próxima reunião da COFIN (agendada para 28 de março) uma síntese do Relatório de Gestão de cada área para posterior apresentação na reunião Plenária do CNS do mês de Abril (no dia 13 ou 14). Para tanto, as Secretarias encaminhariam o relatório de gestão para análise dos membros da COFIN até o dia 21 de março. A respeito do acompanhamento do Orçamento 2007, destacou que o Ministério da Saúde apresentaria trimestralmente um relatório de Gestão com a Análise da Execução Orçamentária, devidamente detalhado nos termos do Art.12 da Lei nº. 8.689/93 combinado com os parágrafos 2º e 3º, Inciso II do Art. 6º do Decreto 1.651/95, para que a COFIN fizesse a análise (conforme minuta de resolução a ser apreciada pelo Plenário). Além disso, a COFIN manteria 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. Além disso, destacou que a COFIN/CNS solicitou à SPO/MS a apresentação de uma avaliação das modificações resultantes da incorporação da Portaria nº. 204/07 do GM/MS para o acompanhamento da execução orçamentária de 2007 e 2008. Além disso, ressaltou que a COFIN/CNS discutiu a Matéria do Jornal Valor Econômico, de 2 de fevereiro de 2007, que dispõe sobre as reivindicações dos governadores junto ao governo federal visando ampliar as receitas estaduais e a minuta da proposta dos Secretários Estaduais de Fazenda para substitutivo ao PL nº. 001/2003. Ressaltou que, entre as propostas apresentadas, três delas teriam impacto negativo na área da saúde: **a)** repartição do CPMF para o financiamento da saúde de Estados e Municípios, o que já ocorria, uma vez que mais de 70% do Orçamento do Ministério da Saúde era destinado para transferências intergovernamentais; **b)** inclusão dos gastos com pessoal inativo da saúde, saneamento básico e alimentação básica na definição de ações e serviços públicos de saúde prevista no PLC nº. 01/03, além de diminuir de 12% para 10% o percentual de aplicação dos estados; entre outras; e **c)** criar a DRE – Desvinculação das Receitas dos Estados, que reduziria a base de cálculo para aplicação dos percentuais mínimos a serem gastos com saúde. Para ilustrar, apresentou as projeções da COFIN/CNS, com base dados de 2005, do impacto das referidas propostas no orçamento da saúde. Conforme dados do Tesouro Nacional, em 2005, a União gastou na função R\$ 36,5 bilhões, os estados R\$ 29,9 bilhões e os municípios R\$ 26,3 bilhões, resultando no total de R\$ 92,7 total. Assim, o impacto das propostas dos governos e dos secretários da fazenda em 2005 seria R\$ 15,4 bilhões a menos no orçamento da saúde (menos 16,6% do aplicado em 2005), sendo: DRE e redução do percentual de 12% para 10% - menos R\$ 6,7 bilhões; inclusão de saneamento da União, Estados e Municípios – menos R\$ 5,5 bilhões; e inclusão do pagamento de aposentados da saúde da União – menos R\$ 3,2 bilhões. Seguindo, informou que foi acordada com a Mesa Diretora do CNS a realização de oficina para conselheiros nacionais sobre “Orçamento da Saúde: Elaboração, execução e Controle” (sugestão: dia 29 de março de 2007 no formato de reunião extraordinária do CNS), com o objetivo de apresentar e discutir os mecanismos e normas que regem o processo orçamentário e financeiro. Além disso, destacou que a COFIN sugeria a realização de Seminário das COFINs Estaduais programado para o dia 12 de abril de 2007, com relato de experiências para a construção de metodologia para acompanhamento do Orçamento da Saúde do Brasil. Concluída a apresentação, a Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** destacou que o debate deveria centrar-se na apreciação da metodologia de trabalho da COFIN/CNS; deliberação da minuta de resolução, determinando que o Ministério da Saúde deveria apresentar relatório trimestral detalhado e relatório de gestão ao final do exercício; e aprovação de texto da moção repúdio. Dito isso, abriu a palavra para considerações do Plenário. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou a COFIN/CNS pela nova metodologia de apresentação e apelou para que o CNS solicitasse reunião com o Presidente da República, para discutir essas proposições que traziam prejuízos à saúde. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** também saudou a Comissão pela nova metodologia de trabalho e destacou, em especial, a importância da realização de oficina sobre execução orçamentária e financeira da saúde para os Conselheiros do CNS. Também concordou com a proposta de cobrar do Ministério da Saúde a apresentação do relatório de gestão de 2006. Contudo, discordou da proposta de aprovar resolução,



nos termos propostos, pois a Lei nº. 8.689/93 e o Decreto 1.651/95 já definiam que o Ministério da Saúde deveria apresentar o relatório de gestão. Nesse sentido, considerou que o CNS exigisse do Ministério da Saúde o cumprimento desses dispositivos legais. Além disso, sugeriu que o Conselho solicitasse manifestação da Frente Parlamentar de Saúde sobre as reivindicações dos governadores e a Minuta da proposta dos Secretários Estaduais de Fazenda para substitutivo ao PL nº. 001/2003. Também sugeriu que durante o seminário das COFINs Estaduais fosse feita discussão nacional sobre o PPA 2008-2011, visando o debate do orçamento da saúde do Brasil. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** também cumprimentou a COFIN/CNS pelo trabalho e informou que enviou mensagem eletrônica a todos os deputados federais com apelo pela manutenção das verbas para educação e saúde e solicitando posicionamento contrário à criação da DRE, a favor da extinção da DRU e pela regulamentação da EC nº. 29, nos termos do PL nº. 001/03. Além disso, na mensagem, solicitou a defesa da aplicação da quota parte percentual dos recursos da CPMF para a saúde. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** somou-se aos demais conselheiros que elogiaram a COFIN/CNS e acrescentou às propostas da Comissão a realização de mobilização dos conselhos estaduais e municipais a fim de que estes cobrassem resposta da Frente Parlamentar da Saúde em relação às propostas que traziam prejuízos à saúde. Também defendeu que o CNS exigisse do Ministério da Saúde o cumprimento do disposto na Lei nº. 8.689/93 e no Decreto 1.651/95, com definição de prazo para apresentação do relatório de gestão. Conselheiro **Eni Carajá Filho** defendeu que o CNS manifestasse a sua posição contrária à Carta dos Governadores, entendendo que se tratava de uma afronta à reforma sanitária, ao Controle social do Sistema e ao Pacto em Defesa do SUS e reafirmasse a defesa pela votação do PL nº. 001/03. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que o CNS realizasse, o mais breve possível, grande mobilização no Congresso Nacional em prol da regulamentação da EC nº. 29 (PL 001/03). Conselheiro **José Carlos de Moraes** também cumprimentou a COFIN pelo trabalho e suas proposições, com destaque para o debate do PPA 2008/2001, que determinaria toda a estrutura orçamentária e de planejamento do governo. Além disso, propôs que o CNS promovesse debate sobre a factibilidade de o DENASUS/MS receber todos os relatórios de gestão municipais e estaduais, entendendo que não cabia ao gestor federal e ao Conselho analisar esses relatórios. No mais, defendeu que o CNS promovesse debate sobre financiamento da saúde com foco no complexo produtivo da saúde. Por fim, sugeriu que o Plenário apreciasse a proposta de elaborar moção de repúdio à Carta dos Governadores, porque teria impacto negativo na saúde, com diminuição de recursos do SUS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que, no dia 6 de março de 2007, o Presidente da República receberia os governadores para discutir a ampliação das receitas estaduais. Nesse sentido, sugeriu que o CNS buscasse marcar audiência com o Presidente da República antes dessa data para discutir o impacto negativo, na saúde, dessa reivindicação. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, informou que durante a XIV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, a realizar-se no dia 10 de abril de 2007, ocorreria mobilização no Congresso Nacional em prol da regulamentação da EC nº. 29 (PL 001/03). Assim, defendeu que esse movimento tivesse por objetivo também protestar contra a proposta dos governadores. Concluídas as intervenções, Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil**, sintetizou as proposições dos conselheiros, sendo: **a)** solicitar audiência com o Presidente da República, antes do dia 6 de março de 2007, para discutir as reivindicações dos governadores de ampliação das receitas estaduais; **b)** realizar mobilização com Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde contra a proposta dos governadores; **c)** solicitar audiência com os Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal para apresentar os impactos negativos das reivindicações dos governadores na saúde; e **d)** promover grande mobilização no Congresso Nacional, dia 10 de abril de 2007, com a Plenária Nacional de Conselhos em prol da regulamentação da EC nº. 29 (PL 001/03) e contra a proposta dos governadores. Antes de encaminhar a votação, abriu a palavra ao consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**, que reiterou a importância de a mobilização do CNS ocorrer antes da reunião do Presidente da República com os governadores, agendada para o dia 6 de março de 2007. **Encaminhando, Conselheira Ana Cristhina de Oliveira Brasil, colocou em votação o relatório da COFIN/CNS e as propostas dos conselheiros, que foram aprovados com uma abstenção.** Na sequência, submeteu à apreciação do Plenário o texto da minuta de resolução do CNS, determinando que o Ministério da Saúde deveria apresentar relatório trimestral detalhado com análise da execução orçamentária e relatório de gestão ao final do exercício, nos termos da Lei nº. 8.689/93 e Decreto nº. 1.651/95. **Após ponderações dos conselheiros, a COFIN/CNS retirou a proposta de resolução, pois o disposto no documento estava regulamentado na Lei nº. 8.689/93 e no Decreto nº. 1.651/95. Com isso, o CNS demandará ao Ministério da Saúde a apresentação do relatório trimestral detalhado com análise da execução orçamentária, o relatório de gestão de 2006 e o envio do relatório de gestão ao final do exercício, nos termos da Lei nº. 8.689/93 e Decreto nº. 1.651/95. Caso os relatórios não sejam apresentados, o CNS buscará outro meio para garantir a apresentação.** Finalizando, Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** informou que já havia sido enviado ofício ao Ministério da Saúde

solicitando a apresentação do relatório trimestral detalhado com análise da execução orçamentária, do relatório de gestão de 2006 e a Programação Anual de 2007. A respeito da moção de repúdio, sugeriu que o texto fosse apreciado no segundo dia de reunião, a fim de que houvesse tempo para reformulação, a partir de sugestões. **A sugestão foi acatada.** Definido esse ponto, Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** encerrou a discussão. A Secretária-Executiva do CNS aproveitou a oportunidade para informar que estava pronto e ia ser enviado à gráfica para publicação o Caderno das Resoluções do CNS – de 1990 a 2006. Dando continuidade à pauta, Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e passou ao item 4 da pauta. **ITEM 4 – POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA COM OSTOMIA** – Inicialmente, Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, convidou para compor a mesa: Conselheira **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira**; Sra. **Sheila Miranda**, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS; e Sra. **Kátia Maria Ratto**, Diretora Substituta do departamento de Ações Programáticas/MS. Além disso, anunciou a presença da coordenadora da CORDE/MJ e integrante do CONADE, **Izabel Maior**. Composta a mesa, passou a palavra à Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS, **Sheila Miranda**, para apresentação. Começando, a Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência/MS explicou que a Política de Saúde das Pessoas com Ostomia foi inserida na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, aprovada pelo CNS em 2000. Desse modo, passou a considerações sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, contextualizando, com dados censitários das pessoas com deficiência no Brasil. Explicou que, segundo Censo Demográfico IBGE – 2000, 24,5 milhões de brasileiros apresentavam algum tipo de deficiência ou de incapacidade (limitação para atividade), o que significava que 14,5 % da população brasileira beneficiam-se das leis e dos programas relacionados à melhoria da qualidade de vida deste segmento. Ressaltou que a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência possuía por Fundamentação Legal a Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde (nº. 8.080/90), a Lei nº. 3.298/1989, o Decreto nº. 3.298/1999, a Lei nº. 10098/2000 e o Decreto nº. 5296/2004. Disse que a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência tinha por propósito reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano de modo a contribuir para a sua inclusão em todas as esferas da vida social, proteger a saúde da pessoa com deficiência e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Também destacou as diretrizes da Política: **1) promoção da qualidade de vida; 2) prevenção de deficiências; 3) assistência integral à saúde; 4) ampliação e fortalecimento de mecanismos de informação; 5) capacitação de recursos humanos; e 6) organização e funcionamento dos serviços.** A partir da diretriz da promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência, explicou-se buscava assegurar a igualdade de oportunidades, a promoção de ambientes favoráveis à inclusão, o acesso às unidades de saúde, o acesso a ajudas técnicas incluindo bolsas de colostomia e a participação em conselhos de saúde e de direitos na esfera federal, estadual e municipal. A respeito da prevenção de deficiências, destacou que se contemplava: programas de imunização; exames de triagem neonatal; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; prevenção de acidentes de trabalho, trânsito, acidentes domésticos, entre outros; aconselhamento genético e acompanhamento à gestante de risco; prevenção de quedas em idosos; prevenção de câncer; e orientação para o autocuidado e prevenção de complicações. No que se refere à Atenção Integral à Saúde e Organização de Serviços, destacou: a garantia de atendimento integral na rede de serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade e especialidades médicas; fornecimento de órteses e próteses, bolsas de colostomia e demais ajudas técnicas; ênfase na prevenção, ações básicas de reabilitação, atividades de vida diária com retaguarda dos serviços de reabilitação; assistência odontológica, medicamentosa; e integração da família e comunidade no processo de atendimento à pessoa com deficiência. A respeito do fortalecimento e ampliação dos mecanismos de informação, ressaltou a melhoria do Sistema de Informação e Saúde; o desenvolvimento de estudos epidemiológicos e clínicos; realização de pesquisas em Saúde e Deficiência; fornecimento de material em Braille e construção de indicadores e parâmetros no atendimento da pessoa com deficiência (a PPI contempla a oferta de bolsas coletoras). A respeito da capacitação de recursos humanos, destacou como eixos: incorporação de conteúdos de reabilitação e políticas voltadas à promoção nos currículos de graduação; educação permanente para profissionais de saúde; capacitação para as Equipes de Saúde da Família e ACS; capacitação de gestores e planejamento e políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência; e capacitação de recursos humanos para atenção às pessoas com estomas. Também falou da organização de Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência, destacando as redes hierarquizadas de saúde e reabilitação, sendo: Rede de Serviços de Reabilitação Física; Rede de Serviços Atenção à Saúde Auditiva; serviços de atenção à saúde - deficiência mental e autismo; serviços de atenção à saúde - deficiência visual; serviços de atenção à saúde - distrofia muscular progressiva; serviços de atenção saúde – “osteogênese imperfecta”; e serviços de atenção à saúde – ostomia. Continuando, explicou que a portaria de atenção às pessoas com ostomia, elaborada

