



2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

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 participou do II FSMS, na condição de convidada, tendo acompanhado o Fórum de Coalizão 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

57 africano. Também chamou a atenção para a presença imperialista nos países africanos e a
58 necessidade de cuidado na transferência de conhecimento e intercâmbio de experiência para que não
59 houvesse essa postura do Brasil. A coordenadora de comunicação do CNS, **Alessandra Ximenes**,
60 ressaltou estes pontos da agenda política do Fórum Social Mundial da Saúde: consenso sobre a
61 realização de conferência internacional, em julho de 2008, no Brasil, para discutir os “Sistemas
62 Universais, Integrais e Equitativos de Saúde”, marcando os 20 anos do SUS; e construção de agenda
63 de cooperação do Brasil com a África e a realização de campanha mundial pelo direito dos povos à
64 saúde e aos serviços sanitários. Citou ainda aspectos tratados na oficina: a reforma sanitária brasileira,
65 garantia da participação da comunidade na Constituição Brasileira; participação expressa através dos
66 conselhos de saúde e conferência; o que são conselhos de saúde e conferências; e a necessidade de
67 continuar aprimoramento os espaços de efetivação da sociedade, através dos conselhos de saúde.
68 Disse que no FSMS destacou-se a saúde da mulher e os altos índices de AIDS na África. Sinalizou o
69 reconhecimento da experiência do Brasil de construção do SUS e de espaços de participação popular,
70 por meio dos conselhos de saúde e conferências de saúde. Salientou o apoio do Governo Lula à
71 delegação brasileira, inclusive com disponibilização de aeronave da FAB e pontuou o interesse do
72 governo em implementar as orientações e sugestões do Fórum Social Mundial e Fórum Social Mundial
73 de Saúde. Por fim, avaliou como positiva a participação do CNS na delegação do Brasil e informou que
74 outras áreas solicitaram, nos próximos Fóruns, maior participação dos conselhos de políticas públicas
75 na delegação brasileira. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que,
76 atendendo à solicitação do Comitê do Fórum Social Mundial, o Ministério da Saúde, através de
77 convênio, disponibilizou o montante de R\$ 150 mil para contribuir nas atividades do VII Fórum Social
78 Mundial. Com a chegada do Ministro de Estado da Saúde, o Presidente do CNS agradeceu as
79 expositoras e suspendeu a discussão do tema que retornaria à pauta posteriormente. Na seqüência, o
80 Presidente do CNS passou a palavra ao Ministro de Estado da Saúde, **José Agenor Álvares da Silva**,
81 para considerações gerais e análise de conjuntura. **ITEM 1 – ANÁLISE DE CONJUNTURA – O**
82 **Ministro de Estado da Saúde, José Agenor Álvares da Silva**, fez uso da palavra, manifestando-se
83 nos seguintes termos: “Bom dia senhoras e senhores conselheiros do Conselho Nacional de Saúde.
84 Eu peço desculpas pelo atraso. Gostaria de aproveitar esse espaço que o Conselho oferece ao
85 Ministro da Saúde para trazer quatro pontos que considero importante para que o Conselho tome
86 conhecimento e reflita sobre eles e não vou fazer uma análise de conjuntura como está colocado na
87 pauta. São quatro pontos importantes que dizem respeito ao Conselho Nacional de Saúde e ao nosso
88 Sistema Único de Saúde. O primeiro refere-se à 13ª Conferência Nacional de Saúde que está em
89 discussão e já existe uma pré-agenda aprovada neste Conselho. Os dirigentes do Ministério da Saúde,
90 atendendo a minha solicitação, fizeram uma reunião para discutir a Conferência Nacional de Saúde. Eu
91 sei que este tema será tratado amanhã e os nossos conselheiros que representam o Ministério da
92 Saúde poderão manifestar-se. O Conselheiro Antônio Alves fez uma síntese da reunião que poderá ser
93 apresentada ao Plenário. Nós resolvemos convocar essa reunião para discutir a Conferência, porque
94 consideramos importante, eu, pessoalmente, considero que a Conferência é importante não só para o
95 Controle Social. Ela é tão ou mais importante para o gestor. E nós tivemos a oportunidade de fazer um
96 paralelo com as outras conferências. A Conferência é importante se tirarmos uma agenda positiva de
97 trabalho, a exemplo do que fez a 8ª Conferência – definiu uma agenda política e organizativa e a ela se
98 engajaram todos os representantes da sociedade civil, mesmo aqueles que dela não participaram. Não
99 sei se vocês se lembram, mas, à época, alguns segmentos da sociedade civil não quiseram participar
100 da Conferência, mas posteriormente, diante da agenda política e sua repercussão, tanto no seio da
101 sociedade civil quanto no Congresso Nacional, todos os entes e os representantes de todos os
102 segmentos que direta ou indiretamente possuíam algum interesse na saúde tiveram que participar ou
103 por aproximação própria ou até a reboque – se não participassem iriam perder o “trem” da história e
104 perder a oportunidade de expressar os seus interesses. Então, nós tivemos essa discussão, foram
105 várias conversas, pois tivemos um dia todo de reunião. Inclusive, tiramos lições das últimas
106 conferências, a 13ª é uma conferência importante, é emblemática para todos nós, pois estamos
107 completando a maioria da 8ª Conferência. Isso é importante para nós até para que possamos
108 avaliar quais foram os avanços de 21 anos da 8ª Conferência, os avanços de dezessete anos da Lei
109 nº. 8.080/90 e, principalmente, quais são os principais desafios que nós teremos...*interrupção na*
110 *gravação...*tem um compromisso institucional firmado com a convocação das conferências e tem
111 interesses nas conferências. Assim como têm interesses os gestores estaduais, os gestores
112 municipais, os trabalhadores da saúde, os usuários, as várias entidades que têm delegação de
113 representar outras entidades aqui no Conselho. Então, nós queremos ter uma participação pró-ativa na
114 Conferência e queremos debater com o Conselho as nossas posições e opiniões, como sempre
115 dizíamos. Nós não temos que ter nenhum receio de explicitar qualquer divergência se por ventura ela
116 existir. Essa é característica máxima do Sistema Único de Saúde: explicitar as divergências para
117 construir na convergência e para qualificar cada vez mais o Sistema. Então, esse é o primeiro ponto.

118 Nós fizemos uma reunião durante uma manhã inteira e discutimos muito e tivemos também dentro da
119 equipe do governo pontos divergentes e tenho certeza que a síntese do Conselheiro Antônio Alves fará
120 o resgate dos convergentes para discutir aqui. Uma outra informação que gostaria de dividir com os
121 conselheiros refere-se à saúde pública. Trata-se de uma preocupação que tivemos, há duas ou três
122 semanas, em relação à influenza aviária, a chamada “gripe do frango”. Em outubro de 2005, o
123 Presidente da República baixou um decreto em função das notícias divulgadas e a captação de
124 informações sobre o avanço da gripe aviária em algumas regiões da Ásia e a migração para algumas
125 regiões para Europa. Esse decreto colocou sob a responsabilidade do Ministério da Saúde a
126 coordenação do trabalho de preparação do país para eventualidade do que os epidemiologistas
127 chamam de pandemia. São vários ministérios que integram um grupo e, recentemente, eu solicitei ao
128 nosso coordenador que convocasse esse grupo e fizemos uma reunião na semana passada para fazer
129 verificações por duas razões. A primeira dela, é que, de novo, a imprensa internacional trouxe
130 problemas da influenza e chamou a atenção o tratamento que a imprensa internacional deu a isso.
131 Uma granja na Inglaterra, maior produtora de frango da Europa, teve toda a produção interdita,
132 todas as aves abatidas e esse fato passou como se fosse uma questão normal, talvez, porque ocorreu
133 em um país de primeiro mundo, em uma das chamadas “economias do G7”. Com certeza, se fosse no
134 nosso país, o fato se tornaria um escândalo internacional e provavelmente, todas as aves do país,
135 sejam de granja ou não, estariam condenadas a serem abatidas. Em segundo lugar, chamou a
136 atenção, o fato de ter sido identificado, na África, um caso da influenza em aves. Esse fato nos chamou
137 a atenção porque, pela primeira vez, a relação Norte – Sul e Sul – Norte mudou para relação Leste –
138 Oeste e esse é um motivo de preocupação para todos nós que trabalhamos com saúde pública. Se
139 chegou na África, temos que ter preocupação e esta foi externada por todos os representantes dos
140 ministérios que participam conosco. Inclusive, reafirmou a necessidade de integração do que nós
141 chamamos de “centro de operação de comandado e controle”, que é uma sala de situação que tem
142 dez ministérios e é coordenado e tem a retaguarda do Ministério da Defesa para que se faça a
143 interligação de todas as salas de situação e para cada informação que qualquer sala de situação possa
144 captar dentro do interesse de negócio daquele Ministério seja transmitida e analisada. O Ministério da
145 Saúde tem o CIEVS que é um Centro de Informação Estratégia em Vigilância em Saúde, que funciona
146 24 horas por dia, parte como plantão com telefone. Eu até gostaria de convidar os conselheiros a
147 visitar a sala, que está na sobreloja. É uma sala de situação que capta informações de todos os
148 problemas de saúde notificados no Brasil e no mundo. Igual a ela, só há três no mundo e não é
149 ufanismo. Só há na OMS, nos Estados Unidos e no Canadá. A sala dos Estados Unidos é maior que o
150 prédio do Ministério da Saúde com computador ligado a todos os países do mundo. Essa sala é
151 importantíssima para nós e é retaguarda para todas as outras. Eu estou trazendo essa informação,
152 porque nós vamos fazer algumas ações pós-carnaval. O nosso pessoal está trabalhando em algumas
153 ações. Em função disso, nós vamos fazer algumas simulações para ver como estão estruturados os
154 nossos serviços, se houver a possibilidade de chegar um caso de influenza, como os nossos serviços
155 estão preparados. Nós vimos a simulação da Argentina e nos chamou a atenção para uma série de
156 problemas. Na Argentina, simularam que uma pessoa estava com a possibilidade da gripe e ao chegar
157 ao hospital, na emergência, a pessoa ficou transitando tranqüila. Essas são as questões que nós
158 temos que estar atentos. Nós temos que estar atento para ver se os nossos hospitais, que são
159 referência para essa área estão bem dotados, estão bem capacitados, se os treinamentos que nós
160 estamos fazendo, se a preparação dos nossos portos e aeroportos está bem avançada, se a
161 preocupação com todos os trabalhadores de todas as entidades que trabalham nos portos e
162 aeroportos estão bem qualificados e estruturados, se a remoção de uma pessoa que possa chegar ao
163 aeroporto de Cumbica, de Salvador ou de Recife que venha de alguma região que apresente algum
164 sintoma disso, qual seria o procedimento. Então, seria fazer isso. Gostaria de trazer isso para vocês,
165 porque muitas vezes nós teremos que, dentro da interface de representatividade, discutir com outros
166 setores. E na área da saúde é mais fácil por duas razões. Primeiro, porque é mais organizado e
167 segundo, na organização internacional, para fazer qualquer tipo de simulação é preciso comunicar com
168 quinze ou vinte dias de antecedência e daí a simulação se perde. Nós vamos fazer a simulação e não
169 vamos avisar onde, nem quando, nem como. Então, essa era uma questão que eu gostaria de dividir
170 com todos vocês. A segunda é em relação à dengue. Em alguns estados nós presenciamos um
171 aumento do número de casos. O Ministério da Saúde tem discutido com as autoridades locais, tanto
172 dos estados quanto dos municípios, a intensificação das ações de controle. E aí é importante o apoio
173 do Conselho Nacional de Saúde até que possamos ter uma interface maior com os demais conselhos,
174 porque nós sabemos que a atuação isolada do agente de saúde e do governo não é suficiente. Se nós
175 não tivermos a adesão da população de aquiescer para que as ações sejam feitas, para que o
176 domicílio seja controlado, nós não vamos conseguir avançar no controle da dengue. O tempo, as
177 chuvas constantes, a reação da população, tudo isso tem feito os casos de dengue aumentar. Estamos
178 iniciando em várias regiões um processo de tele marketing para informar a população sobre o que é a

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

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

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

423 estamos juntos e vamos marchar nessa, principalmente porque nós temos muitos Estados
424 regulamentando, de forma que as ações de saúde são minoritárias em relação à regulamentação que
425 existe. Isso é argumento forte. Nós do governo federal não temos que ter medo da regulamentação.
426 Acho que há muitos estados jogando a culpa no Ministério por não ter regulamentação, porque eles
427 sim colocam a saúde como um aspecto minoritário nessa regulamentação.” Na seqüência, foi aberta a
428 palavra aos inscritos para o segundo bloco de intervenções. Conselheiro **José de Rocha Carneiro**
429 elogiou a disposição do Executivo de participar de forma mais ativa da 13ª Conferência Nacional de
430 Saúde e desejou que os gestores das demais esferas se somassem ao processo de organização desta
431 Conferência. Também cumprimentou o Ministério da Saúde pelas ações de enfrentamento de eventual
432 epidemia de influenza aviária, com destaque para atuação da sala de situação e a relação estreita
433 deste com o Ministério da Agricultura. Além disso, louvou a iniciativa do Ministro da Saúde de discutir
434 os impactos dos planos econômicos sobre a saúde. Por outro lado, manifestou a sua preocupação a
435 respeito de determinadas propostas de ampliar a vigilância de pessoas e solicitou a manifestação do
436 Ministro da Saúde. A respeito da vacina do vírus pandêmico, explicou que estava incluída no Projeto
437 Inovacinas, aprovado pelo Ministro da Saúde por meio de Portaria e lançado na semana anterior por
438 decreto do presidente da República como parte da política industrial biotecnológica. Por fim, registrou o
439 seu protesto em relação ao contingenciamento do orçamento da saúde. Conselheira **Raquel Rigotto**
440 cumprimentou a todos e saudou o Ministro da Saúde pela iniciativa de discutir os impactos na saúde
441 dos planos de desenvolvimento e crescimento econômico. Nessa linha, informou que o CNS, na
442 reunião ordinária de janeiro de 2007, aprovou moção sobre as relações entre desenvolvimento e
443 ambiente em torno dos procedimentos de licenciamento ambiental. Assim, destacou que o Ministério
444 da Saúde deveria definir como contingenciar os impactos do Pacto sobre a saúde. O Presidente do
445 CNS, **Francisco Batista Júnior** aproveitou a oportunidade para comunicar a presença e dar boas-
446 vindas ao novo representante da Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes
447 (FENAD), Conselheiro **Raimundo Sotero**. Conselheiro **Raimundo Sotero** informou que a FENAD
448 trabalhava com educação em diabetes desde 1974 e o objetivo da Federação era somar esforços às
449 ações do CNS. Conselheiro **Ricardo Souza Heinzemann** cumprimentou a todos e registrou a sua
450 insatisfação com o contingenciamento de R\$ 3,5 bilhões do orçamento da saúde, o que evidenciava a
451 clara manifestação do governo em preservar os lucros do setor financeiro em detrimento da saúde da
452 população. Também aproveitou a presença do Ministro da Saúde para colocar a posição do movimento
453 estudantil em relação à Portaria nº. 147, de 2 de fevereiro de 2007, que dispõe sobre novas normas
454 para autorização de cursos de Direito e Medicina. Disse que o movimento estudantil, a princípio, temia
455 que a Portaria levasse ao esquecimento o acúmulo de debate sobre a abertura de todos cursos na
456 área da saúde e não somente medicina. Nesse sentido, solicitou ao Ministro da Saúde que levasse ao
457 Ministério Educação a preocupação com o impacto da abertura indiscriminada de novos cursos na
458 área da saúde. Também registrou pesar pelo assassinato de um servidor público dentro da Secretaria
459 de Saúde de Salvador ocorrido em um contexto de terceirização da saúde em Salvador. Com isso,
460 reforçou a necessidade de o CNS aprofundar o debate sobre a terceirização dos serviços e da gestão
461 e de o Ministério da Saúde apropriar-se da discussão que se passa dentro da Secretaria de Saúde de
462 Salvador. O Presidente do CNS informou que no dia seguinte seria feito o debate da Portaria nº.
463 147/07. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que a coordenadora da CIRH/CNS fosse
464 chamada a participar do debate da Portaria nº. 147/07. Conselheira **Maria Izabel Silva** também
465 registrou descontentamento com o contingenciamento de R\$ 3,5 bilhões do orçamento da saúde e
466 chamou a atenção para necessidade do empenho do governo para buscar formas alternativas para
467 recompor esse valor. O Ministro de Estado da Saúde, **José Agenor Álvares da Silva**, comentou esse
468 bloco de intervenções manifestando-se nos seguintes termos: “Esse último bloco foi mais de
469 comentários. Eu vou resgatar essa questão do contingenciamento. Contingenciamento não significa
470 corte. O Ministério da Saúde não teve corte de recursos. O que houve foi que, do orçamento aprovado
471 pelo Congresso Nacional para 2007, R\$ 3,5 bilhões do Ministério da Saúde não poderão ser utilizados
472 agora. Parte deles não causa impacto para nós, principalmente, porque são despesas que só se
473 concretizam no orçamento do Ministério da Saúde no segundo semestre. Então, eu queria deixar claro:
474 não houve corte, simplesmente algumas das despesas vão ter que ser reprogramadas para que
475 possam acontecer a partir do segundo semestre. Em segundo lugar, o mais importante para nós hoje
476 que é a questão do custeio e a consolidação de algumas políticas, por exemplo, atenção básica,
477 absolutamente nada terá impacto negativo na atenção básica. Foi o segmento do orçamento que mais
478 cresceu e está absolutamente preservado. As políticas de média e alta complexidade nada tiveram de
479 impacto negativo. Então, nenhuma das nossas políticas tem impacto negativo. Não vai ter nenhum
480 processo de descontinuidade das nossas políticas. E o exemplo que eu dei foi esse. Nós estamos com
481 a portaria pronta e estávamos apenas esperando o Presidente da República sancionar o orçamento
482 porque, ao ser fechado no Congresso Nacional, continha alguns erros técnicos que atrasou o envio do
483 orçamento para o Executivo e nós estávamos apenas esperando para que pudéssemos publicar isso,