a partir das proposições da SOBEST e da ABRASO, contemplava: necessidade de caracterização dos Serviços; disponibilização de relatório anual dos serviços de atenção às pessoas com estomas; programa de treinamento para a atenção às pessoas com estomas; melhor descrição dos procedimentos; e definições operacionais das características dos equipamentos e adjuvantes para estomas. Salientou que as propostas da SOBEST e da ABRASO visavam preencher lacuna de atendimento às pessoas com ostomia que necessitavam, além das bolsas, de atendimento diferenciado no SUS. Sobre a caracterização dos serviços, explicou que, na Atenção Básica de Saúde havia ênfase na orientação para o autocuidado e prevenção de complicações, incluindo a indicação e prescrição de equipamentos coletores e protetores de pele. Também explicou que os serviços de nível intermediário (média complexidade) para atenção à saúde das pessoas ostomizadas incluíam a orientação para o auto cuidado, prevenção, tratamento de complicações e treinamento de técnicas especializadas. Em relação aos serviços de referência para atenção saúde das pessoas com ostomias, destacou que contemplavam as seguintes ações: orientação para o autocuidado, prevenção, tratamento de complicações, treinamento de técnicas especializadas, intervenções nutricionais e psicológicas, destinando-se também ao desenvolvimento de atividades de capacitação profissional e de pesquisa. Salientou que essas propostas deveriam adequar-se ao Pacto de Gestão e à formulação de níveis do MAC. Também destacou que a nova portaria da política contemplava: a inclusão do enfermeiro estomaterapeuta na Tabela de Atividade Profissional; a inclusão de procedimentos de acompanhamento e avaliação; e a adequação de equipamentos para estomas, com descrição adequada, novos equipamentos, quantidade e inclusão do CID-10. Além disso, a portaria propunha nova Tabela de Classificação de Serviços. Salientou que todas as propostas foram contempladas na Política de Saúde com Ostomia, com ênfase na diretriz de organização de serviços. Também informou os tipos de órteses e próteses e fornecidas pelo Sistema Único de Saúde, sendo: próteses mamárias; próteses ortopédicas; próteses auditivas; próteses oftalmológicas; bolsas de colostomia e urostomia; e outras ajudas técnicas. Também destacou os procedimentos incluídos na Tabela de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS: bolsa de colostomia com adesivo micropore drenável; bolsa de colostomia com adesivo micropore fechada; bolsa de colostomia com adesivo micropore com Karaya e barreira; conjunto de placa e bolsa; conjunto de placa e bolsa para urostomizados; bolsa coletora pediátrica para ostomia e barreiras protetoras de pele. Chamou a atenção ainda para o crescimento na distribuição de bolsas de colostomia (período 2001 a 2006), destacando que representavam 30% das órteses e próteses distribuídas a pessoas com deficiência. Finalizando, salientou que as pessoas com deficiência, incluindo aquelas com ostomia em parceria com a sociedade, buscavam equacionar os problemas, decidir sobre soluções, para então, efetivar a equiparação de oportunidades para todos, com cada um assumindo o seu papel. Concluída a apresentação, Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** saudou os profissionais da SOBEST e os grupos de representação de usuários filiados a ABRASO do Acre, Distrito Federal, Goiás, Espírito Santo e São Paulo. Conselheira **Cândida Maria Bittencourt Carvalho**, militante da causa das pessoas com ostomia, manifestou a sua satisfação com a Política de Saúde das Pessoas com Ostomia, que garantia, além das bolsas coletoras, ações de atendimento específico no SUS. Na condição de pessoa com ilhostomia há 26 anos, falou da dificuldade que enfrentara para garantir as bolsas e procedimentos adequados a pessoas com ostomia e do preconceito que teve que enfrentar. Nesse sentido, manifestou a sua satisfação com o fornecimento de bolsas coletoras pelo SUS. Também salientou a necessidade de os planos privados de saúde garantirem a distribuição de bolsas coletoras. Por fim, agradeceu novamente e destacou que a bolsa coletora lhe permitiu estar viva. A Diretora Substituta do departamento de Ações Programáticas/MS, Sra. **Kátia Maria Ratto**, congratulou-se também com a Conselheira **Cândida Carvalho** pela Política. Também destacou a contribuição da Conselheira na definição da Política e salientou a necessidade avançar cada vez mais. Na sequência, abriu a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Eni Carajá Filho** destacou a importância de incorporar a Política de Saúde das Pessoas com Ostomia à Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Também salientou ser necessário divulgar às pessoas os seus direitos à atenção à saúde, destacando em especial a cartilha do IDEC que estimula o conhecimento do direito e informa onde buscar os atores para garantir a execução do direito. Além disso, cumprimentou a Conselheira **Cândida Carvalho** e registrou, em nome do MORHAN, o apoio à Política de Saúde das Pessoas com Ostomia. Por fim, sugeriu a reedição da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, aprovada pelo CNS em 2000, a fim de ser distribuída aos conselheiros. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** saudou a Conselheira **Cândida Carvalho** pela luta e reiterou a solicitação de distribuição da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a fim de ser disseminada. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, primeiramente, solidarizou-se com as pessoas com deficiência que, como todos os brasileiros, tinham direito à vida digna e à assistência adequada, qualificada e humanizada. Na pessoa da Conselheira **Cândida Carvalho**, cumprimentou a todas as pessoas que lutavam por seus direitos. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** também relatou a sua experiência como cirurgião-geral de acompanhar o sacrifício

das pessoas com condições socioeconômicas precárias que se submetiam à cirurgia para obter as bolsas coletoras. Nesse sentido, somou-se à alegria da Conselheira **Cândida Carvalho** pela apresentação da Política, que atendia a demanda da população. Conselheiro **Volmir Raimondi** cumprimentou a Conselheira **Cândida Carvalho** pela luta, destacando que aquele era mais um momento de conquista para as pessoas com deficiência. Também salientou que o CNS mostrava-se sensível à causa das pessoas com deficiências. Reiterou ainda a necessidade de reedição e distribuição da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, considerando os critérios de acessibilidade. No mais, sugeriu retomar, após concluir o processo de revisão das Comissões e GTs do CNS, a proposta da Comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência de realizar seminários regionais para tratar da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Por último, perguntou à Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS, **Sheila Miranda**, sobre a qualidade das lentes intra-oculares utilizadas nas cirurgias catarata, dada a rejeição dos médicos às lentes nacionais. Conselheiro **Flávio Poppe de Figueiredo** solidarizou-se com a Conselheira **Cândida Carvalho** pelo lançamento da Política, pois durante 32 anos realizou cirurgias do aparelho digestivo e acompanhou o drama dos pacientes que necessitavam de bolsas coletoras. Também destacou que, na condição de representante das operadoras de planos de saúde, comprometeu-se a levar às organizações que representava o pleito de distribuição das bolsas de colostomia. Além disso, salientou a situação de penúria de algumas das prestadoras de serviços, enfatizando que somente 0,3% das operadoras possuíam mais de 1 milhão de clientes, 95% possuíam menos de cem usuários, 86% tinham menos de 50 mil usuários e 75% possuíam menos de 20 mil usuários. Ressaltou que essa heterogeneidade dificultava uma decisão coletiva, contudo, levaria o pleito junto às operadoras. Por fim, sugeriu que a decisão do CNS fosse enviada à Agência Nacional de Saúde. Conselheira **Daniela Batalha Trettel** informou que os interessados pela cartilha do IDEC poderiam solicitá-la ao Instituto ou buscá-la no sítio do Instituto. Conselheira **Maria Izabel da Silva** cumprimentou todos os envolvidos na luta em defesa dos direitos das pessoas com ostomia e reiterou o pedido de disponibilização da Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Além disso, perguntou qual seria o impacto financeiro da Política de Saúde das Pessoas com Ostomia nos estados e municípios e como garantir o orçamento para viabilizar a proposta. Conselheira **Fernanda Lopes** solicitou que fossem disponibilizados aos conselheiros do CNS todos os programas e políticas do Ministério da Saúde em execução. Além disso, sugeriu a publicação de matéria sobre a Política de Saúde das Pessoas com Ostomia, nos instrumentos de comunicação do CNS, com entrevista da Conselheira **Cândida Carvalho**. Conselheira **Francisca Valda da Silva** cumprimentou todos os que contribuíram para a elaboração da Política e perguntou à Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência/MS se os novos procedimentos voltados a pessoas com ostomia haviam sido incluídos na nova Tabela do SUS. Conselheira **Vânia Glória Alves de Oliveira** também parabenizou todos os atores envolvidos na elaboração da Política de Saúde da Pessoa Ostomizada e destacou que a iniciativa refletiria como inclusão social no âmbito da educação. Conselheiro **Armando Martinho Raggio** também destacou o significado importante do momento, pois acompanhou a luta pelas bolsas de colostomia quando foi gestor da saúde. Ressaltou que uma das razões fundamentais do princípio da universalidade era que todos eram vulneráveis, assim, a diferença das pessoas com necessidades especiais eram que essas eram vulneradas naquele momento. Mas, dessa vulnerabilidade, as mesmas tinham perspectiva de vida que podia ser plena se houvesse solidariedade e manutenção e exercício substantivo do conceito de universalidade e integralidade. Também destacou que aquele exercido por algum mal tinha que ser mais forte para resolver o seu problema, confrontando-se com preconceito, desinformação e intencionalidades diversas. Nesse sentido, destacou que a Política era um exemplo da capacidade e da perseverança no objetivo. Assim, compartilhou com as expositoras a felicidade com a iniciativa. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra à Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS, **Sheila Miranda**, para comentários. Iniciando, destacou que disponibilizaria documento síntese das Portarias da Saúde voltadas a pessoas com deficiência. Em relação ao questionamento acerca das lentes oculares, explicou que a Política de Saúde Ocular da Média e Alta Complexidade, apresentada na última reunião da CIT, contemplava a disponibilização das lentes para as cirurgias oculares. Nesse sentido, sugeriu que a Política de Saúde Ocular fosse pautada para apresentação ao CNS. Sobre a inclusão de novos procedimentos, explicou que a intenção era ampliar a cobertura, com olhar diferenciado para as pessoas, inclusive com capacitação dos profissionais. Ressaltou ainda que a maior necessidade era de descrição dos componentes na Tabela do SUS. Também destacou que o impacto financeiro estava em avaliação. Assim, foi apresentada nova proposta de descrição ao DERAC/CNS, que estava realizando a avaliação de alguns equipamentos e procedimentos de acompanhamento. Também destacou que a nova Tabela do SUS já existia e dava visibilidade às pessoas com ostomia. Concluídos os esclarecimentos, a mesa passou ao encaminhamento. Diante das falas, Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** colocou em votação a Política de Saúde da Pessoa Ostomizada, com as seguintes

recomendações: **aumentar a cobertura; encaminhar a Política de Saúde da Pessoa Ostomizada à Agência Nacional de Saúde; e divulgar matéria sobre a Política de Saúde da Pessoa Ostomizada nos instrumentos de comunicação do CNS. A Política foi aprovada por unanimidade, com as sugestões.** Definido esse ponto, Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** agradeceu as expositoras e encerrou a discussão do tema. Seguindo, foi iniciada a discussão do item 5 da pauta. **ITEM 5 – GRUPO DE TRABALHO DE REVISÃO DAS COMISSÕES E GTs DO CNS** – Iniciando, a mesa foi composta pelos integrantes do Grupo de Revisão das Comissões e GTs do CNS, sendo: Conselheira **Fernanda Lopes**; Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**; Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**; Conselheiro **Ciro Mortella**; e Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil**. Conselheiro **Ciro Mortella** iniciou a apresentação com considerações iniciais sobre o trabalho do GT. Explicou que não foi possível enviar documento com a síntese do trabalho do GT aos conselheiros com antecedência, em virtude de problemas operacionais para compilação dos resultados. Disse que o GT foi formado em dezembro de 2006 e reuniu-se apenas duas vezes. Contudo, haveria mais dois encontros, um para concluir o Regimento Interno das Comissões e GTs e outro com o GT de elaboração do Regimento Interno. Destacou que o trabalho a ser apresentado era preliminar e os conselheiros deveriam apreciar e apresentar sugestões. Explicou que o GT utilizou como critério de trabalho a manutenção de todas as Comissões e GTs, agrupando-os em blocos por finalidade, considerando um sistema de inclusão flexível capaz de contemplar demandas futuras. Além disso, salientou que a Mesa Diretora enfrentava dificuldades para definir as pautas das reuniões do CNS, assim, o GT entendeu que as comissões poderiam auxiliar o Pleno na seleção e priorização das pautas, além de sistematizar debates de matérias a serem tratadas nas reuniões do CNS. Começando a apresentação da síntese do trabalho, destacou a proposta de formato para as Comissões e Grupos de Trabalho do CNS, com agrupamento em câmaras por critérios de finalidade, sendo elas: **I - Câmara de Pesquisa, Desenvolvimento e Regulação: 1) Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia – CICT, 2) Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia – CIVS, 3) Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, 4) GT de Capacidade de Produção de Medicamentos na Indústria Nacional e 5) GT de Proteção do Sujeito de Pesquisa. II - Câmara de Acompanhamento de Políticas Públicas e Programas: 1) Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM, 2) Comissão Permanente Intersetorial da Saúde do Idoso – CPISI, 3) Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI, 4) Comissão Intersetorial de Redução da Morbimortalidade por Trauma e Violência – CIRMTV, 5) Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, 6) Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN, 7) Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente – CISAMA, 8) Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU, 9) GT de Práticas Complementares e Integrativas no SUS e 10) GT de Saúde Integral da População Negra. III - Câmara de Atenção à Saúde: 1) Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase – CIEH, 2) Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência – CISPDP e 3) GT de DST/AIDS. IV - Câmara de Acompanhamento do Financiamento e Orçamento na Saúde: 1) Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN (transversal), 2) Comissão de Saúde Suplementar – CSS e 3) GT OSCIPS/Terceirização. V - Câmara de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: 1) Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH, 2) Mesa Nacional de Negociação do SUS. VI - Câmara de Informação e Comunicação para o Controle Social em Saúde: 1) Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde – CICIS (transversal) e 2) GT de Educação Permanente.** Também destacou propostas apresentadas ao Plenário em reuniões anteriores já aprovadas: criar comissão intersectorial de portadores de patologias (que poderia ser enquadrada na Câmara de Atenção à Saúde); e criar grupo de trabalho de atenção à saúde de adolescentes e jovens (que poderia ser enquadrado na Câmara de Políticas e Programas). Também destacou que havia outras demandas aguardando aprovação, sendo: transformação do Grupo de Trabalho para Acompanhamento das Políticas em DST e AIDS em comissão; transformação do Grupo de Trabalho de Educação Permanente em comissão; e alteração do Grupo de Trabalho de Acupuntura e Termalismo para Comissão intitulada Práticas Complementares e Integrativas no SUS. Seguindo, explicou que as câmaras seriam instrumentos operacionais dos trabalhos das comissões e do Pleno, tendo por estrutura e funcionamento: reunião conjunta dos coordenadores das comissões (coordenador ou coordenador-adjunto) para definir as prioridades da pauta; encaminhamento do resultado da reunião à Mesa Diretora, para ser submetido ao Pleno; e os pontos definidos seriam pautados no segundo dia da reunião do Plenário. Explicou que a reunião das câmaras para auxiliar a definição da pauta ocorreria sempre antecedendo a reunião da Mesa Diretora e a Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde e o relatório das atividades seria enviado à Mesa Diretora. Salientou que, a partir dessa proposta, as comissões teriam que se reunir, obrigatoriamente, no mínimo, quatro vezes por ano. Destacou que as reuniões das comissões deveriam ser realizadas no mesmo dia ou em dias próximos, antecedendo a reunião da câmara da qual faziam parte. Ressaltou que cada câmara deveria apresentar até três prioridades para Mesa Diretora, totalizando dezoito temas. Enfatizou ainda que as sugestões de pauta da Câmara para o Pleno deveriam ser orientadas por critérios (de urgência,