484 inclusive com impacto no orçamento desse ano em torno de R\$ 65 milhões para unificação da tabela.
485 No total do ano, R\$ 137 milhões. Essa é uma política que discutimos no ano passado e estamos
486 fechando agora. Esperava apenas o orçamento de 2007 para fazer. Então, novamente, não é corte.
487 Por exemplo, a conferência, naquela responsabilidade que o Ministério da Saúde tem de apoiar
488 financeiramente a conferência não tem nenhum impacto. Então, não é corte. O governo precisa de um
489 espaço fiscal para fazer com que ele possa implementar o Plano de Aceleração do Crescimento. Além
490 disso, o impacto negativo que possa ter na saúde, nós abrimos espaço para ter essa discussão que foi
491 garantido ontem por todos os ministros e nós inclusive já marcamos reunião para fazer isso. Então,
492 pode ficar tranqüila conselheira, não tem nenhum problema de corte de recursos no orçamento do
493 Ministério da Saúde. Esse não é o compromisso do Presidente da República. O orçamento do
494 Ministério da Saúde hoje é limpo, tranqüilo, só ações de saúde, pela primeira vez, desde 2000 não têm
495 nenhuma ação que não seja ação ou serviço de saúde no orçamento do Ministério da Saúde. Esse é o
496 compromisso do governo, o compromisso do Presidente e esse sempre foi o apoio que ele deu na área
497 da saúde. Evidentemente, não vou tentar convencê-los de que não deva ter essas preocupações, nem
498 que façam moções de protesto. Nas reuniões que eu tenho participado com o Presidente da República,
499 com os ministros da área econômica e outros ministros nunca me foi retirado o direito de levar essas
500 preocupações, inclusive esta que eu disse que seria um impacto muito grande e eu disse que iria
501 comunicar isso ao Conselho, que era minha obrigação. Por isso, eu insisto, o “PAC da saúde” é a
502 Emenda Constitucional nº. 29 e o nosso PAC maior da área social é a integração de todas as políticas
503 sociais para uma que dê mais respaldo e impacto para a população como um todo. O orçamento de
504 2007, conselheiro Ricardo, ficou tranqüilo porque ao final do ano passado nós pudemos fazer uma re-
505 alocações de recursos para aquilo que o Congresso Nacional discutiu sobre o orçamento da saúde
506 tivesse um impacto negativo e nós conseguimos fazer isso. Então, não tem problemas, a Emenda
507 Constitucional nº. 29 vai ser cumprida nesse ano, no ano passado foi cumprida e nós utilizamos um
508 pouco mais. Eu reafirmo: a Emenda nº. 29 vai ter mais impacto nos governos estaduais e alguns
509 governos municipais. E aí nós temos que estar preparados para discutir isso. O conselheiro
510 Carvalheiro já havia manifestado a mim a preocupação sobre a Conferência Nacional de Saúde. Na
511 questão da vigilância em saúde, eu recebi uma moção da ABRASCO e de alguns segmentos sobre
512 aquele projeto. Ele é o projeto que está em discussão. Acho que nós não podemos fingir que as
513 questões não estão acontecendo. Como o Ministério da Saúde é um governo transparente e
514 democrático, então, vamos discutir. Os argumentos que forem melhor, nós vamos trabalhar no sentido
515 de aperfeiçoar aquela legislação que foi construída numa época que não havia nenhum ambiente
516 democrático e vale até hoje e como é lei nós podemos utilizar, então, qual é a postura do Ministério? É
517 não utilizar instrumentos que foram instituídos em momentos de obscurantismo e repressão. Nós
518 queremos é discutir e democraticamente nós vamos discutir e eu tenho certeza absoluta que a
519 comunidade da ABRASCO, os trabalhadores, os profissionais de saúde de uma maneira geral, os
520 gestores, nós vamos poder discutir isso. O que nós não podemos é achar que o direito individual seja
521 mais importante que o direito coletivo. O que nós não podemos achar é que a atitude irresponsável de
522 alguém possa, de alguma forma, comprometer a saúde de toda a coletividade e discutir quais são as
523 formas melhores de fazer isso nós estamos sempre abertos. O que eu posso dizer a você conselheira
524 Raquel é que essa preocupação, pelo menos no que temos discutido com o Ministério do Meio
525 Ambiente, ela está presente lá também. Nós temos uma pauta sempre, em todos os momentos em que
526 tem uma interface saúde e meio ambiente nós estamos discutindo isso de uma maneira muito tranqüila
527 com o Ministério do Meio Ambiente. A própria política nacional de biotecnologia demonstrou isso
528 quando foi lançada na semana passada pelo Presidente da República e eu não tenho dúvida nenhuma
529 que o processo de descentralização que possa estar previsto nós temos que discutir e ver qual é o
530 melhor e como aperfeiçoar. Quando nós começamos a discutir a descentralização na saúde, a maior
531 parte do movimento era contrária à descentralização e hoje nós sabemos que muitos rumos têm que
532 ser corrigidos, mas nós temos certeza que hoje se nós não tivéssemos a descentralização na saúde o
533 atendimento à população seria muito pior. É evidente que são momentos diferentes, que são questões
534 diferentes, são interesses diferentes. E é isso que nós temos que discutir e do ponto de vista do
535 Ministério da Saúde não temos dúvida nenhuma que as nossas estruturas, os nossos técnicos estarão
536 sempre prontos a levar essa discussão e colocar com tranqüilidade as posições. Tudo aquilo que for
537 interferência no meio ambiente que seja prejudicial à saúde e ao nosso ecossistema, que seja
538 prejudicial às pessoas, eu acho que temos que unir esforços no sentido de nos opor, esse é
539 compromisso que temos e devemos defender. Bem, era isso. Gostaria de agradecer a todos pela
540 atenção e amanhã eu tenho uma reunião com o Presidente Júnior. Na próxima reunião, o Ministro da
541 Saúde estará aqui. Obrigado”. Conselheira **Daniela Batalha Trettel** apresentou o seguinte
542 encaminhamento ao Plenário do CNS: elaborar minuta de moção de repúdio ao contingenciamento de
543 R\$ 3,5 bilhões do Orçamento da Saúde, a fim de marcar posição do CNS sobre esse problema. O
544 Presidente do CNS perguntou se havia posição contrária à proposta. Conselheiro **Antônio Alves de**

545 **Souza**, na condição de representante do governo e com o entendimento de que contingenciamento
546 não era corte de recursos, registrou manifestou contrária à proposta. Os conselheiros **Moisés**
547 **Goldbaum** e **José Carlos de Moraes** também se manifestaram contrários à proposta. Conselheira
548 **Raquel Rigotto** sugeriu que a moção sinalizasse a necessidade de o Ministério da Saúde participar da
549 discussão do PAC no sentido de que garantisse a promoção da saúde e não trouxesse novos riscos.
550 **Após essas considerações, o Presidente do CNS colocou em votação a proposta, que foi**
551 **aprovada por ampla maioria. O texto da moção de repúdio ao contingenciamento de R\$ 3,5**
552 **bilhões do Orçamento da Saúde deveria ser elaborado e submetido à apreciação do Plenário.**
553 Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sugeriu que o CNS solicitasse ao governo a apresentação do
554 PAC, entendendo que este poderia ter impacto na saúde. O Presidente do CNS, Conselheiro
555 **Francisco Batista Júnior**, informou que solicitou audiências com o Parlamento no sentido de discutir
556 o financiamento, incluindo a questão do PAC. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** propôs que o
557 CNS convidasse o Presidente da República para apresentar o PAC ao Pleno do CNS. Conselheira
558 **Raquel Rigotto** solicitou que fossem convidadas a participar da discussão do PAC no CNS
559 representações da SVS/MS, ANVISA e CGVAN. **O Presidente do CNS solicitou que as sugestões,**
560 **em relação ao debate do PAC, fossem enviadas à Mesa Diretora.** Devido ao adiantado da hora, a
561 apresentação da Política Nacional de Regulação foi adiada para o período da tarde. Na seqüência, foi
562 aberta a palavra ao Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** para apresentação de proposta de moção
563 de apoio à Portaria do Ministério da Saúde nº. 1.851/06, elaborada pela CISAMA/CNS. Inicialmente,
564 falou da regulamentação sobre a utilização do amianto, destacando a Lei nº. 1.851, de 18 de agosto de
565 2006, que aprova procedimentos e critérios para envio de listagem de trabalhadores expostos e ex-
566 postos ao asbesto/amianto nas atividades de extração industrialização, utilização, manipulação,
567 comercialização, transporte e destinação final de resíduos. Considerou ainda que a suspensão da
568 eficácia da mesma, por mandado de segurança impetrado por dezessete empresas produtoras de
569 amianto, representava um retrocesso para as ações de promoção da saúde no Brasil e uma clara
570 tentativa de manter invisíveis os dados dos doentes. Diante disso, submeteu à apreciação e
571 deliberação do Plenário a proposta de moção de apoio à Portaria do Ministério da Saúde nº. 1.851/06,
572 recomendando total empenho de seus dirigentes e assessoria jurídica para que prevalecesse o texto
573 original da Portaria, nos termos em foi aprovado em agosto de 2006. **Concluída a apresentação, o**
574 **Presidente do CNS colocou em votação a moção, que foi aprovada por unanimidade.** Definido
575 esse ponto, o Presidente do CNS consultou o Plenário sobre a possibilidade de dar continuidade à
576 pauta, com apresentação da Política Nacional de Regulação no período da manhã e debate após o
577 intervalo. O Plenário acatou a proposta. Assim, Conselheiro **Wander Geraldo da Silva**, da Mesa
578 Diretora do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos com o auxílio da Conselheira, **Carmen Lúcia**
579 **Luiz**, da Mesa Diretora do CNS, e, de imediato, passou ao item 2 da pauta, convidando para
580 apresentação do tema o Coordenador Geral de Regulação e Avaliação do DERAC/SAS/ MS,
581 **Francisco Troccoli. ITEM 2 – POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO** - O Coordenador Geral de
582 Regulação e Avaliação do DERAC/SAS/ MS, **Francisco Troccoli**, de início, cumprimentou a todos e
583 agradeceu a oportunidade de apresentar ao CNS a Política Nacional de Regulação. Primeiramente,
584 explicou que a regulação era entendida como uma das macrofunções da gestão, a partir de três
585 dimensões: regulação sobre sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; e regulação do acesso
586 à assistência. Explicou que a regulação sobre sistemas era vista como uma função de gestão que
587 contemplava atuação sobre os sistemas de saúde, sobre a produção direta das ações nos diversos
588 níveis de complexidade e sobre o acesso dos usuários à assistência nesses níveis, tendo por ações
589 principais: regulamentação geral; controle sobre sistemas; avaliação dos sistemas; regulação da
590 atenção à saúde; auditoria; ouvidoria; controle social; vigilância sanitária; ações integradas com outras
591 instâncias de controle público; e regulação da saúde suplementar. Em relação à regulação da atenção
592 à saúde, explicou que se dirigia a prestadores de serviços de saúde e os principais sujeitos dela eram
593 os gestores das diferentes esferas, compreendendo as seguintes ações: contratação; regulação do
594 acesso à assistência; avaliação da atenção à saúde; auditoria assistencial; e controle assistencial:
595 cadastros (estabelecimentos, profissionais e pessoas), habilitação de prestadores, programação
596 orçamentária por estabelecimento, entre outros. A respeito da regulação do acesso à assistência,
597 responsável por intermediar a necessidade do usuário com a oferta do serviço, destacou que
598 compreendia: Atenção Básica resolutive; encaminhamentos responsáveis e adequados (PDR e PPI);
599 protocolos assistenciais ; e complexos reguladores: Centrais de regulação de urgência, Central de
600 regulação de leitos, Central de regulação de consultas e exames, Central Nacional de Regulação da
601 Alta Complexidade. Acrescentou que, nesse primeiro momento, a Política focava-se na dimensão da
602 regulação do acesso, que era vista como uma função de gestão através da qual se buscava promover
603 a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta
604 assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna
605 e racional. A partir dessas dimensões, explicou que os objetivos da Política de Regulação eram:

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

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

728 colocada pelo ex-Ministro da Saúde Humberto Costa, estava vinculada aquele momento a um projeto
729 de lei, que tramitava no Congresso Nacional, que havia sido arquivado por inconstitucionalidade.
730 Assim, foi trazido para discussão do Pacto de Gestão o termo de responsabilidade dos gestores.
731 Destacou que havia o termo chamado de ajuste sanitário, nos moldes dos termos de ajuste de conduta
732 do Ministério Público, para efeito de encaminhamento de soluções para problemas de dificuldade de
733 estruturação, de organização e correção de irregularidades. Também destacou que era preciso discutir
734 a divisão de estrutura ainda preservada por posição das comunidades indígenas de as ONGs
735 operarem sistemas, pois essa formatação produzia desvios, inconsistências e duplicidade do processo
736 de organização da atenção e da assistência, posto que essas organizações não se integravam com o
737 sistema municipal. Saliu ainda que o volume de recursos para a política de atenção aos povos
738 indígenas era significativo na ordem de R\$ 12 milhões/mês para atenção básica e um conjunto de
739 hospitais recebia recurso a mais para garantir a assistência a essa população. Todavia, enfrentava-se
740 dificuldades de organização de fluxo e de demandas por conta da forma de estruturação do
741 subsistema de saúde indígena no âmbito dos municípios. Também ressaltou que o documento integral
742 da Política tratava das agências e a interface com outros órgãos reguladores que atuavam sob o SUS.
743 Chamou a atenção para o fato de as pesquisas não terem interferência no processo de organização
744 assistencial, posto que era objeto de outra natureza. Além disso, informou que foi constituída comissão
745 do Ministério da Saúde para avaliar a incorporação de tecnologia pelo SUS a fim de subsidiar decisões
746 do Ministro da Saúde. Ressaltou que a regulação trataria da capacidade ofertada e fluxo de
747 organização e não regularia o desenvolvimento da tecnologia. Por fim, comentou sobre o Cartão SUS
748 informando que a estratégia de cadastro e desenvolvimento do Cartão ficou vinculada a um conjunto
749 de estratégias – captura da informação e validação. Disse que, atualmente, o banco de dados possuía
750 110 bilhões de cadastro de duplicação e o Ministério da Saúde estava saneando essa base de dados
751 para que a informação fosse utilizada com efetividade. Destacou que todos os procedimentos com
752 autorização de alta complexidade eram regulados através da identificação do usuário – transplante,
753 hemodiálise, entre outros. O Coordenador Geral de Regulação e Avaliação do DERAC/SAS/ MS,
754 **Francisco Troccoli**, destacou que, apesar da dificuldade, a Política de Regulação se propunha a
755 trabalhar o conceito de regulação na área da saúde numa sociedade capitalista de mercado, iniciando-
756 se pela regulação do acesso à assistência. Saliu que a regulação passava por articulação com
757 agências reguladoras e das funções da gestão. Conselheiro **Rogério Tokarski** sugeriu que fosse
758 elaborada ferramenta que reunisse o conjunto de normas e leis de regulamentação do Ministério da
759 Saúde, a fim de facilitar o acesso a informações. Conselheira **Silvia Marques Dantas** perguntou se o
760 Controle Social teria acesso às informações geradas pelos sistemas. Também indagou se estados e
761 municípios também deveriam elaborar plano de regulação e se as instâncias de controle social
762 participavam da definição da capacitação e educação continuada das equipes gestoras estaduais e
763 municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo de regulação. Conselheira **Graciara**
764 **Matos de Azevedo** perguntou se o Sistema Nacional de Ouvidoria seria incorporado à Política de
765 Regulação e como se daria a auditoria da regulação. Conselheira **Fernanda Lopes** indagou se havia
766 intenção do Ministério da Saúde em ampliar a capacitação e educação continuada acerca da regulação
767 para conselheiros de saúde a fim de que entendessem melhor como ocorreria o processo de
768 regulação. Também solicitou que fosse comentado o sistema de regulação do Estado do Ceará. Em
769 resposta, o Coordenador Geral de Regulação e Avaliação do DERAC/SAS/ MS, **Francisco Troccoli**,
770 inicialmente destacou que essa gestão do Ministério da Saúde estava tentando fazer sistematização e
771 atualização das normas, entendendo que estas eram ferramentas fundamentais para regulamentação.
772 Informou que estados e municípios, ao aderirem ao Pacto de Gestão, comprometiam-se com a Política
773 de Regulação e que essa, definida e pactuada, era decidida pela Comissão Intergestora Bipartite.
774 Ressaltou que municípios e estados, para implementar a política regulatória e receber financiamento,
775 precisavam elaborar projeto de regulação, a ser aprovado na Bipartite e assinar o Pacto. Também
776 informou que o Ministério da Saúde avaliou o sistema de Fortaleza, contudo, para o processo
777 regulatório foi disponibilizado sistema (SISREG III), que visa construir base de dados e disponibilizá-la.
778 A propósito, registrou que não havia intenção de incorporar o Sistema Nacional de Ouvidoria, mas sim,
779 de trabalhar de forma conjunta. Para finalizar, informou que a capacitação de conselheiros não foi
780 pensada de imediato, mas poderia ser feita. Conselheiro **José Carlos de Moraes** explicou que a
781 Política definiu conjunto demarcado de ações de gestão, enquadrando-se auditoria, avaliação e
782 controle. Sobre a capacitação, explicou que a proposta voltava-se a equipes gestoras estaduais e
783 municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo de regulação, todavia, era possível
784 modular esse processo para atender o controle social. Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** solicitou
785 que houvesse a continuidade do debate a fim de tratar do impacto das pesquisas sob a regulação da
786 assistência. Feitas essas considerações, Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** passou ao
787 encaminhamento. Considerou que as intervenções dos conselheiros apontaram para aprovação da
788 Política, tendo sido apresentadas sugestões. Assim, após consultar o Plenário, **colocou em votação a**

789 **Política Nacional de Regulação, com as sugestões dos conselheiros, que foi aprovada por**
790 **unanimidade.** Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** agradeceu o Coordenador Geral de Regulação
791 e Avaliação do DERAC/SAS/MS, **Francisco Troccoli**, pela apresentação e a contribuição do
792 Conselheiro **José Carlos de Moraes** e encerrou a discussão. Na seqüência, o Presidente do CNS
793 convidou os representantes da COFIN/CNS para apresentação. **ITEM 3 – ORÇAMENTO DA SAÚDE**
794 **NO BRASIL – INFORMES DA COFIN/CNS** – A mesa foi composta pela Conselheira **Ana Cristhina de**
795 **Oliveira Brasil**, coordenadora interina da COFIN/CNS; e Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**.
796 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, utilizando-se de nova metodologia de apresentação,
797 submeteu à apreciação do Plenário do CNS os resultados da última reunião da COFIN/CNS, realizada
798 em 7 de fevereiro de 2007, que teve como pauta: **1)** resultado da reunião com a Mesa Diretora do
799 Conselho Nacional de Saúde; **2)** análise da execução orçamentária de 2006 e elaboração do relatório
800 para apresentação ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde; **3)** acompanhamento do Orçamento
801 2007; **4)** Matéria do Jornal “Valor Econômico”, de 2 de fevereiro de 2007, das reivindicações dos
802 governadores e Minuta da proposta dos Secretários Estaduais de Fazenda para substitutivo ao PL
803 001/2003; **5)** Oficina para conselheiros nacionais de saúde; e **6)** Seminário das COFINs Estaduais –
804 relato de experiências para a construção de metodologia para acompanhamento do Orçamento da
805 Saúde do Brasil. Sobre o resultado da Reunião com a Mesa Diretora do CNS, destacou os seguintes
806 consensos: **a)** a COFIN deve continuar a análise da execução orçamentária mensal com a qualificação
807 do nível de execução – adequado, regular ou inadequado – a partir da análise dos relatórios contábeis-
808 financeiros encaminhados pela SPO/MS, sendo que em um mês apresentaria os destaques como
809 informe na reunião plenária do CNS, enquanto que no mês seguinte a análise bimestral seria pauta de
810 discussão da reunião plenária do CNS; **b)** a análise da execução orçamentária completa, ou seja, os
811 relatórios contábeis-financeiros acrescidos dos Relatórios de Gestão preparados pelas Secretarias,
812 Autarquias, Fundações e Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde seria apresentada
813 trimestralmente como pauta de discussão da reunião plenária do CNS, nos termos estabelecidos pela
814 Lei 8.689/93 e pelo Decreto 1.651/95; **c)** as comissões temáticas do CNS devem analisar o impacto da
815 execução orçamentária sobre as políticas de saúde e as prioridades estabelecidas no Plano Nacional
816 de Saúde, a partir dos relatórios anteriormente citados; e **d)** a COFIN deve priorizar também o
817 acompanhamento do processo de elaboração e discussão do Plano Plurianual (PPA), da Lei de
818 Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária (LOA) e do Plano Nacional de Saúde, tanto no
819 âmbito governamental, quanto no legislativo, além do acompanhamento da tramitação do PLC 01/03
820 que regulamenta a EC nº. 29. Seguindo, lembrou que a Constituição de 1988 definiu um caminho para
821 se elaborar o Orçamento que prevê um conjunto de três leis interligadas e vinculadas entre si e que
822 compõem o chamado ciclo orçamentário: Plano Plurianual (PPA), Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei
823 de Diretrizes Orçamentárias (LDO). O PPA estabelece, para o período de quatro anos, diretrizes,
824 objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras destas decorrentes,
825 bem como para as despesas relativas aos programas de duração continuada. A LDO tem a finalidade
826 de estabelecer, para o período de um ano, metas e prioridades da administração pública, orientações
827 para elaboração da Lei Orçamentária Anual, alterações na legislação tributária, concessão de
828 vantagem ou aumento de remuneração, criação de cargos, admissão de pessoal, alteração de
829 carreiras e política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento. Além disso, salientou que
830 sob a ótica legal, a LDO estava prevista no artigo 165, inciso II, parágrafo 2º, da Constituição Federal e
831 devia ser elaborada e enviada ao Legislativo pelos respectivos governos executivos de cada esfera até
832 15 de abril de cada ano (art. 35, parágrafo 2º, II, ADCT), ou conforme determina cada Constituição
833 Estadual ou Lei Orgânica Municipal. No mais, salientou que a LOA, que na verdade era o próprio
834 Orçamento, devia ser elaborada pelo Executivo e enviada ao Legislativo em suas respectivas esferas
835 de governo federal e estadual (até 31 de agosto) e municipal (até 30 de setembro) de cada ano e
836 votada até 31 de dezembro do mesmo ano. Ressaltou que esses prazos legais deveriam ser
837 considerados na discussão do Plano Plurianual (PPA), da Lei Orçamentária Anual (LOA) e da Lei de
838 Diretrizes Orçamentárias (LDO). Apresentou cronograma da COFIN/CNS para 2007: **1)** janeiro -
839 informes da COFIN; **2)** fevereiro - pauta ordinária: discussão das funções e metodologia de trabalho da
840 COFIN; **3)** março - informes da COFIN e sugestão de pauta ao Plenário: LDO; **4)** abril - pauta ordinária:
841 relatório trimestral e Relatório de Gestão 2006; **5)** maio – informes da COFIN; **6)** junho - pauta ordinária
842 e sugestão de pauta ao Plenário: PPA; **7)** julho - informes da COFIN: relatório trimestral; **8)** agosto -
843 pauta ordinária e sugestão de pauta ao Plenário: LOA 2008; **9)** setembro - informes da COFIN; **10)**
844 outubro - pauta ordinária relatório trimestral; **11)** novembro - informes da COFIN; e **12)** dezembro -
845 pauta ordinária. Seguindo, falou da análise da Execução Orçamentária de 2006 e emissão do relatório
846 para apresentação ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde. Destacou que o relatório da COFIN de
847 fevereiro de 2007 apresentou a análise da execução orçamentário-financeira de 2006, bem como uma
848 proposta para que o Plenário do CNS deliberasse pela solicitação de encaminhamento do Relatório de
849 Gestão 2006 pelo Ministério da Saúde para subsidiar o processo de avaliação da execução

850 orçamentária, no contexto da prestação de contas anual, conforme prevê a Lei nº. 8.689/93 e Decreto
851 nº. 1.651/95. Lembrou que o artigo 12 da Lei nº. 8.689/93 que determina “O gestor do Sistema Único
852 de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde
853 correspondente e, em audiência pública, nas câmaras de vereadores e nas assembléias legislativas
854 respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre
855 o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem
856 como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.”
857 Além disso, citou os §§ 2º e 3º , artigo 6º do Decreto 1.651/95 que determina “ O relatório de gestão do
858 Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios
859 previstos na alínea “b” do inciso I deste artigo.” Explicou que, considerando que houve a deliberação
860 do Pleno do CNS, bem como que os Relatórios de Gestão estavam em fase de elaboração pelas
861 unidades do Ministério da Saúde, ficou definido que: as Secretarias, Autarquias, Fundações e o Fundo
862 Nacional de Saúde apresentariam na próxima reunião da COFIN (agendada para 28 de março) uma
863 síntese do Relatório de Gestão de cada área para posterior apresentação na reunião Plenária do CNS
864 do mês de Abril (no dia 13 ou 14). Para tanto, as Secretarias encaminhariam o relatório de gestão para
865 análise dos membros da COFIN até o dia 21 de março. A respeito do acompanhamento do Orçamento
866 2007, destacou que o Ministério da Saúde apresentaria trimestralmente um relatório de Gestão com a
867 Análise da Execução Orçamentária, devidamente detalhado nos termos do Art.12 da Lei nº. 8.689/93
868 combinado com os parágrafos 2º e 3º, Inciso II do Art. 6º do Decreto 1.651/95, para que a COFIN
869 fizesse a análise (conforme minuta de resolução a ser apreciada pelo Plenário). Além disso, a COFIN
870 manteria a análise das planilhas contendo o consolidado de programas e ações e por unidades do
871 Ministério da Saúde, para a avaliação da execução classificada como adequada, regular ou
872 inadequada para empenho e liquidação. Além disso, destacou que a COFIN/CNS solicitou à SPO/MS a
873 apresentação de uma avaliação das modificações resultantes da incorporação da Portaria nº. 204/07
874 do GM/MS para o acompanhamento da execução orçamentária de 2007 e 2008. Além disso, ressaltou
875 que a COFIN/CNS discutiu a Matéria do Jornal Valor Econômico, de 2 de fevereiro de 2007, que
876 dispõe sobre as reivindicações dos governadores junto ao governo federal visando ampliar as receitas
877 estaduais e a minuta da proposta dos Secretários Estaduais de Fazenda para substitutivo ao PL nº.
878 001/2003. Ressaltou que, entre as propostas apresentadas, três delas teriam impacto negativo na área
879 da saúde: **a)** repartição do CPMF para o financiamento da saúde de Estados e Municípios, o que já
880 ocorria, uma vez que mais de 70% do Orçamento do Ministério da Saúde era destinado para
881 transferências intergovernamentais; **b)** inclusão dos gastos com pessoal inativo da saúde, saneamento
882 básico e alimentação básica na definição de ações e serviços públicos de saúde prevista no PLC nº.
883 01/03, além de diminuir de 12% para 10% o percentual de aplicação dos estados; entre outras; e **c)**
884 criar a DRE – Desvinculação das Receitas dos Estados, que reduziria a base de cálculo para aplicação
885 dos percentuais mínimos a serem gastos com saúde. Para ilustrar, apresentou as projeções da
886 COFIN/CNS, com base dados de 2005, do impacto das referidas propostas no orçamento da saúde.
887 Conforme dados do Tesouro Nacional, em 2005, a União gastou na função R\$ 36,5 bilhões, os estados
888 R\$ 29,9 bilhões e os municípios R\$ 26,3 bilhões, resultando no total de R\$ 92,7 total. Assim, o impacto
889 das propostas dos governos e dos secretários da fazenda em 2005 seria R\$ 15,4 bilhões a menos no
890 orçamento da saúde (menos 16,6% do aplicado em 2005), sendo: DRE e redução do percentual de
891 12% para 10% - menos R\$ 6,7 bilhões; inclusão de saneamento da União, Estados e Municípios –
892 menos R\$ 5,5 bilhões; e inclusão do pagamento de aposentados da saúde da União – menos R\$ 3,2
893 bilhões. Seguindo, informou que foi acordada com a Mesa Diretora do CNS a realização de oficina
894 para conselheiros nacionais sobre “Orçamento da Saúde: Elaboração, execução e Controle”
895 (sugestão: dia 29 de março de 2007 no formato de reunião extraordinária do CNS), com o objetivo de
896 apresentar e discutir os mecanismos e normas que regem o processo orçamentário e financeiro. Além
897 disso, destacou que a COFIN sugeria a realização de Seminário das COFINs Estaduais programado
898 para o dia 12 de abril de 2007, com relato de experiências para a construção de metodologia para
899 acompanhamento do Orçamento da Saúde do Brasil. Concluída a apresentação, a Conselheira **Ana**
900 **Cristhina de Oliveira Brasil** destacou que o debate deveria centrar-se na apreciação da metodologia
901 de trabalho da COFIN/CNS; deliberação da minuta de resolução, determinando que o Ministério da
902 Saúde deveria apresentar relatório trimestral detalhado e relatório de gestão ao final do exercício; e
903 aprovação de texto da moção repúdio. Dito isso, abriu a palavra para considerações do Plenário.
904 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou a COFIN/CNS pela nova metodologia de
905 apresentação e apelou para que o CNS solicitasse reunião com o Presidente da República, para
906 discutir essas proposições que traziam prejuízos à saúde. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**
907 também saudou a Comissão pela nova metodologia de trabalho e destacou, em especial, a
908 importância da realização de oficina sobre execução orçamentária e financeira da saúde para os
909 Conselheiros do CNS. Também concordou com a proposta de cobrar do Ministério da Saúde a
910 apresentação do relatório de gestão de 2006. Contudo, discordou da proposta de aprovar resolução,