pertinência e relevância), sem prejuízo de sugestões de pauta que o pleno pudesse discutir. Disse que as reuniões das câmaras deveriam ocorrer na segunda sexta-feira do mês e, caso a proposta fosse aprovada, a primeira reunião das câmaras ocorreria no dia 13 de abril de 2007. Assim, após essa reunião, as câmaras definiriam calendário próprio. Reiterou que a pauta do CNS seria definida a partir das demandas das câmaras. Em relação às comissões, destacou que todas deveriam realizar análise de orçamento, sendo necessária a interação da COFIN/CNS com as demais comissões do CNS. Também ressaltou que a Comissão de Comunicação do CNS também deveria permear as demais comissões do CNS. Além disso, explicou que a recomendação era que cada comissão tivesse um representante da área técnica correlata do Ministério da Saúde, além de convidados das áreas técnicas correlatas, inclusive de outros Ministérios. Assim, caso não houvesse adesão das áreas técnicas, a Mesa Diretora faria gestão política na área para garantir a presença. Também ressaltou que deveria ser definida reunião com cada Comissão e Grupo de Trabalho antecedendo a reunião das câmaras, em abril de 2007. Em relação à composição das comissões, explicou que o GT sugeria a revisão, a partir dos seguintes critérios: ter doze integrantes, sendo obrigatoriamente dois conselheiros - titular ou suplente; sugerir um coordenador e um coordenador-adjunto para cada comissão (conselheiros com garantia de financiamento para participação); definir o coordenador com perfil relativo ao tema da Comissão, excetuando-se a CONEP/CNS que possuía processo próprio de escolha; sugerir relator e relator-adjunto entre os pares; garantir que conselheiros participem de até três comissões e no mínimo de uma comissão; enviar relatórios de atividades periódicas (por escrito) a cada reunião realizada; realizar, no mínimo, quatro reuniões ao ano – podendo reunir-se extraordinariamente; devido ao excesso de trabalho, recomenda-se que os membros da mesa diretora não devam ser coordenadores das comissões; e todas as comissões deverão definir sua composição e seu plano de trabalho. Em relação aos Grupos de Trabalho, ressaltou que as atividades deveriam ter início e fim, sendo compostos por cinco conselheiros, com prazo de até seis meses para concluir as atividades e garantia de representação de todos os segmentos do CNS. Ressaltou que as demandas dos GTs para transformarem-se em comissões deveriam ser discutidas na câmara da qual faziam parte. Assim, havendo consenso, o pleito deveria ser trazido para deliberação do Pleno. Em relação ao Regimento Interno, reiterou que a parte concernente às comissões seria redigida em reunião conjunta com o Grupo de Trabalho de Regimento Interno do CNS, após deliberação do pleno na 170ª Reunião Ordinária. Salientou que todas as Comissões e Grupos de Trabalho seriam regidos pelo Regimento do Conselho Nacional de Saúde, excetuando-se a CONEP que teria regimento próprio. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** avocou a definição de comissão e seu papel conforme a Lei nº. 8.080 para propor a avaliação das comissões do CNS que não atendiam à legislação. Também destacou a necessidade de cuidado para que as comissões não substituíssem o papel do CNS. Além disso, manifestou preocupação com a possibilidade da proposta do GT burocratizar e dificultar os trabalhos das Comissões e GTs do CNS. Conselheiro **Moisés Goldbaum** parabenizou o GT pelo trabalho e destacou, em especial, a proposta de constituição de câmaras, que, na sua visão, deveriam trabalhar virtualmente. Também concordou com a proposta de rever as comissões que não atendiam à legislação ou criar critérios a partir da nova realidade. Em relação aos GTs, defendeu que fossem constituídos no âmbito das comissões do CNS. Além disso, defendeu que o Pleno indicasse pautas às câmaras e não o contrário, entendendo que as comissões eram instâncias assessoras do Pleno do CNS. Também solicitou rever a proposta de garantir a participação de representantes do Ministério da Saúde nas comissões do CNS, lembrando que o Conselho não participava das comissões desse Ministério. Por fim, destacou a necessidade de repensar a CONEP/CNS como comissão, até por conta da preocupação a respeito das responsabilidades do gestor, do Ministério da Saúde, do CNS em relação à ética em pesquisa. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, concordou com a proposta de constituir câmaras, contudo, sugeriu que as reuniões destas fossem bimensais. Salientou que, para que as comissões cumprissem a sua função de assessoras do CNS, era necessário ampliar a interlocução com o Pleno do CNS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou o GT pelo trabalho e apresentou as seguintes sugestões à proposta: incluir o GT de DST/AIDS na Câmara de Acompanhamento de Políticas Públicas e Programas; e agregar o GT de Proteção do Sujeito de Pesquisa à CONEP/CNS. Conselheiro **Armando Martinho Raggio** também elogiou o GT pelo trabalho, com destaque para a sugestão de constituir câmaras, agregando comissões e GTs com temas afins. Por outro lado, compartilhou da preocupação com o número de comissões, em especial aquelas que não se adequavam à legislação, concordando com a sugestão de revê-las. Concluído esse bloco de intervenções, foi aberta a palavra aos integrantes do GT para comentários. Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** destacou que a criação das câmaras visava operacionalizar metodologia de trabalho, com articulação entre as várias temáticas desenvolvidas nas comissões – intersetoriais ou permanentes. Além disso, salientou que as câmaras permitiriam trazer permanentemente para o CNS seis pontos de pauta a partir de critérios pré-definidos, permitindo a

discussão de um maior número de temas, de forma mais qualitativa. Conselheiro **Ciro Mortella** ressaltou que o GT optou pelo critério de inclusão das comissões, por considerá-lo mais interessante e viável para o CNS. Contudo, o Pleno era soberano para decidir pela exclusão ou não de comissões. Também explicou que não cabia à Comissão pautar o CNS, mas deveria ser parte da pauta do Pleno os resultados dos debates das seis câmaras. Conselheira **Fernanda Lopes** destacou que o GT considerou para elaboração da proposta a legislação, os princípios do trabalho das Comissões e GTs e as sugestões da oficina de educação permanente para o Controle Social. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** cumprimentou o GT pela proposta de formato das câmaras e apresentou as seguintes sugestões: contemplar a Câmara de Acompanhamento de Políticas Públicas e Programas na Câmara de Atenção à Saúde, por serem afins; e incluir o GT de OSCIPS e Terceirização e o GT de Educação Permanente na Câmara de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** solicitou que as sugestões de formatação das câmaras fossem entregues por escrito à mesa. Conselheira **Zilda Arns Neumann** cumprimentou o GT pelo esforço, contudo, manifestou preocupação com a sua aplicabilidade. Aproveitou a oportunidade para solicitar espaço na reunião para passar a coordenação da CISI/CNS ao Conselheiro **Ailson dos Santos**. Também informou que solicitou, por escrito, a inclusão de temas emergentes na pauta do CNS, contudo, a sua solicitação não foi atendida. Por fim, reiterou a sua preocupação com a proposta, nos moldes propostos, em especial a sugestão de reuniões mensais das comissões, devido ao seu impacto financeiro e a dificuldade de participação dos conselheiros. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** parabenizou o GT pelo trabalho e sugeriu transformar o GT de Saúde da População Negra em Comissão do CNS. Além disso, propôs a constituição de GT de saúde integral da população LGBT para proposição de políticas, pois esse grupo estava aliado dos processos de promoção, atenção e recuperação da saúde e possuía necessidades específicas. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que a Política de Educação Permanente para o Controle Social fosse considerado um tema transversal a ser tratado por todas comissões. Também solicitou que a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde fosse considerada um ente do CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou a Comissão pelo trabalho, pois delegava às comissões o papel de discutir demandas que chegavam ao CNS e trazer o resultado do debate ao Plenário para apreciação e deliberação, contribuindo para o andamento dos trabalhos do Pleno. Nos mais, sugeriu a criação de Comissão de Relações Político-Institucionais e a inclusão do GT de Saúde Bucal, aprovado pelo CNS, na proposta. Por fim, propôs a extinção do Grupo de Trabalho de Educação Permanente, pois o acompanhamento das questões relativas à educação permanente era feito pela CIRH/CNS. Conselheira **Raquel Rigotto** cumprimentou o GT pelo trabalho e sugeriu que o Pleno encaminhasse sugestões de pauta às comissões e estas ao Pleno. Disse que, apesar de reconhecer a riqueza da proposta de criação de câmaras, preocupava-lhe a possibilidade de criar instância intermediária de poder que poderia dificultar os trabalhos do Plenário. Nessa lógica, ponderou sobre a possibilidade de cada um dos integrantes da Mesa Diretora, à exceção do Presidente, acompanhar uma câmara. Além disso, sugeriu que a composição das comissões fosse definida a partir das demandas e necessidades de cada área temática. Também propôs que as Comissões tivessem como integrantes, além de representantes do Ministério da Saúde e áreas afins, convidados ligados à academia e a movimentos com experiência. No mais, sugeriu que fosse definido prazo de mandato dos coordenadores da Comissão (sugestão: em torno de um ano). Também apresentou a sugestão de as comissões reverem a sua composição (número, representações, entre outros). Avaliou ainda que os integrantes da Mesa Diretora deveriam avaliar se tinham condições ou não de coordenar comissões. Conselheira **Maria Izabel da Silva** também parabenizou o GT pelo trabalho e sugeriu que as matérias para votação do Plenário viessem acompanhadas de parecer para facilitar o trabalho e que os informes fossem apresentados por escrito. Concordeu com a proposta de o mandato dos coordenadores ter a duração de um ano, mas com possibilidade de recondução. Por fim, sugeriu que na recomposição das Comissões e GTs fossem consideradas as indicações feitas na Reunião Ordinária de novembro de 2006. Conselheira **Lígia Bahia** reafirmou o princípio das comissões como assessoras do Plenário, logo, manifestou preocupação com a proposta destas definirem as pautas do CNS. Também apresentou o pleito de inclusão de um representante da comunidade científica na CONEP/CNS, com sugestão do nome do Conselheiro **José Eduardo de Siqueira**. Conselheira **Silvia Marques Dantas** cumprimentou o GT pelo trabalho e apresentou o seguinte encaminhamento: sintetizar as sugestões dos conselheiros em relação à junção de Comissões e GTs a serem incorporadas à proposta e clarear melhor os objetivos, a função e o papel das Comissões e da Câmara. Conselheira **Lérida Maria Vieira** parabenizou o GT e defendeu a substituição de comissões do CNS por outras para propor políticas públicas, dada a necessidade de aperfeiçoamento e qualificação do SUS. Também manifestou preocupação com a proposta de as comissões do CNS terem até doze integrantes, pois o custo disso para Conselho seria elevado. Conselheiro **Néventon Vargas** primeiramente destacou que o CNS não estava racionalizando o uso do papel, conforme havia sido combinado. Também cumprimentou o GT pelo trabalho, contudo, considerou desnecessárias a fixação de número de componentes das