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

972 solicitando a apresentação do relatório trimestral detalhado com análise da execução orçamentária, do
973 relatório de gestão de 2006 e a Programação Anual de 2007. A respeito da moção de repúdio, sugeri
974 que o texto fosse apreciado no segundo dia de reunião, a fim de que houvesse tempo para
975 reformulação, a partir de sugestões. **A sugestão foi acatada.** Definido esse ponto, Conselheira **Ana**
976 **Cristhina de Oliveira Brasil** encerrou a discussão. A Secretária-Executiva do CNS aproveitou a
977 oportunidade para informar que estava pronto e ia ser enviado à gráfica para publicação o Caderno
978 das Resoluções do CNS – de 1990 a 2006. Dando continuidade à pauta, Conselheiro **Artur Custódio**
979 **M. de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e passou ao item 4 da
980 pauta. **ITEM 4 – POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA COM OSTOMIA** – Inicialmente, Conselheiro
981 **Artur Custódio M. de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, convidou para compor a mesa: Conselheira
982 **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira**; Sra. **Sheila Miranda**, Coordenadora da Área Técnica de
983 Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS; e Sra. **Kátia Maria Ratto**, Diretora Substituta do
984 departamento de Ações Programáticas/MS. Além disso, anunciou a presença da coordenadora da
985 CORDE/MJ e integrante do CONADE, **Izabel Maior**. Composta a mesa, passou a palavra à
986 Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS, **Sheila Miranda**,
987 para apresentação. Começando, a Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com
988 Deficiência/MS explicou que a Política de Saúde das Pessoas com Ostomia foi inserida na Política
989 Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, aprovada pelo CNS em 2000. Desse modo, passou a
990 considerações sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, contextualizando, com
991 dados censitários das pessoas com deficiência no Brasil. Explicou que, segundo Censo Demográfico
992 IBGE – 2000, 24,5 milhões de brasileiros apresentavam algum tipo de deficiência ou de incapacidade
993 (limitação para atividade), o que significava que 14,5 % da população brasileira beneficiam-se das leis
994 e dos programas relacionados à melhoria da qualidade de vida deste segmento. Ressaltou que a
995 Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência possuía por Fundamentação Legal a
996 Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde (nº. 8.080/90), a Lei nº. 3.298/1989, o Decreto nº.
997 3.298/1999, a Lei nº. 10098/2000 e o Decreto nº. 5296/2004. Disse que a Política Nacional de Saúde
998 da Pessoa com Deficiência tinha por propósito reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade
999 funcional e desempenho humano de modo a contribuir para a sua inclusão em todas as esferas da vida
1000 social, proteger a saúde da pessoa com deficiência e prevenir agravos que determinem o
1001 aparecimento de deficiências. Também destacou as diretrizes da Política: **1) promoção da qualidade**
1002 **de vida; 2) prevenção de deficiências; 3) assistência integral à saúde; 4) ampliação e fortalecimento de**
1003 **mecanismos de informação; 5) capacitação de recursos humanos; e 6) organização e funcionamento**
1004 **dos serviços.** A partir da diretriz da promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência,
1005 explicou se buscava assegurar a igualdade de oportunidades, a promoção de ambientes favoráveis à
1006 inclusão, o acesso às unidades de saúde, o acesso a ajudas técnicas incluindo bolsas de colostomia e
1007 a participação em conselhos de saúde e de direitos na esfera federal, estadual e municipal. A respeito
1008 da prevenção de deficiências, destacou que se contemplava: programas de imunização; exames de
1009 triagem neonatal; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; prevenção de acidentes de
1010 trabalho, trânsito, acidentes domésticos, entre outros; aconselhamento genético e acompanhamento à
1011 gestante de risco; prevenção de quedas em idosos; prevenção de câncer; e orientação para o
1012 autocuidado e prevenção de complicações. No que se refere à Atenção Integral à Saúde e
1013 Organização de Serviços, destacou: a garantia de atendimento integral na rede de serviços de saúde
1014 nos diferentes níveis de complexidade e especialidades médicas; fornecimento de órteses e próteses,
1015 bolsas de colostomia e demais ajudas técnicas; ênfase na prevenção, ações básicas de reabilitação,
1016 atividades de vida diária com retaguarda dos serviços de reabilitação; assistência odontológica,
1017 medicamentosa; e integração da família e comunidade no processo de atendimento à pessoa com
1018 deficiência. A respeito do fortalecimento e ampliação dos mecanismos de informação, ressaltou a
1019 melhoria do Sistema de Informação e Saúde; o desenvolvimento de estudos epidemiológicos e
1020 clínicos; realização de pesquisas em Saúde e Deficiência; fornecimento de material em Braille e
1021 construção de indicadores e parâmetros no atendimento da pessoa com deficiência (a PPI contempla
1022 a oferta de bolsas coletoras). A respeito da capacitação de recursos humanos, destacou como eixos:
1023 incorporação de conteúdos de reabilitação e políticas voltadas à promoção nos currículos de
1024 graduação; educação permanente para profissionais de saúde; capacitação para as Equipes de Saúde
1025 da Família e ACS; capacitação de gestores e planejamento e políticas públicas voltadas para as
1026 pessoas com deficiência; e capacitação de recursos humanos para atenção às pessoas com estomas.
1027 Também falou da organização de Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência, destacando
1028 as redes hierarquizadas de saúde e reabilitação, sendo: Rede de Serviços de Reabilitação Física;
1029 Rede de Serviços Atenção à Saúde Auditiva; serviços de atenção à saúde - deficiência mental e
1030 autismo; serviços de atenção à saúde - deficiência visual; serviços de atenção à saúde - distrofia
1031 muscular progressiva; serviços de atenção saúde – “osteogênese imperfecta”; e serviços de atenção à
1032 saúde – ostomia. Continuando, explicou que a portaria de atenção às pessoas com ostomia, elaborada

1033 a partir das proposições da SOBEST e da ABRASO, contemplava: necessidade de caracterização dos
1034 Serviços; disponibilização de relatório anual dos serviços de atenção às pessoas com estomas;
1035 programa de treinamento para a atenção às pessoas com estomas; melhor descrição dos
1036 procedimentos; e definições operacionais das características dos equipamentos e adjuvantes para
1037 estomas. Salientou que as propostas da SOBEST e da ABRASO visavam preencher lacuna de
1038 atendimento às pessoas com ostomia que necessitavam, além das bolsas, de atendimento
1039 diferenciado no SUS. Sobre a caracterização dos serviços, explicou que, na Atenção Básica de Saúde
1040 havia ênfase na orientação para o autocuidado e prevenção de complicações, incluindo a indicação e
1041 prescrição de equipamentos coletores e protetores de pele. Também explicou que os serviços de nível
1042 intermediário (média complexidade) para atenção à saúde das pessoas ostomizadas incluíam a
1043 orientação para o auto cuidado, prevenção, tratamento de complicações e treinamento de técnicas
1044 especializadas. Em relação aos serviços de referência para atenção saúde das pessoas com ostomias,
1045 destacou que contemplavam as seguintes ações: orientação para o autocuidado, prevenção,
1046 tratamento de complicações, treinamento de técnicas especializadas, intervenções nutricionais e
1047 psicológicas, destinando-se também ao desenvolvimento de atividades de capacitação profissional e
1048 de pesquisa. Salientou que essas propostas deveriam adequar-se ao Pacto de Gestão e à formulação
1049 de níveis do MAC. Também destacou que a nova portaria da política contemplava: a inclusão do
1050 enfermeiro estomaterapeuta na Tabela de Atividade Profissional; a inclusão de procedimentos de
1051 acompanhamento e avaliação; e a adequação de equipamentos para estomas, com descrição
1052 adequada, novos equipamentos, quantidade e inclusão do CID-10. Além disso, a portaria propunha
1053 nova Tabela de Classificação de Serviços. Salientou que todas as propostas foram contempladas na
1054 Política de Saúde com Ostomia, com ênfase na diretriz de organização de serviços. Também informou
1055 os tipos de órteses e próteses e fornecidas pelo Sistema Único de Saúde, sendo: próteses mamárias;
1056 próteses ortopédicas; próteses auditivas; próteses oftalmológicas; bolsas de colostomia e urostomia; e
1057 outras ajudas técnicas. Também destacou os procedimentos incluídos na Tabela de Informações
1058 Ambulatoriais – SIA-SUS: bolsa de colostomia com adesivo micropore drenável; bolsa de colostomia
1059 com adesivo micropore fechada; bolsa de colostomia com adesivo micropore com Karaya e barreira;
1060 conjunto de placa e bolsa; conjunto de placa e bolsa para urostomizados; bolsa coletora pediátrica
1061 para ostomia e barreiras protetoras de pele. Chamou a atenção ainda para o crescimento na
1062 distribuição de bolsas de colostomia (período 2001 a 2006), destacando que representavam 30% das
1063 órteses e próteses distribuídas a pessoas com deficiência. Finalizando, salientou que as pessoas com
1064 deficiência, incluindo aquelas com ostomia em parceria com a sociedade, buscavam equacionar os
1065 problemas, decidir sobre soluções, para então, efetivar a equiparação de oportunidades para todos,
1066 com cada um assumindo o seu papel. Concluída a apresentação, Conselheiro **Artur Custódio M. de**
1067 **Souza** saudou os profissionais da SOBEST e os grupos de representação de usuários filiados a
1068 ABRASO do Acre, Distrito Federal, Goiás, Espírito Santo e São Paulo. Conselheira **Cândida Maria**
1069 **Bittencourt Carvalho**, militante da causa das pessoas com ostomia, manifestou a sua satisfação
1070 com a Política de Saúde das Pessoas com Ostomia, que garantia, além das bolsas coletoras, ações de
1071 atendimento específico no SUS. Na condição de pessoa com ilhostomia há 26 anos, falou da
1072 dificuldade que enfrentara para garantir as bolsas e procedimentos adequados a pessoas com ostomia
1073 e do preconceito que teve que enfrentar. Nesse sentido, manifestou a sua satisfação com o
1074 fornecimento de bolsas coletoras pelo SUS. Também salientou a necessidade de os planos privados
1075 de saúde garantirem a distribuição de bolsas coletoras. Por fim, agradeceu novamente e destacou que
1076 a bolsa coletora lhe permitiu estar viva. A Diretora Substituta do departamento de Ações
1077 Programáticas/MS, Sra. **Kátia Maria Ratto**, congratulou-se também com a Conselheira **Cândida**
1078 **Carvalho** pela Política. Também destacou a contribuição da Conselheira na definição da Política e
1079 salientou a necessidade avançar cada vez mais. Na seqüência, abriu a palavra para considerações do
1080 Plenário. Conselheiro **Eni Carajá Filho** destacou a importância de incorporar a Política de Saúde das
1081 Pessoas com Ostomia à Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Também salientou ser
1082 necessário divulgar às pessoas os seus direitos à atenção à saúde, destacando em especial a cartilha
1083 do IDEC que estimula o conhecimento do direito e informa onde buscar os atores para garantir a
1084 execução do direito. Além disso, cumprimentou a Conselheira **Cândida Carvalho** e registrou, em
1085 nome do MORHAN, o apoio à Política de Saúde das Pessoas com Ostomia. Por fim, sugeriu a
1086 reedição da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, aprovada pelo CNS em 2000, a
1087 fim de ser distribuída aos conselheiros. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** saudou a Conselheira
1088 **Cândida Carvalho** pela luta e reiterou a solicitação de distribuição da Política Nacional de Saúde da
1089 Pessoa com Deficiência, a fim de ser disseminada. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, primeiramente,
1090 solidarizou-se com as pessoas com deficiência que, como todos os brasileiros, tinham direito à vida
1091 digna e à assistência adequada, qualificada e humanizada. Na pessoa da Conselheira **Cândida**
1092 **Carvalho**, cumprimentou a todos as pessoas que lutavam por seus direitos. Conselheiro **Antônio**
1093 **Alves de Souza** também relatou a sua experiência como cirurgião-geral de acompanhar o sacrifício

1094 das pessoas com condições socioeconômicas precárias que se submetiam à cirurgia para obter as
1095 bolsas coletoras. Nesse sentido, somou-se à alegria da Conselheira **Cândida Carvalho** pela
1096 apresentação da Política, que atendia a demanda da população. Conselheiro **Volmir Raimondi**
1097 cumprimentou a Conselheira **Cândida Carvalho** pela luta, destacando que aquele era mais um
1098 momento de conquista para as pessoas com deficiência. Também salientou que o CNS mostrava-se
1099 sensível à causa das pessoas com deficiências. Reiterou ainda a necessidade de reedição e
1100 distribuição da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, considerando os critérios de
1101 acessibilidade. No mais, sugeriu retomar, após concluir o processo de revisão das Comissões e GTs
1102 do CNS, a proposta da Comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência de realizar seminários
1103 regionais para tratar da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Por último, perguntou à
1104 Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS, **Sheila Miranda**,
1105 sobre a qualidade das lentes intra-oculares utilizadas nas cirurgias catarata, dada a rejeição dos
1106 médicos às lentes nacionais. Conselheiro **Flávio Poppe de Figueiredo** solidarizou-se com a
1107 Conselheira **Cândida Carvalho** pelo lançamento da Política, pois durante 32 anos realizou cirurgias
1108 do aparelho digestivo e acompanhou o drama dos pacientes que necessitavam de bolsas coletoras.
1109 Também destacou que, na condição de representante das operadoras de planos de saúde,
1110 comprometeu-se a levar às organizações que representava o pleito de distribuição das bolsas de
1111 colostomia. Além disso, salientou a situação de penúria de algumas das prestadoras de serviços,
1112 enfatizando que somente 0,3% das operadoras possuíam mais de 1 milhão de clientes, 95% possuíam
1113 menos de cem usuários, 86% tinham menos de 50 mil usuários e 75% possuíam menos de 20 mil
1114 usuários. Ressaltou que essa heterogeneidade dificultava uma decisão coletiva, contudo, levaria o
1115 pleito junto às operadoras. Por fim, sugeriu que a decisão do CNS fosse enviada à Agência Nacional
1116 de Saúde. Conselheira **Daniela Batalha Trettel** informou que os interessados pela cartilha do IDEC
1117 poderiam solicitá-la ao Instituto ou buscá-la no sítio do Instituto. Conselheira **Maria Izabel da Silva**
1118 cumprimentou todos os envolvidos na luta em defesa dos direitos das pessoas com ostomia e reiterou
1119 o pedido de disponibilização da Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Além disso, perguntou
1120 qual seria o impacto financeiro da Política de Saúde das Pessoas com Ostomia nos estados e
1121 municípios e como garantir o orçamento para viabilizar a proposta. Conselheira **Fernanda Lopes**
1122 solicitou que fossem disponibilizados aos conselheiros do CNS todos os programas e políticas do
1123 Ministério da Saúde em execução. Além disso, sugeriu a publicação de matéria sobre a Política de
1124 Saúde das Pessoas com Ostomia, nos instrumentos de comunicação do CNS, com entrevista da
1125 Conselheira **Cândida Carvalho**. Conselheira **Francisca Valda da Silva** cumprimentou todos os que
1126 contribuíram para a elaboração da Política e perguntou à Coordenadora da Área Técnica da Saúde da
1127 Pessoa com Deficiência/MS se os novos procedimentos voltados a pessoas com ostomia haviam sido
1128 incluídos na nova Tabela do SUS. Conselheira **Vânia Glória Alves de Oliveira** também parabenizou
1129 todos os atores envolvidos na elaboração da Política de Saúde da Pessoa Ostomizada e destacou que
1130 a iniciativa refletiria como inclusão social no âmbito da educação. Conselheiro **Armando Martinho**
1131 **Raggio** também destacou o significado importante do momento, pois acompanhou a luta pelas bolsas
1132 de colostomia quando foi gestor da saúde. Ressaltou que uma das razões fundamentais do princípio
1133 da universalidade era que todos eram vulneráveis, assim, a diferença das pessoas com necessidades
1134 especiais eram que essas eram vulneradas naquele momento. Mas, dessa vulnerabilidade, as mesmas
1135 tinham perspectiva de vida que podia ser plena se houvesse solidariedade e manutenção e exercício
1136 substantivo do conceito de universalidade e integralidade. Também destacou que aquele acometido
1137 por algum mal tinha que ser mais forte para resolver o seu problema, confrontando-se com
1138 preconceito, desinformação e intencionalidades diversas. Nesse sentido, destacou que a Política era
1139 um exemplo da capacidade e da perseverança no objetivo. Assim, compartilhou com as expositoras a
1140 felicidade com a iniciativa. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra à Coordenadora da Área
1141 Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS, **Sheila Miranda**, para comentários.
1142 Iniciando, destacou que disponibilizaria documento síntese das Portarias da Saúde voltadas a pessoas
1143 com deficiência. Em relação ao questionamento acerca das lentes oculares, explicou que a Política de
1144 Saúde Ocular da Média e Alta Complexidade, apresentada na última reunião da CIT, contemplava a
1145 disponibilização das lentes para as cirurgias oculares. Nesse sentido, sugeriu que a Política de Saúde
1146 Ocular fosse pautada para apresentação ao CNS. Sobre a inclusão de novos procedimentos, explicou
1147 que a intenção era ampliar a cobertura, com olhar diferenciado para as pessoas, inclusive com
1148 capacitação dos profissionais. Ressaltou ainda que a maior necessidade era de descrição dos
1149 componentes na Tabela do SUS. Também destacou que o impacto financeiro estava em avaliação.
1150 Assim, foi apresentada nova proposta de descrição ao DERAC/CNS, que estava realizando a
1151 avaliação de alguns equipamentos e procedimentos de acompanhamento. Também destacou que a
1152 nova Tabela do SUS já existia e dava visibilidade às pessoas com ostomia. Concluídos os
1153 esclarecimentos, a mesa passou ao encaminhamento. Diante das falas, Conselheiro **Artur Custódio**
1154 **M. de Souza** colocou em votação a Política de Saúde da Pessoa Ostomizada, com as seguintes

1155 recomendações: **umentar a cobertura; encaminhar a Política de Saúde da Pessoa Ostomizada à**
1156 **Agência Nacional de Saúde; e divulgar matéria sobre a Política de Saúde da Pessoa Ostomizada**
1157 **nos instrumentos de comunicação do CNS. A Política foi aprovada por unanimidade, com as**
1158 **sugestões.** Definido esse ponto, Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** agradeceu as expositoras
1159 e encerrou a discussão do tema. Seguindo, foi iniciada a discussão do item 5 da pauta. **ITEM 5 –**
1160 **GRUPO DE TRABALHO DE REVISÃO DAS COMISSÕES E GTs DO CNS –** Iniciando, a mesa foi
1161 composta pelos integrantes do Grupo de Revisão das Comissões e GTs do CNS, sendo: Conselheira
1162 **Fernanda Lopes;** Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade;** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout;**
1163 Conselheiro **Ciro Mortella;** e Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil.** Conselheiro **Ciro**
1164 **Mortella** iniciou a apresentação com considerações iniciais sobre o trabalho do GT. Explicou que não
1165 foi possível enviar documento com a síntese do trabalho do GT aos conselheiros com antecedência,
1166 em virtude de problemas operacionais para compilação dos resultados. Disse que o GT foi formado em
1167 dezembro de 2006 e reuniu-se apenas duas vezes. Contudo, haveria mais dois encontros, um para
1168 concluir o Regimento Interno das Comissões e GTs e outro com o GT de elaboração do Regimento
1169 Interno. Destacou que o trabalho a ser apresentado era preliminar e os conselheiros deveriam apreciar
1170 e apresentar sugestões. Explicou que o GT utilizou como critério de trabalho a manutenção de todas
1171 as Comissões e GTs, agrupando-os em blocos por finalidade, considerando um sistema de inclusão
1172 flexível capaz de contemplar demandas futuras. Além disso, salientou que a Mesa Diretora enfrentava
1173 dificuldades para definir as pautas das reuniões do CNS, assim, o GT entendeu que as comissões
1174 poderiam auxiliar o Pleno na seleção e priorização das pautas, além de sistematizar debates de
1175 matérias a serem tratadas nas reuniões do CNS. Começando a apresentação da síntese do trabalho,
1176 destacou a proposta de formato para as Comissões e Grupos de Trabalho do CNS, com agrupamento
1177 em câmaras por critérios de finalidade, sendo elas: **I - Câmara de Pesquisa, Desenvolvimento e**
1178 **Regulação: 1) Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia – CICT, 2) Comissão Intersetorial de**
1179 **Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia – CIVS, 3) Comissão Nacional de Ética em Pesquisa –**
1180 **CONEP, 4) GT de Capacidade de Produção de Medicamentos na Indústria Nacional e 5) GT de**
1181 **Proteção do Sujeito de Pesquisa. II - Câmara de Acompanhamento de Políticas Públicas e Programas:**
1182 **1) Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM, 2) Comissão Permanente Intersetorial da Saúde do**
1183 **Idoso – CPISI, 3) Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI, 4) Comissão Intersetorial de**
1184 **Redução da Morbimortalidade por Trauma e Violência – CIRMTV, 5) Comissão Intersetorial de Saúde**
1185 **do Trabalhador – CIST, 6) Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN, 7) Comissão**
1186 **Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente – CISAMA, 8) Comissão Intersetorial de Saúde da**
1187 **Mulher – CISMU, 9) GT de Práticas Complementares e Integrativas no SUS e 10) GT de Saúde**
1188 **Integral da População Negra. III - Câmara de Atenção à Saúde: 1) Comissão Intersetorial de**
1189 **Eliminação da Hanseníase – CIEH, 2) Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência –**
1190 **CISPD e 3) GT de DST/AIDS. IV - Câmara de Acompanhamento do Financiamento e Orçamento na**
1191 **Saúde: 1) Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN (transversal), 2) Comissão de Saúde**
1192 **Suplementar – CSS e 3) GT OSCIPS/Terceirização. V - Câmara de Gestão do Trabalho e Educação**
1193 **na Saúde: 1) Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH, 2) Mesa Nacional de Negociação**
1194 **do SUS. VI - Câmara de Informação e Comunicação para o Controle Social em Saúde: 1) Comissão**
1195 **Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde – CICIS (transversal) e 2) GT de Educação**
1196 **Permanente.** Também destacou propostas apresentadas ao Plenário em reuniões anteriores já
1197 aprovadas: criar comissão intersectorial de portadores de patologias (que poderia ser enquadrada na
1198 Câmara de Atenção à Saúde); e criar grupo de trabalho de atenção à saúde de adolescentes e jovens
1199 (que poderia ser enquadrado na Câmara de Políticas e Programas). Também destacou que havia
1200 outras demandas aguardando aprovação, sendo: transformação do Grupo de Trabalho para
1201 Acompanhamento das Políticas em DST e AIDS em comissão; transformação do Grupo de Trabalho
1202 de Educação Permanente em comissão; e alteração do Grupo de Trabalho de Acupuntura e
1203 Termalismo para Comissão intitulada Práticas Complementares e Integrativas no SUS. Seguindo,
1204 explicou que as câmaras seriam instrumentos operacionais dos trabalhos das comissões e do Pleno,
1205 tendo por estrutura e funcionamento: reunião conjunta dos coordenadores das comissões
1206 (coordenador ou coordenador-adjunto) para definir as prioridades da pauta; encaminhamento do
1207 resultado da reunião à Mesa Diretora, para ser submetido ao Pleno; e os pontos definidos seriam
1208 pautados no segundo dia da reunião do Plenário. Explicou que a reunião das câmaras para auxiliar a
1209 definição da pauta ocorreria sempre antecedendo a reunião da Mesa Diretora e a Reunião Ordinária do
1210 Conselho Nacional de Saúde e o relatório das atividades seria enviado à Mesa Diretora. Salientou que,
1211 a partir dessa proposta, as comissões teriam que se reunir, obrigatoriamente, no mínimo, quatro vezes
1212 por ano. Destacou que as reuniões das comissões deveriam ser realizadas no mesmo dia ou em dias
1213 próximos, antecedendo a reunião da câmara da qual faziam parte. Ressaltou que cada câmara deveria
1214 apresentar até três prioridades para Mesa Diretora, totalizando dezoito temas. Enfatizou ainda que as
1215 sugestões de pauta da Câmara para o Pleno deveriam ser orientadas por critérios (de urgência,

1216 pertinência e relevância), sem prejuízo de sugestões de pauta que o pleno pudesse discutir. Disse que
1217 as reuniões das câmaras deveriam ocorrer na segunda sexta-feira do mês e, caso a proposta fosse
1218 aprovada, a primeira reunião das câmaras ocorreria no dia 13 de abril de 2007. Assim, após essa
1219 reunião, as câmaras definiriam calendário próprio. Reiterou que a pauta do CNS seria definida a partir
1220 das demandas das câmaras. Em relação às comissões, destacou que todas deveriam realizar análise
1221 de orçamento, sendo necessária a interação da COFIN/CNS com as demais comissões do CNS.
1222 Também ressaltou que a Comissão de Comunicação do CNS também deveria permear as demais
1223 comissões do CNS. Além disso, explicou que a recomendação era que cada comissão tivesse um
1224 representante da área técnica correlata do Ministério da Saúde, além de convidados das áreas
1225 técnicas correlatas, inclusive de outros Ministérios. Assim, caso não houvesse adesão das áreas
1226 técnicas, a Mesa Diretora faria gestão política na área para garantir a presença. Também ressaltou que
1227 deveria ser definida reunião com cada Comissão e Grupo de Trabalho antecedendo a reunião das
1228 câmaras, em abril de 2007. Em relação à composição das comissões, explicou que o GT sugeria a
1229 revisão, a partir dos seguintes critérios: ter doze integrantes, sendo obrigatoriamente dois conselheiros
1230 - titular ou suplente; sugerir um coordenador e um coordenador-adjunto para cada comissão
1231 (conselheiros com garantia de financiamento para participação); definir o coordenador com perfil
1232 relativo ao tema da Comissão, excetuando-se a CONEP/CNS que possuía processo próprio de
1233 escolha; sugerir relator e relator-adjunto entre os pares; garantir que conselheiros participem de até
1234 três comissões e no mínimo de uma comissão; enviar relatórios de atividades periódicas (por escrito) a
1235 cada reunião realizada; realizar, no mínimo, quatro reuniões ao ano – podendo reunir-se
1236 extraordinariamente; devido ao excesso de trabalho, recomenda-se que os membros da mesa diretora
1237 não devam ser coordenadores das comissões; e todas as comissões deverão definir sua composição e
1238 seu plano de trabalho. Em relação aos Grupos de Trabalho, ressaltou que as atividades deveriam ter
1239 início e fim, sendo compostos por cinco conselheiros, com prazo de até seis meses para concluir as
1240 atividades e garantia de representação de todos os segmentos do CNS. Ressaltou que as demandas
1241 dos GTs para transformarem-se em comissões deveriam ser discutidas na câmara da qual faziam
1242 parte. Assim, havendo consenso, o pleito deveria ser trazido para deliberação do Pleno. Em relação ao
1243 Regimento Interno, reiterou que a parte concernente às comissões seria redigida em reunião conjunta
1244 com o Grupo de Trabalho de Regimento Interno do CNS, após deliberação do pleno na 170ª Reunião
1245 Ordinária. Salientou que todas as Comissões e Grupos de Trabalho seriam regidos pelo Regimento do
1246 Conselho Nacional de Saúde, excetuando-se a CONEP que teria regimento próprio. Concluída a
1247 apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Antônio Alves de**
1248 **Souza** avocou a definição de comissão e seu papel conforme a Lei nº. 8.080 para propor a avaliação
1249 das comissões do CNS que não atendiam à legislação. Também destacou a necessidade de cuidado
1250 para que as comissões não substituíssem o papel do CNS. Além disso, manifestou preocupação com a
1251 possibilidade da proposta do GT burocratizar e dificultar os trabalhos das Comissões e GTs do CNS.
1252 Conselheiro **Moisés Goldbaum** parabenizou o GT pelo trabalho e destacou, em especial, a proposta
1253 de constituição de câmaras, que, na sua visão, deveriam trabalhar virtualmente. Também concordou
1254 com a proposta de rever as comissões que não atendiam à legislação ou criar critérios a partir da nova
1255 realidade. Em relação aos GTs, defendeu que fossem constituídos no âmbito das comissões do CNS.
1256 Além disso, defendeu que o Pleno indicasse pautas às câmaras e não o contrário, entendendo que as
1257 comissões eram instâncias assessoras do Pleno do CNS. Também solicitou rever a proposta de
1258 garantir a participação de representantes do Ministério da Saúde nas comissões do CNS, lembrando
1259 que o Conselho não participava das comissões desse Ministério. Por fim, destacou a necessidade de
1260 repensar a CONEP/CNS como comissão, até por conta da preocupação a respeito das
1261 responsabilidades do gestor, do Ministério da Saúde, do CNS em relação à ética em pesquisa. A
1262 Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, concordou com a proposta de constituir
1263 câmaras, contudo, sugeriu que as reuniões destas fossem bimensais. Salientou que, para que as
1264 comissões cumprissem a sua função de assessoras do CNS, era necessário ampliar a interlocução
1265 com o Pleno do CNS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou o GT pelo trabalho e
1266 apresentou as seguintes sugestões à proposta: incluir o GT de DST/AIDS na Câmara de
1267 Acompanhamento de Políticas Públicas e Programas; e agregar o GT de Proteção do Sujeito de
1268 Pesquisa à CONEP/CNS. Conselheiro **Armando Martinho Raggio** também elogiou o GT pelo
1269 trabalho, com destaque para a sugestão de constituir câmaras, agregando comissões e GTs com
1270 temas afins. Por outro lado, compartilhou da preocupação com o número de comissões, em especial
1271 aquelas que não se adequavam à legislação, concordando com a sugestão de revê-las. Concluído
1272 esse bloco de intervenções, foi aberta a palavra aos integrantes do GT para comentários. Conselheira
1273 **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** destacou que a criação das câmaras visava operacionalizar
1274 metodologia de trabalho, com articulação entre as várias temáticas desenvolvidas nas comissões –
1275 intersetoriais ou permanentes. Além disso, salientou que as câmaras permitiriam trazer
1276 permanentemente para o CNS seis pontos de pauta a partir de critérios pré-definidos, permitindo a

1277 discussão de um maior número de temas, de forma mais qualitativa. Conselheiro **Ciro Mortella**
1278 ressaltou que o GT optou pelo critério de inclusão das comissões, por considerá-lo mais interessante e
1279 viável para o CNS. Contudo, o Pleno era soberano para decidir pela exclusão ou não de comissões.
1280 Também explicou que não cabia à Comissão pautar o CNS, mas deveria ser parte da pauta do Pleno
1281 os resultados dos debates das seis câmaras. Conselheira **Fernanda Lopes** destacou que o GT
1282 considerou para elaboração da proposta a legislação, os princípios do trabalho das Comissões e GTs e
1283 as sugestões da oficina de educação permanente para o Controle Social. Conselheira **Eufrásia**
1284 **Santos Cadorin** cumprimentou o GT pela proposta de formato das câmaras e apresentou as seguintes
1285 sugestões: contemplar a Câmara de Acompanhamento de Políticas Públicas e Programas na Câmara
1286 de Atenção à Saúde, por serem afins; e incluir o GT de OSCIPS e Terceirização e o GT de Educação
1287 Permanente na Câmara de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro**
1288 **Bittencout** solicitou que as sugestões de formatação das câmaras fossem entregues por escrito à
1289 mesa. Conselheira **Zilda Arns Neumann** cumprimentou o GT pelo esforço, contudo, manifestou
1290 preocupação com a sua aplicabilidade. Aproveitou a oportunidade para solicitar espaço na reunião
1291 para passar a coordenação da CISI/CNS ao Conselheiro **Ailson dos Santos**. Também informou que
1292 solicitou, por escrito, a inclusão de temas emergentes na pauta do CNS, contudo, a sua solicitação não
1293 foi atendida. Por fim, reiterou a sua preocupação com a proposta, nos moldes propostos, em especial a
1294 sugestão de reuniões mensais das comissões, devido ao seu impacto financeiro e a dificuldade de
1295 participação dos conselheiros. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** parabenizou o GT pelo trabalho e
1296 sugeriu transformar o GT de Saúde da População Negra em Comissão do CNS. Além disso, propôs a
1297 constituição de GT de saúde integral da população LGBT para proposição de políticas, pois esse grupo
1298 estava aliado dos processos de promoção, atenção e recuperação da saúde e possuía necessidades
1299 específicas. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que a Política de Educação Permanente para o
1300 Controle Social fosse considerado um tema transversal a ser tratado por todas comissões. Também
1301 solicitou que a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde fosse considerada um ente do CNS.
1302 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou a Comissão pelo trabalho, pois delegava às
1303 comissões o papel de discutir demandas que chegavam ao CNS e trazer o resultado do debate ao
1304 Plenário para apreciação e deliberação, contribuindo para o andamento dos trabalhos do Pleno. Nos
1305 mais, sugeriu a criação de Comissão de Relações Político-Institucionais e a inclusão do GT de Saúde
1306 Bucal, aprovado pelo CNS, na proposta. Por fim, propôs a extinção do Grupo de Trabalho de
1307 Educação Permanente, pois o acompanhamento das questões relativas à educação permanente era
1308 feito pela CIRH/CNS. Conselheira **Raquel Rigotto** cumprimentou o GT pelo trabalho e sugeriu que o
1309 Pleno encaminhasse sugestões de pauta às comissões e estas ao Pleno. Disse que, apesar de
1310 reconhecer a riqueza da proposta de criação de câmaras, preocupava-lhe a possibilidade de criar
1311 instância intermediária de poder que poderia dificultar os trabalhos do Plenário. Nessa lógica, ponderou
1312 sobre a possibilidade de cada um dos integrantes da Mesa Diretora, à exceção do Presidente,
1313 acompanhar uma câmara. Além disso, sugeriu que a composição das comissões fosse definida a partir
1314 das demandas e necessidades de cada área temática. Também propôs que as Comissões tivessem
1315 como integrantes, além de representantes do Ministério da Saúde e áreas afins, convidados ligados à
1316 academia e a movimentos com experiência. No mais, sugeriu que fosse definido prazo de mandato dos
1317 coordenadores da Comissão (sugestão: em torno de um ano). Também apresentou a sugestão de as
1318 comissões reverem a sua composição (número, representações, entre outros). Avaliou ainda que os
1319 integrantes da Mesa Diretora deveriam avaliar se tinham condições ou não de coordenar comissões.
1320 Conselheira **Maria Izabel da Silva** também parabenizou o GT pelo trabalho e sugeriu que as matérias
1321 para votação do Plenário viessem acompanhadas de parecer para facilitar o trabalho e que os informes
1322 fossem apresentados por escrito. Concordeu com a proposta de o mandato dos coordenadores ter a
1323 duração de um ano, mas com possibilidade de recondução. Por fim, sugeriu que na recomposição das
1324 Comissões e GTs fossem consideradas as indicações feitas na Reunião Ordinária de novembro de
1325 2006. Conselheira **Lígia Bahia** reafirmou o princípio das comissões como assessoras do Plenário,
1326 logo, manifestou preocupação com a proposta destas definirem as pautas do CNS. Também
1327 apresentou o pleito de inclusão de um representante da comunidade científica na CONEP/CNS, com
1328 sugestão do nome do Conselheiro **José Eduardo de Siqueira**. Conselheira **Silvia Marques Dantas**
1329 cumprimentou o GT pelo trabalho e apresentou o seguinte encaminhamento: sintetizar as sugestões
1330 dos conselheiros em relação à junção de Comissões e GTs a serem incorporadas à proposta e clarear
1331 melhor os objetivos, a função e o papel das Comissões e da Câmara. Conselheira **Lérida Maria Vieira**
1332 parabenizou o GT e defendeu a substituição de comissões do CNS por outras para propor políticas
1333 públicas, dada a necessidade de aperfeiçoamento e qualificação do SUS. Também manifestou
1334 preocupação com a proposta de as comissões do CNS terem até doze integrantes, pois o custo disso
1335 para Conselho seria elevado. Conselheiro **Néventon Vargas** primeiramente destacou que o CNS não
1336 estava racionalizando o uso do papel, conforme havia sido combinado. Também cumprimentou o GT
1337 pelo trabalho, contudo, considerou desnecessárias a fixação de número de componentes das