comissões e a formalização das câmaras. Conselheiro **José Carlos de Moraes** apresentou o seguinte critério para organização das comissões do CNS: contemplar as comissões previstas em lei e as que não são previstas na legislação, mas para as quais havia conferências nacionais setoriais e agregar as demais em uma câmara. Além disso, sugeriu a criação de uma câmara do CNS para tratar da gestão do SUS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** salientou a necessidade de consultar os instrumentos legais que delegavam responsabilidades ao CNS a fim de que o Conselho desse resposta. Também ponderou sobre a possibilidade de o CNS ter comissões para analisar os blocos de financiamento definidos no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Considerou a importância do trabalho do GT, contudo, destacou que o Pleno deveria considerar a proposta de nova estrutura do SUS, seu processo de financiamento e de controle social. Conselheira **Lílian Alické** saudou o GT pelo trabalho e propôs a criação da Comissão Intersetorial de Saúde das Pessoas com Patologia. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** somou-se aos demais conselheiros que cumprimentaram o GT, destacando o caráter da proposta de articulação entre as comissões. Contudo, ponderou se a articulação seria contemplada com a formalização das câmaras. Também sugeriu que as proposições não fossem tão rígidas, mas que contemplassem as sugestões de distribuição de relatórios das reuniões e encontros virtuais. No mais, disse que seria importante rever os GTs, considerando o critério de início, meio e que alguns deveriam transformar-se em comissões, pois o trabalho demandava continuidade, a exemplo do GT de Saúde da População Negra. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra para considerações da mesa. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** informou que o GT decidiu manter separadas a Câmara de Acompanhamento de Políticas Públicas e Programas e a Câmara de Atenção à Saúde, porque ambas possuíam grande volume de temas, o que dificultaria o trabalho. Também destacou o exemplo de recomposição da CIAN/CNS que optou por escolher suplentes que preferencialmente moravam em Brasília a fim de não onerar os custos. Conselheiro **Ciro Mortella** ressaltou que o Plenário já havia discutido a reformulação das Comissões e GTs do CNS em outros momentos, contudo, não chegou a nenhuma proposta, em virtude da falta de consenso. Assim, apelou para que o Plenário, a partir da proposta do GT, definisse se seriam necessários critérios e apontasse quais seriam para que o GT reformulasse a proposta. Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** explicou que o GT não sugeriu que as comissões se reunissem mensalmente, e sim, no mínimo, por quatro vezes no ano. Explicou que as reuniões das câmaras mensalmente poderiam ocorrer com os coordenadores cujas comissões se reuniram naquele mês. Destacou que o CNS custearia, no mínimo, dois conselheiros (o coordenador e o coordenador-ajunto) para participar das reuniões das câmaras e a vinda dos demais conselheiros poderia ser custeada pelas suas entidades ou poderia se optar por aqueles que moravam em Brasília. Salientou que era preciso estipular um número de componentes das comissões e, nesse sentido, sugeriu que as comissões tivessem até doze integrantes, sendo dois deles, obrigatoriamente, conselheiros para ocupar a função de coordenador e o coordenador-ajunto. Também destacou que as áreas técnicas poderiam participar das comissões na condição de convidadas, não fazendo parte, necessariamente, das comissões. Apoiou a proposta de definir prazo de duração do mandato dos coordenadores e avaliou como viável a sugestão de um ano, com possibilidade de uma recondução. Além disso, explicou que o GT sugeriu a definição de três prioridades pelas comissões a serem enviadas à Mesa Diretora na lógica de uma lista triplíce. Considerou ainda que a CONEP/CNS também deveria ser uma comissão transversal, pois a pesquisa perpassa as várias áreas. Conselheira **Fernanda Lopes** ponderou que a proposta de instituir câmara buscava garantir a intersectorialidade, a pluri-institucionalidade e o exercício de priorização, portanto, não se tratava de uma proposição inflexível. Também destacou que foram apresentadas propostas de formatação das câmaras, dentre elas, a instituição de duas grandes câmaras, uma de políticas de saúde e outra de gestão, contemplando as comissões definidas por blocos de financiamento. Assim, o Plenário deveria definir como encaminhar as sugestões. Além disso, destacou que o GT entendeu que a redefinição das comissões deveria ser feita a partir de uma auto-avaliação das comissões. Após essas considerações, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** passou aos encaminhamentos. Destacou que, de um modo geral, não houve posições contrárias à proposta, mas sim sugestões, algumas delas contraditórias. Diante disso, sugeriu que o GT redefinisse a proposta, na perspectiva de incorporar as sugestões dos conselheiros na reunião e outras que poderiam ser enviadas ao Grupo. Assim, a nova proposta seria reapresentada na Reunião Ordinária de março de 2007. Conselheiro **Ricardo Souza Heinzemann** propôs o resgate das solicitações e indicações das entidades para participar das Comissões e GTs do CNS (pleitos apresentados na reunião ordinária de novembro de 2006) a fim de que pudesse ser feita reflexão sobre a recomposição das comissões na Reunião Ordinária de março de 2007. Conselheira **Lígia Bahia** solicitou que o Pleno acatasse a solicitação de incluir um representante da comunidade científica na CONEP/CNS naquele momento e aprovasse a indicação na reunião ordinária de março. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que a CONEP possuía regimento próprio de escolha dos seus integrantes, cabendo ao CNS a indicação de um representante (titular e suplente) do

segmento dos usuários e ao Ministério da Saúde a indicação de um representante. Assim, para outras indicações além dessas, seria necessária alteração regimental. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** sugeriu acolher o pleito da comunidade científica para avaliá-lo a partir de critérios de inclusão, de legalidade e político. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou que a solicitação da Conselheira Lígia Bahia estava incluída dentre as solicitações feitas na reunião ordinária de 2006, que poderiam ser avaliadas na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Ciro Mortella** esclareceu que o GT não se propôs a analisar as indicações e solicitações de entidades para participar das comissões, mas sim, definir critérios para participação dos conselheiros e composição das comissões. Assim, o Grupo avaliou que cada comissão deveria discutir a sua composição, avaliando as solicitações de inclusão de integrantes. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** propôs que o Plenário indicasse ao GT a adequação da proposta, na perspectiva de incorporar as sugestões dos conselheiros. Também disse que não se sentia confortável para avaliar a solicitação da Conselheira **Lígia Bahia** porque o CNS decidiu que não seriam feitas inclusões nas Comissões e GTs até a definição de critérios para reformulação das Comissões e GTs. Diante desse encaminhamento, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** colocou em votação a proposta: **indicar ao GT a rediscussão da proposta, na perspectiva de incorporar as sugestões dos conselheiros na reunião e outras que poderão ser enviadas até o dia 2 de março de 2007. A nova proposta deverá ser reapresentada na Reunião Ordinária de março de 2007. Além disso, o Plenário decidiu enviar à Mesa Diretora, para apreciação e definição de encaminhamento, as solicitações e indicações dos conselheiros para participar das Comissões e GTs do CNS (pleitos apresentados na reunião ordinária de novembro de 2006).** Além disso, acordou-se que a proposta de substituição da coordenação da CISI/CNS seria apreciada no segundo dia de reunião. Resolvido esse ponto, a mesa agradeceu a todos, em especial os integrantes do GT. Devido ao avançado da hora, o Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, sugeriu adiar a discussão sobre o Plano Diretor de Vigilância Sanitária para o segundo dia de reunião. A sugestão foi acatada. Resolvido isso, encerrou as atividades do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros na tarde do primeiro dia de reunião: **Ana Cristhina de Oliveira Brasil, Antônio Alves de Souza, Artur Custódio M. de Souza, Cândida Maria Bittencourt Carvalho, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Daniela Batalha Trettel, Eduardo Bermudez, Eufrásia Santos Cadorin, Fernanda Lopes, Flávio Heleno Poppe de Figueiredo, Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, João Donizeti Scaboli, José de Rocha Carneiro, José Marcos de Oliveira, Lérida Maria dos Santos Vieira, Lígia Bahia, Maria Izabel da Silva, Moisés Goldbaum, Néventon R. Vargas, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Ricardo Souza Heinzelmann, Rogério Tokarski, Sílvia Fernanda Martins Casagrande, Silvia Marques Dantas, Valdirlei Castagna, Vânia Glória Alves de Oliveira, Volmir Raimondi e Zilda Arns Neumann.** *Suplentes:* **Abdias José dos Santos, Alceu José Peixoto Pimentel, Armando Martinho Bardou Raggio, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Alves Vasconcelos Filho, Geusa Maria Dantas Lélis, José Carlos de Moraes, José Eri Medeiros, Juarez Pires de Souza, Lílian Alicke, Maria Emínia Ciliberti e Valdenir Andrade França.** Iniciando os trabalhos do segundo dia de reunião, o Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, abriu a palavra ao Conselheiro **Ricardo Souza Heinzelmann** que se despediu do CNS, agradecendo a oportunidade. O Presidente do CNS cumprimentou o conselheiro pela sua atuação do CNS e desejou-lhe sorte. Na sequência, passou ao item 6 da pauta. **ITEM 6 – PLANO DIRETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – PDVISA –** O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** de início, cumprimentou a todos e agradeceu a presença dos representantes da ANVISA: **Lígia Tobias e Rodrigo Brito.** Nas considerações iniciais, o Presidente do CNS lembrou que o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), após ser apresentado ao CNS na reunião de outubro de 2006, foi submetido à apreciação da Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia do CNS (CIVSF/CNS). Assim, a Comissão reuniu-se no dia 12 de fevereiro de 2007, com a finalidade de analisar o PDVISA, tendo contado com a presença da representante da ANVISA, **Lígia Tobias.** Como resultado da discussão, submeteu à apreciação do CNS minuta de resolução, elaborada pela CIVSF/CNS, onde o CNS resolve aprovar o PDVISA, destacando o estabelecimento de financiamento tripartite adequado e transparente para o campo da vigilância sanitária; a democratização do conhecimento do tema Vigilância Sanitária no debate da implantação das diretrizes do PDVISA em todo o país; e a efetivação desse processo, por meio da elaboração e implementação dos planos de ação em vigilância sanitária. Concluída a apresentação abriu a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que a resolução solicitasse aos conselhos estaduais de saúde que já realizaram o debate sobre o tema o envio de relatórios das discussões à CIVSF/CNS posto que esta poderia orientar os estados no que se refere ao fortalecimento da vigilância sanitária municipal. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu a substituição do termo “politização” por “democratização do conhecimento”. Em relação às sugestões, o Presidente do CNS perguntou se a proposição do Conselheiro **Eni Carajá** poderia ser feita na forma de

recomendação a fim de não parecer ingerência do CNS em relação aos conselhos estaduais de saúde. **A proposta foi acatada. A respeito da sugestão da conselheira Zilda Arns, sugeriu acatar, posto que não se referia ao mérito da resolução. Desse modo, colocou em votação o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), conforme minuta de resolução, elaborada pela CIVSF/CNS. O PDVISA foi aprovado com quatro abstenções.** O Presidente do CNS agradeceu a presença dos representantes da ANVISA e colocou o CNS à disposição para contribuir com a Agência. Conselheira **Daniela Batalha Trettel** solicitou espaço para apresentação de proposta de moção sobre proibição de publicidade de medicamentos. Acrescentou ainda que o tema estava em discussão pela ANVISA. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, sugeriu que a proposta fosse apreciada no período da tarde, a fim de que os conselheiros fizessem a leitura. A sugestão foi acatada. Na sequência, passou ao item 7 da pauta. **ITEM 7 – 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE –** O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, na coordenação dos trabalhos, convidou o Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur**, da Comissão Organizadora da 13ª Conferência Nacional de Saúde (13ª CNS), para apresentação dos resultados da última reunião da Comissão, realizada no dia 12 de fevereiro de 2007. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** iniciou a apresentação informando que a Comissão Organizadora da 13ª CNS definiu sugestões de objetivo geral, temário, subtemas, calendário e local da Conferência, com base nas sugestões do Pleno na última reunião do CNS, nos resultados da oficina de preparação para a 13ª Conferência com os Conselhos Estaduais, nos debates internos das entidades que compõem a Comissão Organizadora e na proposta da Mesa Diretora do CNS. Assim, sugeriu que o Plenário centrasse o debate nesses pontos que iriam compor o Regimento Interno da 13ª Conferência. Feitas essas considerações iniciais, passou à apresentação das propostas da Comissão Organizadora, a saber: **1. Objetivo geral** - definir diretrizes para o fortalecimento do SUS universal, humanizado e de qualidade, como política de Estado. **2. Temário: 2.1.** Propostas de tema central: **a)** consolidar o SUS como política de Estado e desenvolvimento; **b)** saúde é qualidade de vida para todos e todas; saúde é qualidade de vida para a cidadania; **c)** saúde: desenvolvimento e justiça social. **2.2.** Propostas de subtemas: **a)** Os 21 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde: Avanços e Desafios do SUS em cada nível de Governo; **b)** Saúde: Desenvolvimento Econômico-Social e Qualidade de Vida; **c)** Saúde e determinantes sociais, os modelos de atenção e gestão, e pactos pela saúde; **d)** O caráter público X privado das políticas de saúde: a desprivatização do financiamento, gestão e ofertas de serviços, como estratégias de fortalecimento do SUS; **e)** Saúde Suplementar: enfraquecimento ou fortalecimento do SUS?. **3. Calendário:** I. Etapa municipal – de 1º de abril a 31 de julho de 2007; II. Etapa estadual – de 1º de agosto a 15 de outubro de 2007; III. Etapa nacional – de 14 a 18 de novembro de 2007. A Etapa Nacional terá o limite máximo de três mil delegados (critério de distribuição populacional). **4. Local:** Brasília. Observação: Realizar no mês de março, seminários de avaliação das Conferências de Saúde (9ª, 10ª, 11ª e 12ª Conferência Nacional de Saúde - Propostas e Moções) e Realizar, até o mês de junho de 2007, Seminários sobre PPA e Plano de Saúde. **5. Realização do evento:** a Conferência Nacional de Saúde será convocada pelo Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, com financiamento tripartite; execução do Ministério da Saúde; instituição de Secretaria Executiva para auxiliar a Comissão Organizadora; e Comissão Organizadora - proposta de inclusão de dois representantes do Ministério da Saúde. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações dos demais integrantes da Comissão Organizadora. Conselheiro **José Eri Medeiros**, da Comissão Organizadora da 13ª, fez uma reflexão sobre o objetivo geral da 13ª, entendendo que esta conferência deveria ultrapassar o limite da área da saúde. Nessa lógica, destacou que o debate sobre o objetivo central da 13ª deveria centrar-se nas seguintes indagações: Que reforma sanitária e que se seguridade social se têm no país? Como envolver a sociedade no processo de reforma sanitária? Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, da Comissão Organizadora da 13ª, fez uma síntese do debate do Colegiado do Ministério da Saúde sobre a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Explicou que, na avaliação desse Colegiado, a 13ª deveria ter um diferencial em relação às conferências anteriores da saúde, visando a construção de agenda política com diretrizes para fortalecer e consolidar o SUS. Também apresentou a sugestão de definir tese guia para orientar os debates nas etapas estaduais e municipais voltando-se à construção da agenda política. Além disso, expôs a proposta de apresentar na 13ª as experiências exitosas do SUS. Por fim, reiterou a solicitação de incluir na Comissão Organizadora mais dois representantes do Ministério da Saúde, posto que este seria o responsável, junto com o CNS, por convocar a 13ª. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Comissão Organizadora da 13ª CNS, acrescentou à exposição do Conselheiro Clóvis Bouffleur que a Comissão decidiu trazer ao Plenário para decisão as propostas para as quais não foi possível chegar a consenso. Enfatizou que a Comissão Organizadora entendeu a necessidade de a 13ª CNS ser diferente em relação às anteriores e, nessa lógica, reiterou a importância de avaliar os resultados das 9ª, 10ª, 11ª e 12ª Conferências de Saúde. Por fim, reforçou o entendimento de que a 13ª Conferência deveria definir agenda política ascendente para o SUS para os próximos dez anos. Conselheiro **José Carlos de Moraes** solicitou maiores informações sobre o propósito dos seminários de avaliação das