1338 comissões e a formalização das câmaras. Conselheiro **José Carlos de Moraes** apresentou o seguinte
1339 critério para organização das comissões do CNS: contemplar as comissões previstas em lei e as que
1340 não são previstas na legislação, mas para as quais havia conferências nacionais setoriais e agregar as
1341 demais em uma câmara. Além disso, sugeriu a criação de uma câmara do CNS para tratar da gestão
1342 do SUS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** salientou a necessidade de consultar os
1343 instrumentos legais que delegavam responsabilidades ao CNS a fim de que o Conselho desse
1344 resposta. Também ponderou sobre a possibilidade de o CNS ter comissões para analisar os blocos de
1345 financiamento definidos no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Considerou a
1346 importância do trabalho do GT, contudo, destacou que o Pleno deveria considerar a proposta de nova
1347 estrutura do SUS, seu processo de financiamento e de controle social. Conselheira **Lílian Aliche**
1348 saudou o GT pelo trabalho e propôs a criação da Comissão Intersetorial de Saúde das Pessoas com
1349 Patologia. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** somou-se aos demais conselheiros que
1350 cumprimentaram o GT, destacando o caráter da proposta de articulação entre as comissões. Contudo,
1351 ponderou se a articulação seria contemplada com a formalização das câmaras. Também sugeriu que
1352 as proposições não fossem tão rígidas, mas que contemplassem as sugestões de distribuição de
1353 relatórios das reuniões e encontros virtuais. No mais, disse que seria importante rever os GTs,
1354 considerando o critério de início, meio e que alguns deveriam transformar-se em comissões, pois o
1355 trabalho demandava continuidade, a exemplo do GT de Saúde da População Negra. Concluídas as
1356 intervenções, foi aberta a palavra para considerações da mesa. Conselheira **Nildes de Oliveira**
1357 **Andrade** informou que o GT decidiu manter separadas a Câmara de Acompanhamento de Políticas
1358 Públicas e Programas e a Câmara de Atenção à Saúde, porque ambas possuíam grande volume de
1359 temas, o que dificultaria o trabalho. Também destacou o exemplo de recomposição da CIAN/CNS que
1360 optou por escolher suplentes que preferencialmente moravam em Brasília a fim de não onerar os
1361 custos. Conselheiro **Ciro Mortella** ressaltou que o Plenário já havia discutido a reformulação das
1362 Comissões e GTs do CNS em outros momentos, contudo, não chegou a nenhuma proposta, em
1363 virtude da falta de consenso. Assim, apelou para que o Plenário, a partir da proposta do GT, definisse
1364 se seriam necessários critérios e apontasse quais seriam para que o GT reformulasse a proposta.
1365 Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** explicou que o GT não sugeriu que as comissões se
1366 reunissem mensalmente, e sim, no mínimo, por quatro vezes no ano. Explicou que as reuniões das
1367 câmaras mensalmente poderiam ocorrer com os coordenadores cujas comissões se reuniram naquele
1368 mês. Destacou que o CNS custearia, no mínimo, dois conselheiros (o coordenador e o coordenador-
1369 ajunto) para participar das reuniões das câmaras e a vinda dos demais conselheiros poderia ser
1370 custeada pelas suas entidades ou poderia se optar por aqueles que moravam em Brasília. Salientou
1371 que era preciso estipular um número de componentes das comissões e, nesse sentido, sugeriu que as
1372 comissões tivessem até doze integrantes, sendo dois deles, obrigatoriamente, conselheiros para
1373 ocupar a função de coordenador e o coordenador-ajunto. Também destacou que as áreas técnicas
1374 poderiam participar das comissões na condição de convidadas, não fazendo parte, necessariamente,
1375 das comissões. Apoiou a proposta de definir prazo de duração do mandato dos coordenadores e
1376 avaliou como viável a sugestão de um ano, com possibilidade de uma recondução. Além disso,
1377 explicou que o GT sugeriu a definição de três prioridades pelas comissões a serem enviadas à Mesa
1378 Diretora na lógica de uma lista triplíce. Considerou ainda que a CONEP/CNS também deveria ser uma
1379 comissão transversal, pois a pesquisa perpassa as várias áreas. Conselheira **Fernanda Lopes**
1380 ponderou que a proposta de instituir câmara buscava garantir a intersectorialidade, a pluri-
1381 institucionalidade e o exercício de priorização, portanto, não se tratava de uma proposição inflexível.
1382 Também destacou que foram apresentadas propostas de formatação das câmaras, dentre elas, a
1383 instituição de duas grandes câmaras, uma de políticas de saúde e outra de gestão, contemplando as
1384 comissões definidas por blocos de financiamento. Assim, o Plenário deveria definir como encaminhar
1385 as sugestões. Além disso, destacou que o GT entendeu que a redefinição das comissões deveria ser
1386 feita a partir de uma auto-avaliação das comissões. Após essas considerações, Conselheira **Ruth**
1387 **Ribeiro Bittencout** passou aos encaminhamentos. Destacou que, de um modo geral, não houve
1388 posições contrárias à proposta, mas sim sugestões, algumas delas contraditórias. Diante disso, sugeriu
1389 que o GT redefinisse a proposta, na perspectiva de incorporar as sugestões dos conselheiros na
1390 reunião e outras que poderiam ser enviadas ao Grupo. Assim, a nova proposta seria reapresentada na
1391 Reunião Ordinária de março de 2007. Conselheiro **Ricardo Souza Heinzemann** propôs o resgate das
1392 solicitações e indicações das entidades para participar das Comissões e GTs do CNS (pleitos
1393 apresentados na reunião ordinária de novembro de 2006) a fim de que pudesse ser feita reflexão sobre
1394 a recomposição das comissões na Reunião Ordinária de março de 2007. Conselheira **Lígia Bahia**
1395 solicitou que o Pleno acatasse a solicitação de incluir um representante da comunidade científica na
1396 CONEP/CNS naquele momento e aprovasse a indicação na reunião ordinária de março. A Secretária-
1397 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que a CONEP possuía regimento próprio de
1398 escolha dos seus integrantes, cabendo ao CNS a indicação de um representante (titular e suplente) do

1399 segmento dos usuários e ao Ministério da Saúde a indicação de um representante. Assim, para outras
1400 indicações além dessas, seria necessária alteração regimental. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**
1401 sugeriu acolher o pleito da comunidade científica para avaliá-lo a partir de critérios de inclusão, de
1402 legalidade e político. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou que a
1403 solicitação da Conselheira Lígia Bahia estava incluída dentre as solicitações feitas na reunião ordinária
1404 de 2006, que poderiam ser avaliadas na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Ciro Mortella**
1405 esclareceu que o GT não se propôs a analisar as indicações e solicitações de entidades para participar
1406 das comissões, mas sim, definir critérios para participação dos conselheiros e composição das
1407 comissões. Assim, o Grupo avaliou que cada comissão deveria discutir a sua composição, avaliando
1408 as solicitações de inclusão de integrantes. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** propôs que o
1409 Plenário indicasse ao GT a adequação da proposta, na perspectiva de incorporar as sugestões dos
1410 conselheiros. Também disse que não se sentia confortável para avaliar a solicitação da Conselheira
1411 **Lígia Bahia** porque o CNS decidiu que não seriam feitas inclusões nas Comissões e GTs até a
1412 definição de critérios para reformulação das Comissões e GTs. Diante desse encaminhamento,
1413 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** colocou em votação a proposta: **indicar ao GT a rediscussão**
1414 **da proposta, na perspectiva de incorporar as sugestões dos conselheiros na reunião e outras**
1415 **que poderão ser enviadas até o dia 2 de março de 2007. A nova proposta deverá ser**
1416 **reapresentada na Reunião Ordinária de março de 2007. Além disso, o Plenário decidiu enviar à**
1417 **Mesa Diretora, para apreciação e definição de encaminhamento, as solicitações e indicações**
1418 **dos conselheiros para participar das Comissões e GTs do CNS (pleitos apresentados na**
1419 **reunião ordinária de novembro de 2006).** Além disso, acordou-se que a proposta de substituição da
1420 coordenação da CISI/CNS seria apreciada no segundo dia de reunião. Resolvido esse ponto, a mesa
1421 agradeceu a todos, em especial os integrantes do GT. Devido ao avançado da hora, o Presidente do
1422 CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, sugeriu adiar a discussão sobre o Plano Diretor de
1423 Vigilância Sanitária para o segundo dia de reunião. A sugestão foi acatada. Resolvido isso, encerrou as
1424 atividades do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros na tarde do
1425 primeiro dia de reunião: **Ana Cristhina de Oliveira Brasil, Antônio Alves de Souza, Artur Custódio**
1426 **M. de Souza, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Daniela**
1427 **Batalha Trettel, Eduardo Bermudez, Eufrásia Santos Cadorin, Fernanda Lopes, Flávio Heleno**
1428 **Poppe de Figueiredo, Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos,**
1429 **João Donizeti Scaboli, José de Rocha Carvalheiro, José Marcos de Oliveira, Lérida Maria dos**
1430 **Santos Vieira, Lígia Bahia, Maria Izabel da Silva, Moisés Goldbaum, Néventon R. Vargas, Nildes**
1431 **de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Ricardo Souza Heinzelmann, Rogério Tokarski, Sílvia**
1432 **Fernanda Martins Casagrande, Silvia Marques Dantas, Valdirlei Castagna, Vânia Glória Alves de**
1433 **Oliveira, Volmir Raimondi e Zilda Arns Neumann. Suplentes: Abdias José dos Santos, Alceu**
1434 **José Peixoto Pimentel, Armando Martinho Bardou Raggio, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz**
1435 **Eliotério, Geraldo Alves Vasconcelos Filho, Geusa Maria Dantas Lélis, José Carlos de Moraes,**
1436 **José Eri Medeiros, Juarez Pires de Souza, Lílian Alicke, Maria Emínia Ciliberti e Valdenir**
1437 **Andrade França.** Iniciando os trabalhos do segundo dia de reunião, o Presidente do CNS, Conselheiro
1438 **Francisco Batista Júnior**, abriu a palavra ao Conselheiro **Ricardo Souza Heinzelmann** que se
1439 despediu do CNS, agradecendo a oportunidade. O Presidente do CNS cumprimentou o conselheiro
1440 pela sua atuação do CNS e desejou-lhe sorte. Na seqüência, passou ao item 6 da pauta. **ITEM 6 –**
1441 **PLANO DIRETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – PDVISA –** O Presidente do CNS, Conselheiro
1442 **Francisco Batista Júnior** de início, cumprimentou a todos e agradeceu a presença dos
1443 representantes da ANVISA: **Lígia Tobias** e **Rodrigo Brito**. Nas considerações iniciais, o Presidente
1444 do CNS lembrou que o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), após ser apresentado ao CNS
1445 na reunião de outubro de 2006, foi submetido à apreciação da Comissão Intersetorial de Vigilância
1446 Sanitária e Farmacoepidemiologia do CNS (CIVSF/CNS). Assim, a Comissão reuniu-se no dia 12 de
1447 fevereiro de 2007, com a finalidade de analisar o PDVISA, tendo contado com a presença da
1448 representante da ANVISA, **Lígia Tobias**. Como resultado da discussão, submeteu à apreciação do
1449 CNS minuta de resolução, elaborada pela CIVSF/CNS, onde o CNS resolve aprovar o PDVISA,
1450 destacando o estabelecimento de financiamento tripartite adequado e transparente para o campo da
1451 vigilância sanitária; a democratização do conhecimento do tema Vigilância Sanitária no debate da
1452 implantação das diretrizes do PDVISA em todo o país; e a efetivação desse processo, por meio da
1453 elaboração e implementação dos planos de ação em vigilância sanitária. Concluída a apresentação
1454 abriu a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que a resolução
1455 solicitasse aos conselhos estaduais de saúde que já realizaram o debate sobre o tema o envio de
1456 relatórios das discussões à CIVSF/CNS posto que esta poderia orientar os estados no que se refere ao
1457 fortalecimento da vigilância sanitária municipal. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu a
1458 substituição do termo “politização” por “democratização do conhecimento”. Em relação às sugestões, o
1459 Presidente do CNS perguntou se a proposição do Conselheiro **Eni Carajá** poderia ser feita na forma de