conferências de saúde. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**, da Comissão Organizadora da 13ª CNS, explicou que os seminários visavam discutir o que precisava ser feito, além do que já havia, na perspectiva de dar maior credibilidade e incentivar a participação dos delegados que estavam desacreditados em relação às conferências devido à falta de implementação das decisões. Além disso, lembrou que foi sugerido na Comissão Organizadora o adiamento da Conferência para data posterior à prevista, caso fosse necessário para melhor preparação da Conferência. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe de Figueiredo**, da Comissão Organizadora da 13ª CNS, explicitou que, após amplo debate, a saúde suplementar foi incluída dentre os subtemas, pois a intenção da 13ª era inovar, com discussão ampla de todas as políticas do país visando a definição de políticas de saúde, posto que a saúde suplementar atendia em torno de 42 milhões de brasileiros. Também solicitou que o Plenário ponderasse sobre a inclusão de um representante das entidades médicas na Comissão Organizadora da 13ª. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** registrou a dificuldade da Comissão Organizadora na construção das propostas do temário da 13ª Conferência. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur**, ainda em relação à proposta de seminário, explicou que a intenção era realizar seminário nacional com representantes dos estados, para avaliação das conferências de saúde cujo resultado seria submetido às etapas estaduais e nacional da 13ª como subsídio para debate. Concluídas as colocações dos integrantes da Comissão Organizadora, foi aberta a palavra para esclarecimentos, antes de entrar no debate das propostas apresentadas pela Comissão. Conselheiro **José de Rocha Carvalho** informou que encaminhara à Secretaria-Executiva do CNS indicação de representante da SBPC para ocupar a vaga de convidado destinada à comunidade científica na Comissão Organizadora. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, informou que prevaleceria as indicações dos segmentos e a SE/CNS emitiu ofício com convite e aguardava a indicação dos nomes para ocupar as vagas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que solicitara a inclusão de representante do Fórum Social Mundial da Saúde na Comissão Organizadora da 13ª e o pleito não foi atendido. O Presidente do CNS informou que verificaria a questão e retornaria posteriormente. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sugeriu que o Presidente do CNS dialogasse com o Ministro da Saúde na perspectiva de pactuar a convocação conjunta (Ministério da Saúde e CNS) da 13ª Conferência Nacional de Saúde e outras questões na perspectiva de garantir a continuidade do processo, mesmo que houvesse mudanças na direção do Ministério da Saúde. Não houve manifestações contrárias à proposta. Feitas essas falas, o Plenário decidiu debater as sugestões da Comissão Organizadora, iniciando-se pela sugestão de objetivo geral: “Definir diretrizes para o fortalecimento do SUS universal, humanizado e de qualidade, como política de Estado”. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** cumprimentou o trabalho da Comissão, contudo, discordou da proposta de objetivo geral, que não sua visão era geral e filosófico. Defendeu que a 13ª Conferência fosse além do que foi feito nas conferências anteriores e, nesse sentido, comprometeu-se a apresentar proposta de redação à mesa. Conselheiro **Rogério Tokarski** sugeriu que o objetivo geral contemplasse a idéia de gestão responsável do SUS. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** sugeriu que o objetivo geral contemplasse os seguintes eixos: políticas de Estado na saúde, promoção à saúde, fortalecimento do SUS e ampliação do Controle Social. Conselheira **Raquel Rigotto** defendeu a definição de objetivos gerais e específicos, com as seguintes redações: a) gerais - ouvir a sociedade sobre os caminhos para avançar na garantia do direito à saúde para todos e ampliar o debate e a organização tanto do Estado quanto da sociedade para garantia do direito à saúde; b) específicos - desafios para saúde no século XXI, construção de políticas públicas saudáveis, construção do SUS para todos e o papel da sociedade na garantia do direito à saúde para toda população. Conselheira **Zilda Arns Neumann** apresentou proposta de redação para o objetivo geral, entendendo que deveria ser sucinto e direto: “fortalecimento do SUS como política de Estado”. Conselheiro **Alceu José Peixoto Pimentel** cumprimentou os conselheiros e informou a distribuição de materiais, na perspectiva de contribuir com o Controle Social: revista de bioética, com discussão do simpósio sobre terminalidade que resultou na resolução sobre terminalidade da vida; duas resoluções, uma sobre HIV/AIDS e outra sobre hanseníase; e resolução sobre contracepção de emergência. Além disso, informou que os representantes das entidades médicas no CNS discordavam da forma de definição de representações no segmento dos trabalhadores, referindo-se a escolha de nomes para participar da Comissão Organizadora da 13ª Conferência. Assim, esses representantes não mais participariam da definição de representação nesse segmento para participar das decisões no Plenário. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, comprometeu-se a reunir com os representantes das entidades médicas no CNS para tratar da questão. Conselheira **Graciara matos de Azevedo** solicitou que a representação dos profissionais de saúde também participasse dessa reunião com os representantes das entidades médicas. Seguindo a discussão, Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou como tema central a ser tratado na Conferência o financiamento na perspectiva de dar lastro político para o desenvolvimento do Sistema. Além disso, destacou que garantir a participação e o envolvimento de toda a sociedade brasileira na 13ª seria o diferencial desta em relação a conferências anteriores. Por

fim, lembrou que, definida a idéia do temário da 13ª Conferência, o Plenário poderia delegar a definição do *slogan* à equipe de comunicação. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** apresentou como sugestão de objetivo geral: consolidação do SUS universal, integral, humanizado e qualificado como Política de Estado, com efetivo controle social. Conselheiro **Volmir Raimondi** considerou que a 13ª Conferência se diferenciaria das conferências anteriores se oportunizasse aos usuários e profissionais relatar os problemas que enfrentavam na ponta do Sistema. Conselheiro **Moisés Goldbaum** sugeriu como objetivo geral para a 13ª Conferência: pensar formas de aprimorar as políticas de saúde com intersetorialidade. Conselheira **Fernanda Lopes** também concordou com a necessidade de a 13ª Conferência ir além do que já foi feito e, nessa linha, defendeu a definição de objetivos gerais e específicos a partir da seguinte lógica: saúde como direito fundamental e um bem público global e instrumento de desenvolvimento humano econômico e social, contemplada no bloco da seguridade social. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** reiterou a proposta de a 13ª Conferência ir além, reforçando a concepção de saúde proposta pela Conselheira Fernanda, tendo como eixos para debate: resgatar o papel do Estado – saúde como direito do cidadão e papel do Estado; políticas públicas, buscando seguridade social; promoção da saúde; fortalecimento do SUS; ampliação do controle social; desafios da saúde no século XXI; e papel da sociedade na garantia do direito à saúde. Concluídas as intervenções, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** fez uma síntese das sugestões dos conselheiros. O Presidente do CNS, **Francisco Batista Júnior**, apresentou as propostas de redação para o objetivo geral sugeridas até aquele momento: **1) proposta original** - definir diretrizes para o fortalecimento do SUS universal, humanizado e de qualidade, como política de Estado; **2) proposta da Conselheira Gyséle Tannous** - debater os entraves para os avanços do SUS e traçar estratégias de ação do controle social para efetivação de saúde garantida como direito constitucional, com mobilização, articulação, fortalecimento intersetorial e defesa do SUS como política de Estado universal, equânime e integral; e **3) proposta da Conselheira Zilda Arns** - fortalecimento do SUS como política de Estado. Apresentadas as sugestões, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** sugeriu contemplar no objetivo geral a idéia de ouvir a sociedade visando a garantia do direito à saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu a ampliação do objetivo da 13ª Conferência para além do debate do fortalecimento SUS, com foco na discussão do processo da seguridade social, de desenvolvimento sustentável da sociedade, entre outros temas. Conselheira **Zilda Arns Neumann** defendeu a sua proposta de objetivo geral “fortalecimento do SUS como política de Estado” e a definição de objetivos específicos, contemplando inclusive os condicionantes sociais da saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** avaliou que não havia discordância sobre os conteúdos a serem contemplados no objetivo geral da 13ª Conferência, havendo dificuldade apenas na forma. Assim, considerando a dificuldade de definir texto em Plenário, sugeriu que fosse destacada comissão para elaborar sugestão de texto a partir dos conteúdos propostos pelo Plenário. Colocou como sugestões de nomes: **Fernanda Lopes, Gyséle Saddi Tannous, Fernanda Lopes, Moisés Golbaum e Wander Geraldo da Silva**. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** sugeriu que a equipe de comunicação do CNS auxiliasse no trabalho da comissão. Conselheira **Lígia Bahia** propôs que o conjunto de sugestões do Plenário fosse tratado como objetivos da 13ª Conferência, posto que as propostas não eram contrárias entre si, a serem trabalhadas pela Comissão Organizadora e pelo Plenário do CNS. Conselheiro **José de Rocha Carvalho** defendeu a sugestão da Conselheira **Zilda Arns** para objetivo geral e como tema central: o SUS – desenvolvimento econômico e social. Conselheiro **Raimundo Sotero** sugeriu que o temário contemplasse a educação em saúde. Feitas essas considerações, o Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** colocou em votação as seguintes propostas: **constituir comissão para elaborar sugestão de texto para o objetivo geral, tendo por base os conteúdos propostos pelo Plenário. Nomes indicados: Conselheira Fernanda Lopes, Conselheira Gyséle Saddi Tannous, Conselheira Fernanda Lopes, Conselheiro Moisés Golbaum, Conselheiro José Luiz Spigolon e Conselheiro Wander Geraldo da Silva. A proposta foi aprovada. A comissão se reuniria no intervalo da reunião e apresentaria a proposta de redação no período da tarde.** Definido esse ponto, o Pleno decidiu discutir a proposta de composição da Comissão Organizadora da 13ª, que não ficaria prejudicada com a falta de definição do objetivo geral naquele momento. Conselheira **Lígia Bahia**, da Comissão Organizadora da 13ª Conferência, apresentou a proposta de ampliar a Comissão Organizadora com inclusão de mais dois representantes do Ministério da Saúde e um do Fórum Social Mundial da Saúde. Conselheiro **Eni Carajá Filho**, em nome da Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde, apresentou o nome do Sr. José Teófilo Cavalcanti, do CES/PI, para a vaga de convidado destinada à Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Conselheira **Lígia Bahia** submeteu à apreciação do Pleno a sugestão de um representante da SBPC para ocupar a vaga de convidado destinada à academia/universidade na Comissão Organizadora. Não havendo outras proposições, o Presidente do CNS submeteu à apreciação do Pleno as propostas: **a) ampliar a Comissão Organizadora para 23 integrantes, com inclusão de mais dois representantes do Ministério da Saúde e um do Fórum**

**Social Mundial da Saúde; e b) referendar as indicações: um representante da SBPC para ocupar a vaga de convidado destinada à academia/universidade e o nome do Sr. José Teófilo Cavalcanti para a vaga de convidado destinada à Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. As propostas foram aprovadas por unanimidade.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** solicitou que esses e os demais componentes da Comissão Organizadora fossem convocados a participar da próxima reunião que ocorreria no dia 28 de fevereiro de 2006. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sugeriu que o Presidente do CNS acompanhasse as reuniões da Comissão Organizadora até a definição sobre a coordenação geral da 13ª Conferência. Na sua visão, o Presidente do CNS deveria ser o coordenador-geral, contudo, entendeu que essa questão deveria ser tratada posteriormente. **Não havendo outros inscritos, o Presidente do CNS colocou em apreciação a proposta do Conselheiro Antônio Alves que foi aprovada por unanimidade: o Presidente do CNS participará das reuniões da Comissão Organizadora da 13ª Conferência.** Definido esse ponto, a coordenação encerrou os trabalhos da manhã do segundo dia de reunião. O grupo indicado para elaborar texto para o objetivo geral se reuniria no intervalo para apresentar a proposta no período da tarde. Estiveram presentes os seguintes conselheiros na manhã do segundo dia de reunião: **Antônio Alves de Souza, Artur Custódio M. de Souza, Cândida Maria Bittencourt Carvalho, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Daniela Batalha Trettel, Eufrásia Santos Cadorin, Fernanda Lopes, Flávio Heleno Poppe de Figueiredo, Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Gysélle Saddi Tannous, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José de Rocha Carneiro, José Marcos de Oliveira, Lérica Maria dos Santos Vieira, Lígia Bahia, Moisés Goldbaum, Néventon R. Vargas, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Raquel M. Rigotto, Rogério Tokarski, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sílvia Fernanda Martins Casagrande, Sílvia Marques Dantas, Valdirlei Castagna, Vânia Glória Alves de Oliveira, Volmir Raimondi, Wander Geraldo da Silva e Zilda Arns Neumann.** *Suplentes:* **Abdias José dos Santos, Alceu José Peixoto Pimentel, Armando Martinho Bardou Raggio, Armando Tadeu Guastapaglia, Cleuza de Carvalho Miguel, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz Eliotério, Geusa Maria Dantas Lélis, José Carlos de Moraes, José Eri Medeiros, José Luiz Spigolon, Juares Pires de Souza, Lillian Alicke, Maria Emília Ciliberti, Noemy Yamaguishi Tomita, Ronald Ferreira dos Santos e Valdenir Andrade França.** Reiniciando os trabalhos, foi aberta a palavra à Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, que apresentou a proposta de redação para o objetivo geral, elaborada pelo grupo, a saber: definir diretrizes para o avanço na garantia da saúde como direito fundamental, condicionado e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social e apontar estratégias para fortalecer a mobilização e participação social no enfrentamento dos desafios atuais na consolidação desta política de Estado. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** manifestou acordo com a proposta, contudo, sugeriu a exclusão do termo “consolidação”. **O Plenário acatou a sugestão.** As considerações seguintes não discordaram do mérito da proposta, por entender que contempla as discussões do Plenário, contudo, apontaram a necessidade de reformular a redação no sentido de torná-la mais clara, sucinta e objetiva. Dessa forma, a mesa colocou em votação a proposta de redação: **definir diretrizes para o avanço na garantia da saúde como direito fundamental, condicionado e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social e apontar estratégias para fortalecer a mobilização e participação social no enfrentamento dos desafios atuais desta política de Estado. O Plenário acatou a proposta e definiu que a comissão organizadora reformularia a redação no sentido de tornar o objetivo geral mais sucinto, claro e objetivo.** Continuando, foi aberta a discussão sobre o tema central da 13ª Conferência. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** reapresentou as sugestões de tema central da Comissão Organizadora da 13ª Conferência: **1) Consolidar o SUS como política de Estado e desenvolvimento; 2) Saúde: desenvolvimento e justiça social; 3) Educação em saúde: direito de todos e todas; e 4) Saúde é qualidade de vida, SUS é desenvolvimento e justiça social.** Feita a apresentação, abriu a palavra para considerações do Plenário. Os conselheiros defenderam propostas e apresentaram novas sugestões de redação. Após debate, a coordenação da mesa colocou em apreciação as sugestões de redação e chegou-se a seis propostas concretas de redação. Assim, com anuência do Plenário, o Presidente do CNS colocou em votação as seis propostas de redação, com o seguinte resultado: **1) Consolidar o SUS como política de Estado e desenvolvimento – um voto; 2) Saúde: desenvolvimento e justiça social – um voto; 3) Educação em saúde: direito de todos e todas – dois votos; 4) Saúde é qualidade de vida, SUS é desenvolvimento e justiça social – dois votos; 5) Saúde: política de Estado, qualidade de vida e desenvolvimento - sete votos; e 6) Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento – 14 votos. De acordo com a votação foi aprovado como tema da 13ª Conferência: Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento.** Continuando, foi aberta a discussão dos subtemas da 13ª Conferência. Inicialmente, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** apresentou a proposta de consolidar as idéias chegando a dois ou três subtemas da 13ª Conferência a fim de otimizar os debates. Nesse sentido, submeteu à apreciação as sugestões de subtemas da

Comissão Organizadora, sendo: **1)** Os 21 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde: avanços e desafios do SUS em cada esfera de Governo; **2)** Saúde: desenvolvimento econômico-social e qualidade de vida; **3)** Saúde e determinantes sociais, os modelos de atenção e gestão e pactos pela saúde; **4)** O caráter público X privado das políticas de saúde: a desprivatização do financiamento, gestão e ofertas de serviços, como estratégias de fortalecimento do SUS; e **5)** Saúde Suplementar: enfraquecimento ou fortalecimento do SUS?. Na sequência, abriu a palavra para considerações do Plenário. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu a junção dos subtemas: “O caráter público X privado das políticas de saúde: a desprivatização do financiamento, gestão e ofertas de serviços, como estratégias de fortalecimento do SUS” e “Saúde Suplementar: enfraquecimento ou fortalecimento do SUS?”. Conselheiro **Eni Carajá Filho** defendeu como subtema central da 13ª Conferência: “Saúde e determinantes sociais, os modelos de atenção e gestão e pactos pela saúde”. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** apresentou como sugestão de subtema para a 13ª Conferência: estabelecer controles mais rigorosos e mais claros sobre a aplicação dos recursos destinados à saúde. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu como redação para atender a sugestão do conselheiro Geraldo Adão: controle e rigor dos orçamentos da saúde. Conselheiro **Néwenton Vargas** sugeriu a inclusão do subtema: educação e comunicação: instrumentos de fortalecimento do SUS. Conselheira **Fernanda Lopes** apresentou as seguintes sugestões de subtemas, elaboradas pelo Grupo que formulou a redação para o objetivo geral, em consonância com o debate do Plenário: 1) Desafios para efetivação do direito humano à saúde no século XXI; 2) Consolidando Políticas Públicas para a saúde e qualidade de vida; 3) Consolidando o SUS no âmbito da seguridade social; e 4) O papel da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. Além disso, ressaltou a importância de incluir nos subtemas o debate sobre educação permanente e comunicação como eixos transversais. Conselheiro **José Carlos de Moraes** concordou com os subtemas apresentados pela Conselheira Fernanda Lopes com o entendimento de que seriam incorporados no elenco de temas dos debates que iriam nortear a 13ª Conferência. Também chamou a atenção para a necessidade de reformular o trecho “a desprivatização do financiamento”. Conselheira **Zilda Arns Neumann** defendeu a inclusão dentre os subtemas da 13ª Conferência de: Atenção à saúde, gestão e controle social e Pacto pela Vida. Conselheira **Raquel Rigotto** explicou que o esforço do grupo foi no sentido de organizar grandes eixos que tivessem coerência com o objetivo geral e pudessem contemplar a diversidade de temas específicos apresentados pelos conselheiros. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** sugeriu ainda como subtema: intersetorialidade das políticas públicas como instrumento de promoção à saúde. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** destacou a importância de garantir a discussão dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, dada a discussão nos estados e municípios. Além disso, sugeriu nova redação a dois subtemas propostos pelo grupo, sendo: “Políticas Públicas para a saúde e qualidade de vida” e “O SUS no âmbito da seguridade social”. Conselheira **Cândida Maria Carvalheira** propôs que fosse incluído entre os subtemas: “Política de Alta Complexidade”. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que a preocupação da Conselheira estava contemplada no subtema “O caráter público X privado das políticas de saúde: a desprivatização do financiamento, gestão e ofertas de serviços, como estratégias de fortalecimento do SUS”. Conselheira **Lígia Bahia** sugeriu que os conselheiros redigissem informe do debate sobre a 13ª Conferência para suas entidades, a fim de que estas se manifestassem. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** propôs que na 13ª Conferência fosse feita referência à 8ª Conferência Nacional de Saúde. Além disso, sugeriu como subtema: Saúde – desenvolvimento econômico social e qualidade de vida. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** apelou para que fosse mantido o subtema “Saúde Suplementar: enfraquecimento ou fortalecimento do SUS?”. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** propôs acrescentar às propostas apresentadas pelo grupo o subtema: os desafios para o desenvolvimento do trabalho na saúde. **Encaminhando, o Presidente do CNS, Conselheiro Francisco Batista Júnior, sugeriu que o grupo responsável pela proposta dos quatro subtemas elaborasse redação final contemplando as sugestões dos conselheiros. A proposta foi aprovada.** Definido esse ponto, foi iniciado o debate do calendário, tendo por base a sugestão da Comissão Organizadora: **1)** Etapa municipal – de 1º de abril a 31 de julho de 2007; **2)** Etapa estadual – de 1º de agosto a 15 de outubro de 2007; e **3)** Etapa nacional – de 14 a 18 de novembro de 2007. A Etapa Nacional terá o limite máximo de 3000 delegados (as), e segue o critério de distribuição populacional nas tabelas anexas. Local: Brasília. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, apresentou nova proposta de calendário, sendo: **1)** Etapa municipal – de 15 de março a 15 de agosto de 2007; **2)** Etapa estadual – de 15 de agosto a 15 de outubro de 2007; e **3)** Etapa nacional – de 14 a 18 de novembro de 2007. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** sugeriu que houvesse um intervalo de dez dias entre as etapas municipais e estaduais, a fim de haver tempo para conclusão dos relatórios municipais. As considerações que se seguiram manifestaram apoio à proposta de ampliação do prazo para a realização das etapas municipais. Conselheiro **Eni Carajá Filho** também informou que alguns municípios realizariam conferências no mês de março e, nesse sentido, perguntou se essas valeriam como etapas municipais



da 13ª Conferência. Além disso, indagou se os municípios que realizaram conferência em 2006 teriam que realizar conferência municipal específica para 13ª Conferência. A partir das intervenções, o Presidente do CNS destacou que, para realização das conferências municipais, era essencial a disponibilização do Regimento Interno do CNS, que seria aprovado na reunião ordinária de março de 2007. Nesse sentido, sugeriu que as conferências municipais ocorressem de 15 de março a 5 de agosto de 2007. As etapas estaduais de 15 de agosto a 15 de outubro de 2007, com intervalo de dez dias entre estas e as etapas municipais para possibilitar a conclusão dos relatórios. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** manifestou preocupação com a proposta de marcar o início das etapas municipais para 15 de março, posto que o Regimento Interno da 13ª Conferência seria aprovado no início de março de 2007. Nesse sentido, defendeu a data de 1º de abril a 5 de agosto de 2007 para a realização das conferências municipais. Conselheiro **José Carlos de Moraes** sugeriu que o Regimento Interno da 13ª Conferência definisse que os municípios que já realizaram as suas conferências e elegeram os seus delegados, não necessariamente precisariam realizar nova conferência, contudo, precisavam seguir o calendário. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, sugeriu que fosse atribuída à Comissão Organizadora a tarefa de decidir a respeito das conferências municipais já realizadas, verificando se os debates nessas etapas atendiam aos interesses da discussão maior da conferência nacional. Conselheiro **José Carlos de Moraes** ponderou que as conferências municipais foram legitimamente convocadas, assim, questionou se a Comissão Organizadora ou outra instância poderia atestar a sua "validade". Por isso, defendeu que não houvesse necessidade de realização de nova conferência nos municípios que já realizaram. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** manifestou preocupação com a proposta de delegar à Comissão Organizadora a tarefa de verificar se as conferências municipais já realizadas iam ao encontro das definições acerca da 13ª Conferência. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou se os municípios que já realizaram conferências municipais poderiam promover plenária para eleger delegados. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu como obrigatória a etapa municipal para debater os eixos temáticos da 13ª Conferência. Conselheiro **José de Rocha Carneiro** lembrou que o Plenário definiu, na última reunião do CNS, não reconhecer conferências regionais em substituição às etapas municipais. Encaminhando, o Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, ressaltou que não era possível considerar que qualquer plenária poderia ser legitimada como etapa municipal, sem necessidade de realização de conferência municipal. Além disso, destacou que nas conferências de saúde anteriores houve problemas a respeito da realização de reuniões ampliadas que elegiam delegados para a etapa municipal. Lembrou que, nesses casos, a Comissão Organizadora fazia o julgamento e definia. Assim, defendeu que a Comissão Organizadora, a exemplo das conferências anteriores, julgasse as exceções, remetendo ao Pleno do CNS para decisão, caso julgasse necessário. Conselheiro **José Eri Medeiros** destacou que a Comissão Organizadora Nacional não teria condições de analisar todos os casos das conferências municipais. Assim, defendeu que comissões organizadoras estaduais julgassem os casos relativos às conferências municipais. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, explicou que a Comissão Organizadora da etapa nacional se manifestaria apenas sobre os casos das conferências municipais que apresentaram recurso à nacional em virtude de o problema não ter sido resolvido na esfera estadual. Conselheira **Francisca Valda da Silva** destacou que a Comissão Organizadora, conforme conferências anteriores, julgava os recursos e, quando necessário, trazia para manifestação do Pleno. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu que essa questão fosse discutida durante o debate do Regimento Interno da 13ª Conferência que ocorreria no mês março de 2007. A mesa acatou o encaminhamento. Definido esse ponto, o Presidente do CNS colocou em apreciação e votação a seguinte proposta de calendário: **a) etapa municipal – de 1º de abril a 5 de agosto de 2007; b) etapa estadual – de 15 de agosto a 15 de outubro de 2007; e c) etapa nacional – de 14 a 18 de novembro de 2007. A proposta foi aprovada por maioria. Três abstenções.** Seguindo, o Presidente do CNS colocou em discussão a proposta de realização de Seminário/Oficina para avaliação das conferências de saúde anteriores. Conselheira **Raquel Rigotto** propôs que, para realização do seminário/oficina, a Secretaria-Executiva do CNS elaborasse documento sobre a aplicabilidade ou não das propostas e moções das conferências anteriores (9ª, 10ª, 11ª e 12ª). Com isso, o seminário serviria de conferência prévia da 13ª Conferência, com a participação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, onde seriam discutidos os eixos e os subtemas, com vistas a capacitar os conselheiros e a coordenação da plenária para auxiliar nas etapas estaduais e municipais. Defendeu ainda que nesse evento houvesse uma mesa para definir a metodologia da 13ª Conferência. Conselheira **Lígia Bahia**, da Comissão Organizadora, explicou que o seminário seria realizado no sentido de avaliar as conferências anteriores (9ª, 10ª, 11ª e 12ª), a fim de não repetir o que foi superado, com a participação dos coordenadores e relatores dessas conferências já realizadas. Conselheiro **Moisés Goldbaum** lembrou que, após a 12ª Conferência, o CNS comprometeu-se a avaliar as conferências anteriores, o que não foi feito. Nesse sentido, concordou com a proposta de

avaliar essas conferências, contudo, ponderou que isso não poderia ser feito em apenas um seminário. Na sua opinião, a avaliação deveria permitir a revisão do temário e da metodologia das conferências de saúde. A partir das falas, o Presidente do CNS apresentou a seguinte proposta: realizar seminário/oficina para definir aspectos relativos à metodologia e relatoria para a 13ª Conferência, a partir da avaliação das conferências anteriores. Conselheira **Raquel Rigotto** sugeriu que o seminário, além de definir aspectos relativos à metodologia e relatoria para a 13ª Conferência, a partir da avaliação das conferências anteriores, possibilitasse debate prévio dos temas dessa Conferência, com vistas a contribuir no processo de mobilização das conferências estaduais e municipais. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** avaliou que a metodologia da 13ª Conferência deveria ser definida no Regimento Interno. **Com essas falas, o Presidente do CNS submeteu à apreciação do Plenário a seguinte proposta: realizar oficina para avaliar as conferências anteriores e definir aspectos relativos à metodologia e relatoria para a 13ª Conferência, com debate dos temas definidos. A proposta foi acatada.** A Mesa Diretora do CNS definirá a data e o formato da oficina. Seguindo, o Presidente do CNS colocou em apreciação à proposta de a etapa nacional da 13ª Conferência ter o limite máximo de três mil delegados, seguindo o critério de distribuição populacional conforme proposto pela Comissão Organizadora. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** colocou, para reflexão dos conselheiros, a proposta de na etapa nacional reservar uma vaga para cada Distrito Sanitário Indígena (34). **Não havendo posições contrárias, o Plenário aprovou a proposta de a etapa nacional da 13ª Conferência ter o limite máximo de três mil delegados, seguindo o critério de distribuição populacional.** Seguindo, a mesa colocou em apreciação a proposta de local da 13ª Conferência, perguntando se havia posição contrária à sugestão de ser realizada em Brasília/DF. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, explicou que havia dois espaços disponíveis na data de 14 a 18 de novembro de 2007: Marina Hall – auditório para três mil pessoas, auditório, salas de apoio, hospedagem (1.200 pessoas) – custo estimado de locação do espaço: R\$ 400 mil; e Expo Brasília – local de fácil acesso, auditório para 400 pessoas e local para restaurante - dificuldade: construção de espaços internos. **O Plenário indicou o Marina Hall para a realização da 13ª Conferência. A equipe do Ministério da Saúde optará pelo local mais viável para realização da 13ª Conferência.** Conselheiro **Armando Raggio** solicitou que a Comissão Organizadora ponderasse sobre a proposta de a Conferência ser realizada em rede nas 27 Unidades Federadas, além da etapa nacional. O Presidente do CNS informou que o Canal Saúde faria a transmissão da etapa nacional em tempo real para todo o país. Enquanto se aguardava a conclusão da proposta de redação para os subeixos da 13ª Conferência, foi aberta a palavra para apresentação de moção e recomendação. Por solicitação do Conselheiro **Ciro Mortella**, a fala da Conselheira **Daniela Batalha Trettel** consta, *in verbis*, na ata: “Foi apresentada hoje de manhã uma proposta de moção, a quem já tenha falado em recomendação, para que o Conselho apóie a proibição da publicidade de medicamentos. Na verdade, essa é uma discussão que já se arrasta por algum tempo. Existe na ANVISA uma discussão que já entrou em consulta pública em novembro de 2005 para que se mude a regulamentação e a idéia é que o Conselho se posicione no sentido de que a publicidade de medicamentos seja proibida. Aqui tem alguns dados, há quem contraponha essa possibilidade com a Constituição Federal dizendo que existe a liberdade de expressão, mas, na verdade, a própria Constituição permite a restrição legal de propagando de medicamento. Existe também a vulnerabilidade do consumidor, do cidadão, na verdade, é uma questão de contraposição de saúde versus interesses comerciais de grandes laboratórios e seria o caso de o Conselho se colocar em favor da vida e da saúde das pessoas que estão sendo colocadas em risco. Nós temos um dado do Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas de 2004 dizendo que os medicamentos foram os principais agentes tóxicos envolvidos em intoxicações, contribuindo para ocorrência de mais de 23 mil registros de intoxicação humana. A publicidade acaba incentivando o uso indiscriminado de medicamento que também se reflete no Sistema Único de Saúde que atende essas ocorrências. Essa é a idéia.” Apesar da apresentação, a proposta de moção não foi apreciada devido ao pedido de vistas dos Conselheiros **Ciro Mortella** e **José de Rocha Carvalho**. Assim, conforme o Regimento Interno do CNS, a proposta de moção deverá retornar à pauta da próxima reunião, para apreciação e manifestação do Plenário do CNS. Os solicitantes do pedido de vistas deverão apresentar parecer sobre a moção. Na sequência, Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou proposta de moção, elaborada pela COFIN/CNS, com as sugestões do Conselheiro **José Marcos de Oliveira** e Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, onde o CNS manifesta o seu repúdio: a qualquer política que represente corte ou contingenciamento dos recursos do SUS nas três esferas de governo (DRU, DRE ou qualquer outra iniciativa), à demora na aprovação do PLP nº. 001/03 nos termos já aprovados pelas comissões da Câmara Federal e à proposta de substitutivo do PLP nº. 01/03, elaborado pelos representantes dos governos estaduais através do CONFAZ, que implica em termos significativos de recursos colocando em risco a existência do SUS. Conselheiro **Moisés Goldbaum** apresentou as seguintes sugestões: excluir a palavra “contingenciamento” do primeiro item da moção, entendendo que contingenciamento não era sinônimo