1460 recomendação a fim de não parecer ingerência do CNS em relação aos conselhos estaduais de saúde.
1461 **A proposta foi acatada. A respeito da sugestão da conselheira Zilda Arns, sugeriu acatar, posto**
1462 **que não se referia ao mérito da resolução. Desse modo, colocou em votação o Plano Diretor de**
1463 **Vigilância Sanitária (PDVISA), conforme minuta de resolução, elaborada pela CIVSF/CNS. O**
1464 **PDVISA foi aprovado com quatro abstenções.** O Presidente do CNS agradeceu a presença dos
1465 representantes da ANVISA e colocou o CNS à disposição para contribuir com a Agência. Conselheira
1466 **Daniela Batalha Trettel** solicitou espaço para apresentação de proposta de moção sobre proibição de
1467 publicidade de medicamentos. Acrescentou ainda que o tema estava em discussão pela ANVISA. O
1468 Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, sugeriu que a proposta fosse apreciada no
1469 período da tarde, a fim de que os conselheiros fizessem a leitura. A sugestão foi acatada. Na
1470 seqüência, passou ao item 7 da pauta. **ITEM 7 – 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – O**
1471 Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, na coordenação dos trabalhos, convidou o
1472 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, da Comissão Organizadora da 13ª Conferência Nacional de Saúde
1473 (13ª CNS), para apresentação dos resultados da última reunião da Comissão, realizada no dia 12 de
1474 fevereiro de 2007. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** iniciou a apresentação informando que a Comissão
1475 Organizadora da 13ª CNS definiu sugestões de objetivo geral, temário, subtemas, calendário e local da
1476 Conferência, com base nas sugestões do Pleno na última reunião do CNS, nos resultados da oficina
1477 de preparação para a 13ª Conferência com os Conselhos Estaduais, nos debates internos das
1478 entidades que compõem a Comissão Organizadora e na proposta da Mesa Diretora do CNS. Assim,
1479 sugeriu que o Plenário centrasse o debate nesses pontos que iriam compor o Regimento Interno da
1480 13ª Conferência. Feitas essas considerações iniciais, passou à apresentação das propostas da
1481 Comissão Organizadora, a saber: **1.** Objetivo geral - definir diretrizes para o fortalecimento do SUS
1482 universal, humanizado e de qualidade, como política de Estado. **2.** Temário: **2.1.** Propostas de tema
1483 central: **a)** consolidar o SUS como política de Estado e desenvolvimento; **b)** saúde é qualidade de vida
1484 para todos e todas; saúde é qualidade de vida para a cidadania; **c)** saúde: desenvolvimento e justiça
1485 social. **2.2.** Propostas de subtemas: **a)** Os 21 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde: Avanços e
1486 Desafios do SUS em cada nível de Governo; **b)** Saúde: Desenvolvimento Econômico-Social e
1487 Qualidade de Vida; **c)** Saúde e determinantes sociais, os modelos de atenção e gestão, e pactos pela
1488 saúde; **d)** O caráter público X privado das políticas de saúde: a desprivatização do financiamento,
1489 gestão e ofertas de serviços, como estratégias de fortalecimento do SUS; **e)** Saúde Suplementar:
1490 enfraquecimento ou fortalecimento do SUS?. **3.** Calendário: I. Etapa municipal – de 1º de abril a 31 de
1491 julho de 2007; II. Etapa estadual – de 1º de agosto a 15 de outubro de 2007; III. Etapa nacional – de
1492 14 a 18 de novembro de 2007. A Etapa Nacional terá o limite máximo de três mil delegados (critério de
1493 distribuição populacional). **4.** Local: Brasília. Observação: Realizar no mês de março, seminários de
1494 avaliação das Conferências de Saúde (9ª, 10ª, 11ª e 12ª Conferência Nacional de Saúde - Propostas e
1495 Moções) e Realizar, até o mês de junho de 2007, Seminários sobre PPA e Plano de Saúde. **5.**
1496 Realização do evento: a Conferência Nacional de Saúde será convocada pelo Conselho Nacional de
1497 Saúde e Ministério da Saúde, com financiamento tripartite; execução do Ministério da Saúde;
1498 instituição de Secretaria Executiva para auxiliar a Comissão Organizadora; e Comissão Organizadora -
1499 proposta de inclusão de dois representantes do Ministério da Saúde. Concluída a apresentação, foi
1500 aberta a palavra para considerações dos demais integrantes da Comissão Organizadora. Conselheiro
1501 **José Eri Medeiros**, da Comissão Organizadora da 13ª, fez uma reflexão sobre o objetivo geral da 13ª,
1502 entendendo que esta conferência deveria ultrapassar o limite da área da saúde. Nessa lógica,
1503 destacou que o debate sobre o objetivo central da 13ª deveria centrar-se nas seguintes indagações:
1504 Que reforma sanitária e que se seguridade social se têm no país? Como envolver a sociedade no
1505 processo de reforma sanitária? Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, da Comissão Organizadora da
1506 13ª, fez uma síntese do debate do Colegiado do Ministério da Saúde sobre a 13ª Conferência Nacional
1507 de Saúde. Explicou que, na avaliação desse Colegiado, a 13ª deveria ter um diferencial em relação às
1508 conferências anteriores da saúde, visando a construção de agenda política com diretrizes para
1509 fortalecer e consolidar o SUS. Também apresentou a sugestão de definir tese guia para orientar os
1510 debates nas etapas estaduais e municipais voltando-se à construção da agenda política. Além disso,
1511 expôs a proposta de apresentar na 13ª as experiências exitosas do SUS. Por fim, reiterou a solicitação
1512 de incluir na Comissão Organizadora mais dois representantes do Ministério da Saúde, posto que este
1513 seria o responsável, junto com o CNS, por convocar a 13ª. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, da
1514 Comissão Organizadora da 13ª CNS, acrescentou à exposição do Conselheiro Clóvis Boufleur que a
1515 Comissão decidiu trazer ao Plenário para decisão as propostas para as quais não foi possível chegar a
1516 consenso. Enfatizou que a Comissão Organizadora entendeu a necessidade de a 13ª CNS ser
1517 diferente em relação às anteriores e, nessa lógica, reiterou a importância de avaliar os resultados das
1518 9ª, 10ª, 11ª e 12ª Conferências de Saúde. Por fim, reforçou o entendimento de que a 13ª Conferência
1519 deveria definir agenda política ascendente para o SUS para os próximos dez anos. Conselheiro **José**
1520 **Carlos de Moraes** solicitou maiores informações sobre o propósito dos seminários de avaliação das

1521 conferências de saúde. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**, da Comissão Organizadora da 13ª
1522 CNS, explicou que os seminários visavam discutir o que precisava ser feito, além do que já havia, na
1523 perspectiva de dar maior credibilidade e incentivar a participação dos delegados que estavam
1524 desacreditados em relação às conferências devido à falta de implementação das decisões. Além disso,
1525 lembrou que foi sugerido na Comissão Organizadora o adiamento da Conferência para data posterior à
1526 prevista, caso fosse necessário para melhor preparação da Conferência. Conselheiro **Flávio Heleno**
1527 **Poppe de Figueiredo**, da Comissão Organizadora da 13ª CNS, explicitou que, após amplo debate, a
1528 saúde suplementar foi incluída dentre os subtemas, pois a intenção da 13ª era inovar, com discussão
1529 ampla de todas as políticas do país visando a definição de políticas de saúde, posto que a saúde
1530 suplementar atendia em torno de 42 milhões de brasileiros. Também solicitou que o Plenário
1531 ponderasse sobre a inclusão de um representante das entidades médicas na Comissão Organizadora
1532 da 13ª. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** registrou a dificuldade da Comissão Organizadora na
1533 construção das propostas do temário da 13ª Conferência. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, ainda em
1534 relação à proposta de seminário, explicou que a intenção era realizar seminário nacional com
1535 representantes dos estados, para avaliação das conferências de saúde cujo resultado seria submetido
1536 às etapas estaduais e nacional da 13ª como subsídio para debate. Concluídas as colocações dos
1537 integrantes da Comissão Organizadora, foi aberta a palavra para esclarecimentos, antes de entrar no
1538 debate das propostas apresentadas pela Comissão. Conselheiro **José de Rocha Carneiro**
1539 informou que encaminhara à Secretaria-Executiva do CNS indicação de representante da SBPC para
1540 ocupar a vaga de convidado destinada à comunidade científica na Comissão Organizadora. O
1541 Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, informou que prevaleceria as indicações
1542 dos segmentos e a SE/CNS emitiu ofício com convite e aguardava a indicação dos nomes para ocupar
1543 as vagas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que solicitara a inclusão de representante
1544 do Fórum Social Mundial da Saúde na Comissão Organizadora da 13ª e o pleito não foi atendido. O
1545 Presidente do CNS informou que verificaria a questão e retornaria posteriormente. Conselheiro
1546 **Antônio Alves de Souza** sugeriu que o Presidente do CNS dialogasse com o Ministro da Saúde na
1547 perspectiva de pactuar a convocação conjunta (Ministério da Saúde e CNS) da 13ª Conferência
1548 Nacional de Saúde e outras questões na perspectiva de garantir a continuidade do processo, mesmo
1549 que houvesse mudanças na direção do Ministério da Saúde. Não houve manifestações contrárias à
1550 proposta. Feitas essas falas, o Plenário decidiu debater as sugestões da Comissão Organizadora,
1551 iniciando-se pela sugestão de objetivo geral: “Definir diretrizes para o fortalecimento do SUS universal,
1552 humanizado e de qualidade, como política de Estado”. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous**
1553 cumprimentou o trabalho da Comissão, contudo, discordou da proposta de objetivo geral, que não sua
1554 visão era geral e filosófico. Defendeu que a 13ª Conferência fosse além do que foi feito nas
1555 conferências anteriores e, nesse sentido, comprometeu-se a apresentar proposta de redação à mesa.
1556 Conselheiro **Rogério Tokarski** sugeriu que o objetivo geral contemplasse a idéia de gestão
1557 responsável do SUS. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** sugeriu que o objetivo geral
1558 contemplasse os seguintes eixos: políticas de Estado na saúde, promoção à saúde, fortalecimento do
1559 SUS e ampliação do Controle Social. Conselheira **Raquel Rigotto** defendeu a definição de objetivos
1560 gerais e específicos, com as seguintes redações: a) gerais - ouvir a sociedade sobre os caminhos para
1561 avançar na garantia do direito à saúde para todos e ampliar o debate e a organização tanto do Estado
1562 quanto da sociedade para garantia do direito à saúde; b) específicos - desafios para saúde no século
1563 XXI, construção de políticas públicas saudáveis, construção do SUS para todos e o papel da sociedade
1564 na garantia do direito à saúde para toda população. Conselheira **Zilda Arns Neumann** apresentou
1565 proposta de redação para o objetivo geral, entendendo que deveria ser sucinto e direto: “fortalecimento
1566 do SUS como política de Estado”. Conselheiro **Alceu José Peixoto Pimentel** cumprimentou os
1567 conselheiros e informou a distribuição de materiais, na perspectiva de contribuir com o Controle Social:
1568 revista de bioética, com discussão do simpósio sobre terminalidade que resultou na resolução sobre
1569 terminalidade da vida; duas resoluções, uma sobre HIV/AIDS e outra sobre hanseníase; e resolução
1570 sobre contracepção de emergência. Além disso, informou que os representantes das entidades
1571 médicas no CNS discordavam da forma de definição de representações no segmento dos
1572 trabalhadores, referindo-se a escolha de nomes para participar da Comissão Organizadora da 13ª
1573 Conferência. Assim, esses representantes não mais participariam da definição de representação nesse
1574 segmento para participar das decisões no Plenário. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco**
1575 **Batista Júnior**, comprometeu-se a reunir com os representantes das entidades médicas no CNS para
1576 tratar da questão. Conselheira **Graciara matos de Azevedo** solicitou que a representação dos
1577 profissionais de saúde também participasse dessa reunião com os representantes das entidades
1578 médicas. Seguindo a discussão, Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou como tema
1579 central a ser tratado na Conferência o financiamento na perspectiva de dar lastro político para o
1580 desenvolvimento do Sistema. Além disso, destacou que garantir a participação e o envolvimento de
1581 toda a sociedade brasileira na 13ª seria o diferencial desta em relação a conferências anteriores. Por

1582 fim, lembrou que, definida a idéia do temário da 13ª Conferência, o Plenário poderia delegar a
1583 definição do *slogan* à equipe de comunicação. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** apresentou como
1584 sugestão de objetivo geral: consolidação do SUS universal, integral, humanizado e qualificado como
1585 Política de Estado, com efetivo controle social. Conselheiro **Volmir Raimondi** considerou que a 13ª
1586 Conferência se diferenciaria das conferências anteriores se oportunizasse aos usuários e profissionais
1587 relatar os problemas que enfrentavam na ponta do Sistema. Conselheiro **Moisés Goldbaum** sugeriu
1588 como objetivo geral para a 13ª Conferência: pensar formas de aprimorar as políticas de saúde com
1589 intersetorialidade. Conselheira **Fernanda Lopes** também concordou com a necessidade de a 13ª
1590 Conferência ir além do que já foi feito e, nessa linha, defendeu a definição de objetivos gerais e
1591 específicos a partir da seguinte lógica: saúde como direito fundamental e um bem público global e
1592 instrumento de desenvolvimento humano econômico e social, contemplada no bloco da seguridade
1593 social. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** reiterou a proposta de a 13ª Conferência ir além,
1594 reforçando a concepção de saúde proposta pela Conselheira Fernanda, tendo como eixos para debate:
1595 resgatar o papel do Estado – saúde como direito do cidadão e papel do Estado; políticas públicas,
1596 buscando seguridade social; promoção da saúde; fortalecimento do SUS; ampliação do controle social;
1597 desafios da saúde no século XXI; e papel da sociedade na garantia do direito à saúde. Concluídas as
1598 intervenções, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** fez uma síntese das sugestões dos conselheiros. O
1599 Presidente do CNS, **Francisco Batista Júnior**, apresentou as propostas de redação para o objetivo
1600 geral sugeridas até aquele momento: **1) proposta original - definir diretrizes para o fortalecimento do**
1601 **SUS universal, humanizado e de qualidade, como política de Estado; 2) proposta da Conselheira**
1602 **Gyséle Tannous - debater os entraves para os avanços do SUS e traçar estratégias de ação do**
1603 **controle social para efetivação de saúde garantida como direito constitucional, com mobilização,**
1604 **articulação, fortalecimento intersetorial e defesa do SUS como política de Estado universal, equânime**
1605 **e integral; e 3) proposta da Conselheira Zilda Arns - fortalecimento do SUS como política de Estado.**
1606 Apresentadas as sugestões, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheira **Ruth**
1607 **Ribeiro Bittencout** sugeriu contemplar no objetivo geral a idéia de ouvir a sociedade visando a
1608 garantia do direito à saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu a ampliação do
1609 objetivo da 13ª Conferência para além do debate do fortalecimento SUS, com foco na discussão do
1610 processo da seguridade social, de desenvolvimento sustentável da sociedade, entre outros temas.
1611 Conselheira **Zilda Arns Neumann** defendeu a sua proposta de objetivo geral “fortalecimento do SUS
1612 como política de Estado” e a definição de objetivos específicos, contemplando inclusive os
1613 condicionantes sociais da saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** avaliou que não havia
1614 discordância sobre os conteúdos a serem contemplados no objetivo geral da 13ª Conferência, havendo
1615 dificuldade apenas na forma. Assim, considerando a dificuldade de definir texto em Plenário, sugeriu
1616 que fosse destacada comissão para elaborar sugestão de texto a partir dos conteúdos propostos pelo
1617 Plenário. Colocou como sugestões de nomes: **Fernanda Lopes, Gyséle Saddi Tannous, Fernanda**
1618 **Lopes, Moisés Golbaum e Wander Geraldo da Silva.** Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** sugeriu que
1619 a equipe de comunicação do CNS auxiliasse no trabalho da comissão. Conselheira **Lígia Bahia** propôs
1620 que o conjunto de sugestões do Plenário fosse tratado como objetivos da 13ª Conferência, posto que
1621 as propostas não eram contrárias entre si, a serem trabalhadas pela Comissão Organizadora e pelo
1622 Plenário do CNS. Conselheiro **José de Rocha Carneiro** defendeu a sugestão da Conselheira **Zilda**
1623 **Arns** para objetivo geral e como tema central: o SUS – desenvolvimento econômico e social.
1624 Conselheiro **Raimundo Sotero** sugeriu que o temário contemplasse a educação em saúde. Feitas
1625 essas considerações, o Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** colocou em
1626 votação as seguintes propostas: **constituir comissão para elaborar sugestão de texto para o**
1627 **objetivo geral, tendo por base os conteúdos propostos pelo Plenário. Nomes indicados:**
1628 **Conselheira Fernanda Lopes, Conselheira Gyséle Saddi Tannous, Conselheira Fernanda Lopes,**
1629 **Conselheiro Moisés Golbaum, Conselheiro José Luiz Spigolon e Conselheiro Wander Geraldo**
1630 **da Silva. A proposta foi aprovada. A comissão se reuniria no intervalo da reunião e apresentaria**
1631 **a proposta de redação no período da tarde.** Definido esse ponto, o Pleno decidiu discutir a proposta
1632 de composição da Comissão Organizadora da 13ª, que não ficaria prejudicada com a falta de definição
1633 do objetivo geral naquele momento. Conselheira **Lígia Bahia**, da Comissão Organizadora da 13ª
1634 Conferência, apresentou a proposta de ampliar a Comissão Organizadora com inclusão de mais dois
1635 representantes do Ministério da Saúde e um do Fórum Social Mundial da Saúde. Conselheiro **Eni**
1636 **Carajá Filho**, em nome da Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde, apresentou o
1637 nome do Sr. José Teófilo Cavalcanti, do CES/PI, para a vaga de convidado destinada à Coordenação
1638 da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Conselheira **Lígia Bahia** submeteu à apreciação do
1639 Pleno a sugestão de um representante da SBPC para ocupar a vaga de convidado destinada à
1640 academia/universidade na Comissão Organizadora. Não havendo outras proposições, o Presidente do
1641 CNS submeteu à apreciação do Pleno as propostas: **a) ampliar a Comissão Organizadora para 23**
1642 **integrantes, com inclusão de mais dois representantes do Ministério da Saúde e um do Fórum**