de corte orçamentário; e acrescentar sétimo considerando “o que sugere a forte possibilidade de cortes orçamentários”. Conselheiro **Armando Martinho Raggio** discordou da expressão do documento “moção de repúdio” e solicitou que o CNS não adotasse, porque era necessário manter diálogo com os negociadores das finanças públicas do País – governos municipais, estaduais e federal. Nesse sentido, sugeriu que a moção fosse “em favor da manutenção do acesso universal, integral e equânime da saúde” e contra os movimentos explicitados nos itens da moção. Conselheiro **José de Rocha Carvalho** defendeu que a proposta fosse aprovada como moção de repúdio com manutenção do termo “contingenciamento”. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** também defendeu que o documento fosse aprovado na forma de moção de repúdio, como posição política do CNS a ser utilizada no processo de negociação. Conselheira **Daniela Batalha Trettel** lembrou que no dia anterior o Plenário deliberou pela elaboração de Moção de Repúdio, logo, defendeu que o documento fosse mantido como tal. Conselheiro **Raimundo Sotero** salientou a necessidade de dar visibilidade do documento. **Como encaminhamento, o Presidente do CNS colocou em apreciação a proposta moção de repúdio, nos termos propostos, que foi aprovada com um voto contrário e duas abstenções.** Conselheiro **Moisés Goldbaum** declarou o seu voto contrário à proposta, por considerar que a posição do CNS não deveria ser explicitada na forma de moção de repúdio e não deveria ter sido incluída a questão do contingenciamento. Definido esse ponto, foi aberta a palavra à Conselheira **Raquel Rigotto** para apresentação da proposta de subtemas elaborada pelo GT destacado pelo Plenário, sendo: **1) Desafios para efetivação do direito humano à saúde no século XXI: a) Desenvolvimento Econômico-Social, Saúde e Qualidade de Vida: tendências no Brasil e no Mundo; b) O direito à saúde na agenda política nacional; c) Determinantes e condicionantes sociais; e d) Os 21 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde: caminhos e descaminhos da Reforma Sanitária. 2) Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: a) Intrasetorialidade; b) Transversalidade; e c) Intersetorialidade das políticas públicas como instrumento de garantia ao direito humano da saúde. 3) O SUS no âmbito da seguridade social: a) Saúde no âmbito da seguridade social; b) Garantia de financiamento; c) Pacto pela vida e em defesa do SUS (responsabilidades das três esferas de governo, nos três níveis de atenção); d) Responsabilidade sanitária e regulação; e) Desafios para o desenvolvimento do trabalho em saúde (formação, relações e condições de trabalho e organização político institucional); f) Educação permanente; e g) A relação com o setor privado: planos de saúde e regulação. 4) O papel da sociedade na efetivação do direito humano à saúde: a) Educação permanente para a participação da sociedade na formulação e monitoramento das políticas públicas; b) Informação e comunicação como instrumentos de mobilização e participação sociais; e c) Fortalecimento da luta em defesa da vida e da saúde como um direito: fóruns e instâncias de controle social. Na seqüência, foi aberta a palavra para manifestação dos conselheiros. Conselheiro **Raimundo Sotero** sugeriu reformular o primeiro tema do sub-eixo “A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde” de forma a garantir que o indivíduo conhecesse o seu direito à saúde. Para atender essa preocupação, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** sugeriu contemplar no primeiro tema a Política de Educação Permanente para o Controle Social, pois a mesma trata da participação da sociedade e fortalecimento do Controle Social a partir de políticas públicas. Conselheira **Zilda Arns Neumann** propôs emenda ao subtema, cuja redação passaria a ser: “Educação permanente para a promoção da saúde e para a participação da sociedade na formulação e monitoramento das políticas públicas”. Conselheira **Eufrásia Cadorin** defendeu a manutenção do texto original do primeiro tema do quarto subtema, por entender que as políticas públicas contemplava a promoção da saúde. Conselheiro **José de Rocha Carvalho** destacou que a promoção da saúde contemplava implicitamente a educação permanente, logo, discordou da proposta de incluir “para a promoção da saúde”. Conselheiro **Raimundo Sotero** defendeu a proposta de incluir a emenda sugerida pela Conselheira **Zilda Arns**, dada a necessidade de ressaltar a importância da prevenção. Conselheiro **Eni Carajá Filho** apresentou Questão de Ordem: que o Plenário se manifestasse apenas sobre as questões conceituais, pois a proposta do grupo refletia as sugestões do Plenário. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** solicitou que as sugestões dos conselheiros fossem de conteúdo a fim de se avançar no debate. Conselheira **Fernanda Lopes** explicou que, conforme o entendimento do grupo, o subtema e tema, respectivamente, “O papel da sociedade na efetivação do direito humano à saúde” e “Educação permanente para a participação da sociedade na formulação e monitoramento das políticas públicas” não se referiam à promoção da saúde, mas sim à participação da sociedade em defesa do direito humano à saúde. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** perguntou se havia posição contrária em incluir “promoção da saúde” em um dos sub-eixos da 13ª Conferência. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: aprovar os quatro subtemas propostos pela Comissão e delegar à Comissão Organizadora a distribuição dos conteúdos (sugestões de temas) nos quatro subtemas. Assim, este item seria trazido na próxima reunião do CNS. **Seguindo este encaminhamento, Conselheiro Clóvis A. Bouffleur colocou em votação os quatro subtemas, que foram aprovados por unanimidade, sendo: 1) Desafios para efetivação do direito humano à****

1948 saúde no século XXI; 2) Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida; 3) O SUS no  
1949 âmbito da seguridade social; e 4) A participação da sociedade na efetivação do direito humano  
1950 à saúde. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** solicitou que a Comissão Organizadora avaliasse a  
1951 inclusão do tema: soberania nacional na produção de medicamentos e pesquisa em saúde.  
1952 Conselheiro **Moisés Goldbaum** concordou com a preocupação da Conselheira Gysélle Saddi,  
1953 contudo, discordou que fosse restrito à produção de medicamentos. Dessa forma, sugeriu que o tema  
1954 fosse ampliado para o complexo industrial da saúde na definição de políticas de saúde. Conselheiro  
1955 **Antônio Alves de Souza** destacou que a Conferência não daria conta de todos anseios e  
1956 preocupações. Assim, defendeu que a 13ª Conferência tivesse por marco a definição de diretrizes  
1957 políticas de intervenção no campo da saúde para os próximos dez anos. Nesse sentido, manifestou  
1958 preocupação com a inclusão de muitos temas. Assim, sugeriu que a Comissão Organizadora  
1959 elaborasse roteiro de debate, a partir dos sub-temas aprovados, para nortear a discussão nas etapas  
1960 municipais, estaduais e nacional. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** apresentou a seguinte  
1961 Questão de Ordem: encaminhar a votação, dado o avançado da hora. **Como encaminhamento,**  
1962 **Conselheiro Flávio Heleno Poppe de Figueiredo** sugeriu remeter à Comissão Organizadora a  
1963 discussão e formatação dos conteúdos dos subtemas. Não havendo posições contrárias, a  
1964 proposta foi aprovada. A proposta de formatação dos conteúdos dos subtemas deverá ser  
1965 apresentada na próxima reunião do CNS. Definido esse ponto, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur**  
1966 agradeceu os conselheiros e encerrou a discussão do item. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**  
1967 perguntou se já havia sido solicitada audiência com o Presidente **Luiz Inácio Lula da Silva**, conforme  
1968 deliberação do dia anterior. O Presidente do CNS informou que foi enviado ofício à Presidência da  
1969 República solicitando audiência com o Presidente. Na sequência, Conselheira **Ruth Ribeiro**  
1970 **Bittencout**, da Mesa Diretora do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e passou ao último ponto  
1971 de pauta. **ITEM 8 – EXPEDIENTE, INDICAÇÕES E INFORMES** – *Expediente* - Portaria nº. 147, de 2  
1972 de fevereiro de 2007 - A diretora do DEGES/SGTES/MS, **Ana Stela Haddad**, informou que o  
1973 DEGES/MS vinha buscando trabalhar de forma articulada e intersetorial com o Ministério da Educação,  
1974 acompanhando as questões de avaliação e regulação da abertura de novos cursos. Nessa ótica,  
1975 informou que participara, junto com a Consultora Jurídica do MEC, Maria Paula Dallare, da última  
1976 reunião da Mesa Diretora onde foi apresentada a Portaria nº. 147, de 2 de fevereiro de 2007, que  
1977 dispõe sobre a complementação da instrução dos pedidos de autorização de cursos de graduação em  
1978 Direito e Medicina para os fins do disposto no art. 31, § 1º do Decreto 5.773, de 9 de maio de 2006.  
1979 Explicou que no MEC havia setenta pedidos de abertura de cursos de medicina que tramitaram antes  
1980 da vigência do Decreto nº. 5.773, que apresentava legislação mais rigorosa em relação à abertura,  
1981 reconhecimento e renovação de novos cursos. Dessa forma, a Portaria visava criar uma situação  
1982 intermediária no âmbito da legislação anterior para controle e autorização do passivo de cursos que se  
1983 encontrava no MEC. Além disso, ressaltou que a Portaria reforçava a necessidade de parecer do CNS  
1984 sobre a autorização de abertura de cursos. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**  
1985 **Cruz**, ressaltou que a abertura de cursos na área da saúde era um tema que vinha sendo discutido no  
1986 CNS e naquele momento havia grande expectativa da sociedade para que o CNS voltasse a emitir  
1987 pareceres. Nesse sentido, solicitou que o Plenário se manifestasse sobre a forma de emissão de  
1988 pareceres do CNS, atendendo à Portaria nº. 147/07. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** apresentou a  
1989 proposta de constituir comissão do CNS para avaliar e emitir parecer para os 66 processos de cursos  
1990 de medicina que aguardavam manifestação. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** perguntou  
1991 sobre a Portaria nº. 147/07, juridicamente superior a decreto, regulamentar um processo definido  
1992 anteriormente por Decreto. Também destacou a necessidade de o Plenário debater o Decreto nº.  
1993 5.773/06. Conselheira **Lérida Maria Vieira** cumprimentou o MEC pela Portaria, contudo, defendeu que  
1994 a regulação e fiscalização da abertura de cursos contemplassem as demais profissões da saúde, pois  
1995 a situação na área de Enfermagem e Odontologia, por exemplo, não era diferente da dos cursos de  
1996 Medicina. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** sugeriu que, ao invés de criar um GT para emitir  
1997 pareceres, o assunto fosse remetido à CIRH/CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida**  
1998 **da Cruz**, destacou que, caso o Plenário aprovasse, a CIRH/CNS poderia emitir parecer para abertura  
1999 de novos cursos, com apoio técnico da Secretária-Executiva, para apresentar ao Plenário para  
2000 votação. Disse que, atendendo a Portaria nº. 147/07, o CNS poderia recuperar os 66 pedidos de  
2001 abertura que passaram pelo Conselho e se encontravam no MEC com parecer inexistente do CNS a  
2002 fim de se manifestar sobre os mesmos. Também defendeu que, naquele momento, o CNS voltasse a  
2003 emitir parecer sobre os três cursos da área da saúde – medicina, odontologia e psicologia, iniciando-se  
2004 pelos doze processos de novos cursos de Odontologia e Psicologia que se encontravam no Conselho.  
2005 Além disso, apresentou a sugestão de, ao invés de instituir comissão do CNS, constituir equipe de  
2006 pareceristas para analisar os pedidos. Por fim, avaliou que aquele era um ótimo momento para retomar  
2007 a emissão de pareceres pelo CNS, pois o papel do CNS foi reforçado na nova regulamentação. A  
2008 diretora do DEGES/SGTES/MS, **Ana Stela Haddad**, solicitou, primeiramente, que a Conselheira **Vânia**

**Glória de Oliveira** fizesse a leitura da nota técnica do MEC em resposta à nota divulgada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, Sindicato dos Médicos de São Paulo, Associação Paulista de Medicina e Academia de Medicina de São Paulo, por entender que o documento do MEC poderia responder a várias dúvidas dos conselheiros. A Conselheira **Vânia de Oliveira** fez a leitura da Nota do MEC onde se esclarece que: a) O MEC está acompanhando cuidadosamente as demandas por abertura de cursos, especialmente os de Medicina, e elaborou instrumentos mais rigorosos de regulação. O Decreto nº. 5.773/06 e a Portaria nº 147/07 disciplinam os processos autorizativos de cursos. b) A Portaria nº. 147/07, que determinou novo procedimento para autorização de cursos de medicina e direito, excepcionizou, no parágrafo 7º do artigo 4º, os processos anteriores ao Decreto nº. 5.773/06. No caso de Medicina, quatro processos, três dos quais em São Paulo. A excepcionalidade deve-se à legislação existentes até a publicação da Portaria. É importante observar que os três cursos em questão tinham decisões favoráveis do Conselho Nacional de Educação, um órgão de Estado, legalmente habilitado para pareceres nos processos. Não havia nenhum motivo para que o Ministro da Educação não homologasse ou desautorizasse as decisões do Conselho Nacional de Educação. c) O MEC agiu dentro da legislação vigente, ao contrário do que alegam as entidades que subscrevem a nota. d) Com a publicação das autorizações de cursos, não há mais processos anteriores ao Decreto nº. 5.773/06, o que significa que novos cursos seguirão o trâmite estabelecido pelo Decreto e na Portaria. e) Segundo Portaria Normativa nº. 1, de 10 de janeiro de 2007, todos os cursos de medicina do país serão avaliados em 2007, de acordo com recomendação da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior – CONAES. f) O MEC espera que as entidades preocupadas com a qualidade da educação superior, em particular as vinculadas ao campo da saúde, ao invés de pré-julgar propostas cujos méritos foram analisados segundo a legislação existente, colaborem para que o Ministério e a sociedade brasileira disponham de indicadores objetivos quanto à qualidade dos cursos em funcionamento. A diretora do DEGES/SGTES/MS, **Ana Stela Haddad**, reiterou que os três cursos de Medicina de São Paulo tiveram que ser autorizados por falta de respaldo na legislação vigente. Assim, a Portaria nº. 147/07 foi publicada no sentido de garantir que não acontecesse o mesmo com os 66 pedidos de abertura de cursos, apresentados antes do Decreto nº. 5.773/06. Salientou que essa regulação seria reforçada se o CNS retomasse a emissão de parecer. Informou ainda o caso da Universidade de Uningá, no Paraná, que conseguiu liminar da justiça autorizando a abertura do curso de Medicina, sem autorização do MEC. Disse que o Ministério da Educação recorreu da decisão e solicitou a manifestação do CNS, uma vez que essa situação poderia abrir precedente para casos futuros. Nesse sentido, ressaltou a importância de o CNS voltar a emitir pareceres. Ressaltou que o Decreto nº. 5.773/06 e a Portaria nº. 147/06 definiam que a partir de parecer contrário do CNS o processo deveria ser re-analisado em instância superior, que poderia culminar com a não aprovação do curso. Por fim, informou que o Ministro da Educação colocou-se à disposição para vir ao CNS apresentar a nova legislação de abertura de novos cursos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou que o tema era de extrema relevância para o CNS e, por isso, além das duas oficinas já realizadas, estava programada uma terceira para discutir a matéria. Dessa forma, manifestou a sua insatisfação com a nota subscrita pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, Sindicato dos Médicos de São Paulo e Associação Paulista de Medicina e Academia de Medicina de São Paulo acusando o CNS de omissão na abertura de três cursos de Medicina em São Paulo. Destacou que a análise de abertura de novos cursos deveria ser feita à luz da necessidade social, que envolvia direito fundamental e o parecer do CNS deveria ter caráter terminativo. Por fim, propôs que o CNS solicitasse a CIRH/CNS a realização, o mais breve possível, de oficina de trabalho já programada para discutir o tema. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** avocou o Inciso III, Art. 200, da Constituição Federal que determina “ao SUS compete, além de outras atribuições nos termos da Lei, ordenar formação de recursos humanos na área da saúde” e a Lei nº. 8.080/90, que define que o Ministério da Saúde, no âmbito federal, era o gestor do SUS no âmbito nacional para destacar a responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto instituição, de ordenar recursos humanos na área da saúde. Assim, destacou que o Ministério da Saúde, junto com o CNS, deveria avaliar e emitir parecer sobre os pedidos de abertura de novos cursos na área da saúde. Nesse sentido, ressaltou que seria importante aprofundar a discussão desse tema no âmbito do Ministério da Saúde e considerou que a CIRH/CNS, enquanto comissão assessora do CNS, poderia emitir parecer, que, ao final, deveria ser aprovado pelo Plenário do CNS. Por fim, sugeriu como fluxo de emissão de parecer deveria ser: análise dos pedidos de abertura de cursos à luz dos parâmetros definidos; emissão de parecer pela CIRH/CNS, com auxílio de suporte técnico; e apreciação e aprovação do Pleno do CNS. Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** destacou que a CIRH/CNS era a instância com delegação do CNS para tratar da matéria. Também ressaltou que o Plenário promoveu amplo debate sobre parâmetros para abertura de cursos, contudo, a discussão não foi concluída. Além disso, perguntou a composição da instância superior que analisaria os pareceres e quis saber se o parecer do CNS teria caráter terminativo. Conselheiro **Volmir Raimondi** manifestou preocupação com o fato de o tema estar em discussão no

final da reunião, por entender que poderia prejudicar o debate. Assim, solicitou que a mesa verificasse o quorum. Verificado que havia quorum, o Plenário decidiu continuar a discussão. A representante da UNE, **Denise Dornelles**, destacou que o tema era muito importante para a UNE e a UBES, devido ao impacto da formação desenfreada na saúde da população e da importância do debate sobre o acesso à universidade pública. Ressaltou também que a interrupção da pesquisa sobre a necessidade de profissionais de saúde no país e a distribuição dos mesmos prejudicou o debate. Registrou que a UNE era contra a abertura indiscriminada de novos cursos na área da saúde e defendia a abertura de cursos, priorizando as intuições públicas após a comprovação da necessidade social. No mais, defendeu que o parecer do CNS tivesse caráter terminativo e, nesse sentido, solicitou apoio do CNS ao movimento da UNE pela reapresentação do PL nº. 65/03, do Deputado Arlindo Chinaglia. Além disso, solicitou a divulgação dos 66 cursos que aguardam parecer para abertura de cursos e sugeriu que a CIRH/CNS realizasse oficina para discutir o tema e trazer os resultados para deliberação do Plenário. Conselheira **Vânia Glória de Oliveira** ratificou a importância da discussão do Pleno do CNS, dada a relevância do tema. Informou ainda que solicitou indicação de representante do MEC para a CIRH/CNS a fim de promover discussão conjunta. Disse ainda que apresentaria o pedido de disponibilização dos 66 cursos que aguardavam parecer. Também registrou que o Ministério da Educação não pactuava com a abertura indiscriminada de cursos. Conselheiro **Armando Martinho Raggio** informou que há dez o CNS apreciava e votava parecer e remetia a decisão para o Conselho Estadual onde se situava a universidade solicitante. Concordeu com a posição de que o parecer do CNS fosse terminativo, contudo, avaliou que isso não resolveria o problema. Considerou que a abertura indiscriminada de cursos ocorria por conta da sociedade injusta que possuía pequena elite com alto poder de compra em um cenário onde a oferta de cursos de graduação era muito aquém da população que poderia graduar-se. Conselheiro **Moisés Goldbaum** reiterou que o tema era extremamente complexo e necessitava de discussão profunda, tecnicamente fundamentada, a fim de dar conta do que determinava a Portaria nº. 147 que diz respeito à relevância social e à integração com a gestão local. Salientou a necessidade de discutir a questão de forma intersetorial - educação, saúde, ciência e tecnologia e participação popular -, posto que não se tratava apenas sobre a emissão ou não parecer do CNS. Por fim, avaliou que o CNS perdeu ao não incluir este tema entre os eixos temáticos da 13ª Conferência. Conselheira **Noemy Yamaghishi Tomita** destacou que há dez o Conselho Estadual de São Paulo analisava os pedidos de abertura de novos cursos na área da saúde e, em seguida, enviava ao CNS. Explicou que, à época, o CES/SP chamou a atenção das universidades para o alto número de cursos de educação física e a partir daí foi definida a regulamentação para a profissão. Ressaltou ainda que se não fosse a intervenção do CNS a biologia e a veterinária teriam sido banidas da relação das profissões da área da saúde. Por fim, destacou que os conselhos profissionais poderiam se manifestar sobre o reconhecimento de cursos e o CNS poderia incentivar essa manifestação no sentido de melhorar a qualidade do ensino e dos cursos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** propôs que o CNS procurasse o Presidente da Câmara dos Deputados para reafirmar a posição sobre o seu papel na regulação. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, chamou a atenção para a gravidade da situação, destacando, para ilustrar, que 30% das ligações recebidas no CNS referiam-se à abertura de novos cursos. Também destacou que, ao assumir a Secretaria-Executiva do CNS, abriu sindicância para apurar parecer do CNS fraudado por uma universidade, contudo, não havia resposta até aquele momento e a universidade estava em funcionamento. Avaliou que aquele momento era propício para a retomada do parecer do CNS. Nesse sentido, defendeu que o Plenário debatesse politicamente os critérios do parecer, o que possibilitaria delegar a tarefa de emitir parecer à CIRH/CNS, por exemplo. No mais, lembrou que durante um longo período os pareceres para abertura de novos cursos eram submetidos à apreciação do Pleno do CNS. Por fim, reiterou que a solicitação de que o Plenário retomasse a emissão de pareceres e as negociações com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação. Conselheiro **Antonio Alves de Souza** perguntou se a Portaria nº. 147/07 se aplicava aos cursos que viriam a tramitar. A diretora do DEGES/SGTES/MS, **Ana Stela Haddad**, explicou que para os cursos que viriam a tramitar se aplicaria o Decreto nº. 5.773/06. Disse reconhecer a necessidade de posicionamento do Ministério da Educação e Conselho Nacional de Saúde e, nesse sentido, estava sendo trabalhada a câmara interministerial de gestão da educação, com representação da SGTES e outras secretarias do Ministério da Saúde. Registrou que, mesmo que o CNS decidisse retomar a emissão de parecer, havia a possibilidade de estreitar diálogo com o MEC na perspectiva de fazer os ajustes e adequações necessárias. Informou ainda que a SGTES não interrompeu os estudos sobre a distribuição de profissionais, mas sim o ampliou para as quatorze profissões da área da saúde, em conjunto com o Ministério da Educação. Além disso, a Secretaria estava desenvolvendo estudos em relação à distribuição dos empregos. Assim, colocou os estudos à disposição do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** solicitou Questão de Ordem para informar que naquele momento não havia mais quorum, assim, o Plenário deveria definir o que fazer. Antes de encaminhar, abriu a palavra aos

demais inscritos. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** explicou que o Conselho decidiu suspender a emissão de pareceres porque estes tinham caráter consultivo e não terminativo. Logo, em momento nenhum o CNS se furtou a sua responsabilidade de emitir parecer. Concordeu que o momento era ideal para o posicionamento do CNS e, nessa linha, sugeriu que o Conselho iniciasse trabalho político com o Ministério da Saúde para discutir intersetorialmente a questão, com possibilidade de ampliar a Portaria nº. 147/07. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** registrou a importância de o CNS manter relação estreita com o MEC. Como encaminhamento, sugeriu que fosse feito convite à Ordem dos Advogados do Brasil, que emitia parecer sobre a abertura de novos cursos de Direito, para apresentar a sua experiência ao CNS. A representante da UNE, **Denise Dornelles**, perguntou se o CNS poderia ter acesso aos 66 cursos que se encontravam no MEC aguardando parecer. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que no CNS havia doze pedidos de parecer relativos a cursos de Psicologia e Odontologia e, no MEC, 66 pedidos em relação a cursos de Medicina. Explicou que os 66 cursos já haviam passado pelo CNS e foram encaminhados ao MEC com parecer inexistente. A representante da UNE, **Denise Dornelles**, sugeriu que o CNS solicitasse ao MEC a disponibilização dos 66 cursos que aguardavam parecer a fim de que os conselheiros tivessem conhecimento. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** destacou novamente não havia mais quorum para deliberação, assim, o Plenário deveria definir o que fazer naquele momento. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** destacou que era possível tomar decisão em virtude da falta de quorum para deliberação. Assim, sugeriu que o debate fosse remetido à CIRH/CNS e que o tema fosse retomado na próxima reunião do CNS. Conselheira **Raquel Rigotto** sugeriu que a mesa sintetizasse as propostas dos conselheiros e as apresentasse na próxima reunião do CNS para deliberação. Encaminhando, Conselheira **Fernanda Lopes** também registrou a proposta de criação de câmara intersetorial para discutir o tema. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou a seguinte proposta: **suspender o debate por falta de quorum; e remeter o tema à discussão da CIRH/CNS, utilizando como subsídio a síntese do debate. A Comissão deverá apresentar o resultado do debate na próxima reunião do CNS para deliberação do CNS. A proposta foi aprovada.** Conselheiro **José Carlos de Moraes** solicitou que o item não fosse incluído nos informes, dada a sua complexidade. Devido ao adiantado da hora, não foi possível discutir os demais itens dos informes, indicações e expediente, assim, acordou-se que seriam enviados à Mesa Diretora do CNS para definição. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, deu-se por encerrada a 170ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Artur Custódio M. de Souza, Cândida Maria Bittencourt Carnevalheira, 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 de Rocha Carnevalheiro, José Marcos de Oliveira, Lérida Maria dos Santos Vieira, Lígia Bahia, Moisés Goldbaum, Néventon R. Vargas, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Sílvia Fernanda Martins Casagrande, Sílvia Marques Dantas, Valdirlei Castagna, Vânia Glória Alves de Oliveira, Volmir Raimondi e Zilda Arns Neumann. Suplentes: Armando Martinho Bardou Raggio, Armando Tadeu Guastapaglia, Cleuza de Carvalho Miguel, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz Eliotério, Geusa Maria Dantas Lélis, José Carlos de Moraes, José Eri Medeiros, Juarez Pires de Souza, Lílían Alicke, Noemy Yamaguishi Tomita, Ronald Ferreira dos Santos, Rosane Maria Nascimento da Silva e Valdenir Andrade França.**