1643 **Social Mundial da Saúde; e b) referendar as indicações: um representante da SBPC para ocupar**
1644 **a vaga de convidado destinada à academia/universidade e o nome do Sr. José Teófilo**
1645 **Cavalcanti para a vaga de convidado destinada à Coordenação da Plenária Nacional de**
1646 **Conselhos de Saúde. As propostas foram aprovadas por unanimidade.** Conselheiro **José Marcos**
1647 **de Oliveira** solicitou que esses e os demais componentes da Comissão Organizadora fossem
1648 convocados a participar da próxima reunião que ocorreria no dia 28 de fevereiro de 2006. Conselheiro
1649 **Antônio Alves de Souza** sugeriu que o Presidente do CNS acompanhasse as reuniões da Comissão
1650 Organizadora até a definição sobre a coordenação geral da 13ª Conferência. Na sua visão, o
1651 Presidente do CNS deveria ser o coordenador-geral, contudo, entendeu que essa questão deveria ser
1652 tratada posteriormente. **Não havendo outros inscritos, o Presidente do CNS colocou em**
1653 **apreciação a proposta do Conselheiro Antônio Alves que foi aprovada por unanimidade: o**
1654 **Presidente do CNS participará das reuniões da Comissão Organizadora da 13ª Conferência.**
1655 Definido esse ponto, a coordenação encerrou os trabalhos da manhã do segundo dia de reunião. O
1656 grupo indicado para elaborar texto para o objetivo geral se reuniria no intervalo para apresentar a
1657 proposta no período da tarde. Estiveram presentes os seguintes conselheiros na manhã do segundo
1658 dia de reunião: **Antônio Alves de Souza, Artur Custódio M. de Souza, Cândida Maria Bittencourt**
1659 **Carvalho, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Daniela Batalha Trettel, Eufrásia Santos Cadorin,**
1660 **Fernanda Lopes, Flávio Heleno Poppe de Figueiredo, Francisca Valda da Silva, Francisco**
1661 **Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Gysélle Saddi Tannous, Graciara Matos de Azevedo, João**
1662 **Donizeti Scaboli, José de Rocha Carvalheiro, José Marcos de Oliveira, Lérida Maria dos Santos**
1663 **Vieira, Lúgia Bahia, Moisés Goldbaum, Néventon R. Vargas, Nildes de Oliveira Andrade,**
1664 **Raimundo Sotero, Raquel M. Rigotto, Rogério Tokarski, Ruth Ribeiro Bittencout, Sílvia Fernanda**
1665 **Martins Casagrande, Sílvia Marques Dantas, Valdirlei Castagna, Vânia Glória Alves de Oliveira,**
1666 **Volmir Raimondi, Wander Geraldo da Silva e Zilda Arns Neumann. Suplentes: Abdias José dos**
1667 **Santos, Alceu José Peixoto Pimentel, Armando Martinho Bardou Raggio, Armando Tadeu**
1668 **Guastapaglia, Cleuza de Carvalho Miguel, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz Eliotério, Geusa Maria**
1669 **Dantas Lélis, José Carlos de Moraes, José Eri Medeiros, José Luiz Spigolon, Juarez Pires de**
1670 **Souza, Lílian Alicke, Maria Emínia Ciliberti, Noemy Yamaguishi Tomita, Ronald Ferreira dos**
1671 **Santos e Valdenir Andrade França.** Reiniciando os trabalhos, foi aberta a palavra à Conselheira
1672 **Gysélle Saddi Tannous**, que apresentou a proposta de redação para o objetivo geral, elaborada pelo
1673 grupo, a saber: definir diretrizes para o avanço na garantia da saúde como direito fundamental,
1674 condicionado e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social e apontar estratégias
1675 para fortalecer a mobilização e participação social no enfrentamento dos desafios atuais na
1676 consolidação desta política de Estado. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** manifestou acordo com a
1677 proposta, contudo, sugeriu a exclusão do termo “consolidação”. **O Plenário acatou a sugestão.** As
1678 considerações seguintes não discordaram do mérito da proposta, por entender que contempla as
1679 discussões do Plenário, contudo, apontaram a necessidade de reformular a redação no sentido de
1680 torná-la mais clara, sucinta e objetiva. Dessa forma, a mesa colocou em votação a proposta de
1681 redação: **definir diretrizes para o avanço na garantia da saúde como direito fundamental,**
1682 **condicionado e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social e apontar**
1683 **estratégias para fortalecer a mobilização e participação social no enfrentamento dos desafios**
1684 **atuais desta política de Estado. O Plenário acatou a proposta e definiu que a comissão**
1685 **organizadora reformularia a redação no sentido de tornar o objetivo geral mais sucinto, claro e**
1686 **objetivo.** Continuando, foi aberta a discussão sobre o tema central da 13ª Conferência. Conselheiro
1687 **Clóvis A. Bouffleur** reapresentou as sugestões de tema central da Comissão Organizadora da 13ª
1688 Conferência: **1) Consolidar o SUS como política de Estado e desenvolvimento; 2) Saúde:**
1689 **desenvolvimento e justiça social; 3) Educação em saúde: direito de todos e todas; e 4) Saúde é**
1690 **qualidade de vida, SUS é desenvolvimento e justiça social.** Feita a apresentação, abriu a palavra para
1691 considerações do Plenário. Os conselheiros defenderam propostas e apresentaram novas sugestões
1692 de redação. Após debate, a coordenação da mesa colocou em apreciação as sugestões de redação e
1693 chegou-se a seis propostas concretas de redação. Assim, com anuência do Plenário, o Presidente do
1694 CNS colocou em votação as seis propostas de redação, com o seguinte resultado: **1) Consolidar o**
1695 **SUS como política de Estado e desenvolvimento – um voto; 2) Saúde: desenvolvimento e justiça social**
1696 **– um voto; 3) Educação em saúde: direito de todos e todas – dois votos; 4) Saúde é qualidade de vida,**
1697 **SUS é desenvolvimento e justiça social – dois votos; 5) Saúde: política de Estado, qualidade de vida e**
1698 **desenvolvimento - sete votos; e 6) Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e**
1699 **desenvolvimento – 14 votos. De acordo com a votação foi aprovado como tema da 13ª**
1700 **Conferência: Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento.** Continuando, foi
1701 aberta a discussão dos subtemas da 13ª Conferência. Inicialmente, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur**
1702 apresentou a proposta de consolidar as idéias chegando a dois ou três subtemas da 13ª Conferência a
1703 fim de otimizar os debates. Nesse sentido, submeteu à apreciação as sugestões de subtemas da

1704 Comissão Organizadora, sendo: **1)** Os 21 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde: avanços e
1705 desafios do SUS em cada esfera de Governo; **2)** Saúde: desenvolvimento econômico-social e
1706 qualidade de vida; **3)** Saúde e determinantes sociais, os modelos de atenção e gestão e pactos pela
1707 saúde; **4)** O caráter público X privado das políticas de saúde: a desprivatização do financiamento,
1708 gestão e ofertas de serviços, como estratégias de fortalecimento do SUS; e **5)** Saúde Suplementar:
1709 enfraquecimento ou fortalecimento do SUS?. Na seqüência, abriu a palavra para considerações do
1710 Plenário. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu a junção dos
1711 subtemas: “O caráter público X privado das políticas de saúde: a desprivatização do financiamento,
1712 gestão e ofertas de serviços, como estratégias de fortalecimento do SUS” e “Saúde Suplementar:
1713 enfraquecimento ou fortalecimento do SUS?”. Conselheiro **Eni Carajá Filho** defendeu como subtema
1714 central da 13ª Conferência: “Saúde e determinantes sociais, os modelos de atenção e gestão e pactos
1715 pela saúde”. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** apresentou como sugestão de subtema para a 13ª
1716 Conferência: estabelecer controles mais rigorosos e mais claros sobre a aplicação dos recursos
1717 destinados à saúde. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu como redação para atender a sugestão
1718 do conselheiro Geraldo Adão: controle e rigor dos orçamentos da saúde. Conselheiro **Néwenton**
1719 **Vargas** sugeriu a inclusão do subtema: educação e comunicação: instrumentos de fortalecimento do
1720 SUS. Conselheira **Fernanda Lopes** apresentou as seguintes sugestões de subtemas, elaboradas pelo
1721 Grupo que formulou a redação para o objetivo geral, em consonância com o debate do Plenário: 1)
1722 Desafios para efetivação do direito humano à saúde no século XXI; 2) Consolidando Políticas Públicas
1723 para a saúde e qualidade de vida; 3) Consolidando o SUS no âmbito da seguridade social; e 4) O
1724 papel da sociedade na efetivação do direito humano à saúde. Além disso, ressaltou a importância de
1725 incluir nos subtemas o debate sobre educação permanente e comunicação como eixos transversais.
1726 Conselheiro **José Carlos de Moraes** concordou com os subtemas apresentados pela Conselheira
1727 Fernanda Lopes com o entendimento de que seriam incorporados no elenco de temas dos debates
1728 que iriam nortear a 13ª Conferência. Também chamou a atenção para a necessidade de reformular o
1729 trecho “a desprivatização do financiamento”. Conselheira **Zilda Arns Neumann** defendeu a inclusão
1730 dentre os subtemas da 13ª Conferência de: Atenção à saúde, gestão e controle social e Pacto pela
1731 Vida. Conselheira **Raquel Rigotto** explicou que o esforço do grupo foi no sentido de organizar grandes
1732 eixos que tivessem coerência com o objetivo geral e pudessem contemplar a diversidade de temas
1733 específicos apresentados pelos conselheiros. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** sugeriu ainda
1734 como subtema: intersectorialidade das políticas públicas como instrumento de promoção à saúde.
1735 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** destacou a importância de garantir a discussão dos Pactos pela Vida,
1736 em Defesa do SUS e de Gestão, dada a discussão nos estados e municípios. Além disso, sugeriu nova
1737 redação a dois subtemas propostos pelo grupo, sendo: “Políticas Públicas para a saúde e qualidade de
1738 vida” e “O SUS no âmbito da seguridade social”. Conselheira **Cândida Maria Carvalheira** propôs que
1739 fosse incluído entre os subtemas: “Política de Alta Complexidade”. O Presidente do CNS, Conselheiro
1740 **Francisco Batista Júnior** destacou que a preocupação da Conselheira estava contemplada no
1741 subtema “O caráter público X privado das políticas de saúde: a desprivatização do financiamento,
1742 gestão e ofertas de serviços, como estratégias de fortalecimento do SUS”. Conselheira **Lígia Bahia**
1743 sugeriu que os conselheiros redigissem informe do debate sobre a 13ª Conferência para suas
1744 entidades, a fim de que estas se manifestassem. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** propôs que na
1745 13ª Conferência fosse feita referência à 8ª Conferência Nacional de Saúde. Além disso, sugeriu como
1746 subtema: Saúde – desenvolvimento econômico social e qualidade de vida. Conselheiro **Flávio Heleno**
1747 **Poppe** apelou para que fosse mantido o subtema “Saúde Suplementar: enfraquecimento ou
1748 fortalecimento do SUS?”. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** propôs acrescentar às propostas
1749 apresentadas pelo grupo o subtema: os desafios para o desenvolvimento do trabalho na saúde.
1750 **Encaminhando, o Presidente do CNS, Conselheiro Francisco Batista Júnior, sugeriu que o**
1751 **grupo responsável pela proposta dos quatro subtemas elaborasse redação final contemplando**
1752 **as sugestões dos conselheiros. A proposta foi aprovada.** Definido esse ponto, foi iniciado o debate
1753 do calendário, tendo por base a sugestão da Comissão Organizadora: **1)** Etapa municipal – de 1º de
1754 abril a 31 de julho de 2007; **2)** Etapa estadual – de 1º de agosto a 15 de outubro de 2007; e **3)** Etapa
1755 nacional – de 14 a 18 de novembro de 2007. A Etapa Nacional terá o limite máximo de 3000 delegados
1756 (as), e segue o critério de distribuição populacional nas tabelas anexas. Local: Brasília. O Presidente
1757 do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, apresentou nova proposta de calendário, sendo: **1)**
1758 Etapa municipal – de 15 de março a 15 de agosto de 2007; **2)** Etapa estadual – de 15 de agosto a 15
1759 de outubro de 2007; e **3)** Etapa nacional – de 14 a 18 de novembro de 2007. Conselheira **Eufrásia**
1760 **Santos Cadorin** sugeriu que houvesse um intervalo de dez dias entre as etapas municipais e
1761 estaduais, a fim de haver tempo para conclusão dos relatórios municipais. As considerações que se
1762 seguiram manifestaram apoio à proposta de ampliação do prazo para a realização das etapas
1763 municipais. Conselheiro **Eni Carajá Filho** também informou que alguns municípios realizariam
1764 conferências no mês de março e, nesse sentido, perguntou se essas valeriam como etapas municipais

1765 da 13ª Conferência. Além disso, indagou se os municípios que realizaram conferência em 2006 teriam
1766 que realizar conferência municipal específica para 13ª Conferência. A partir das intervenções, o
1767 Presidente do CNS destacou que, para realização das conferências municipais, era essencial a
1768 disponibilização do Regimento Interno do CNS, que seria aprovado na reunião ordinária de março de
1769 2007. Nesse sentido, sugeriu que as conferências municipais ocorressem de 15 de março a 5 de
1770 agosto de 2007. As etapas estaduais de 15 de agosto a 15 de outubro de 2007, com intervalo de dez
1771 dias entre estas e as etapas municipais para possibilitar a conclusão dos relatórios. Conselheiro
1772 **Ronald Ferreira dos Santos** manifestou preocupação com a proposta de marcar o início das etapas
1773 municipais para 15 de março, posto que o Regimento Interno da 13ª Conferência seria aprovado no
1774 início de março de 2007. Nesse sentido, defendeu a data de 1º de abril a 5 de agosto de 2007 para a
1775 realização das conferências municipais. Conselheiro **José Carlos de Moraes** sugeriu que o Regimento
1776 Interno da 13ª Conferência definisse que os municípios que já realizaram as suas conferências e
1777 elegeram os seus delegados, não necessariamente precisariam realizar nova conferência, contudo,
1778 precisavam seguir o calendário. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, sugeriu
1779 que fosse atribuída à Comissão Organizadora a tarefa de decidir a respeito das conferências
1780 municipais já realizadas, verificando se os debates nessas etapas atendiam aos interesses da
1781 discussão maior da conferência nacional. Conselheiro **José Carlos de Moraes** ponderou que as
1782 conferências municipais foram legitimamente convocadas, assim, questionou se a Comissão
1783 Organizadora ou outra instância poderia atestar a sua "validade". Por isso, defendeu que não houvesse
1784 necessidade de realização de nova conferência nos municípios que já realizaram. Conselheiro **José**
1785 **Marcos de Oliveira** manifestou preocupação com a proposta de delegar à Comissão Organizadora a
1786 tarefa de verificar se as conferências municipais já realizadas iam ao encontro das definições acerca
1787 da 13ª Conferência. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou se os municípios que já realizaram
1788 conferências municipais poderiam promover plenária para eleger delegados. Conselheiro **Ronald**
1789 **Ferreira dos Santos** defendeu como obrigatória a etapa municipal para debater os eixos temáticos da
1790 13ª Conferência. Conselheiro **José de Rocha Carneiro** lembrou que o Plenário definiu, na última
1791 reunião do CNS, não reconhecer conferências regionais em substituição às etapas municipais.
1792 Encaminhando, o Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, ressaltou que não era
1793 possível considerar que qualquer plenária poderia ser legitimada como etapa municipal, sem
1794 necessidade de realização de conferência municipal. Além disso, destacou que nas conferências de
1795 saúde anteriores houve problemas a respeito da realização de reuniões ampliadas que elegiam
1796 delegados para a etapa municipal. Lembrou que, nesses casos, a Comissão Organizadora fazia o
1797 julgamento e definia. Assim, defendeu que a Comissão Organizadora, a exemplo das conferências
1798 anteriores, julgasse as exceções, remetendo ao Pleno do CNS para decisão, caso julgasse necessário.
1799 Conselheiro **José Eri Medeiros** destacou que a Comissão Organizadora Nacional não teria condições
1800 de analisar todos os casos das conferências municipais. Assim, defendeu que comissões
1801 organizadoras estaduais julgassem os casos relativos às conferências municipais. O Presidente do
1802 CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, explicou que a Comissão Organizadora da etapa
1803 nacional se manifestaria apenas sobre os casos das conferências municipais que apresentaram
1804 recurso à nacional em virtude de o problema não ter sido resolvido na esfera estadual. Conselheira
1805 **Francisca Valda da Silva** destacou que a Comissão Organizadora, conforme conferências anteriores,
1806 julgava os recursos e, quando necessário, trazia para manifestação do Pleno. **Conselheiro Ronald**
1807 **Ferreira dos Santos** sugeriu que essa questão fosse discutida durante o debate do Regimento
1808 Interno da 13ª Conferência que ocorreria no mês março de 2007. A mesa acatou o
1809 encaminhamento. Definido esse ponto, o Presidente do CNS colocou em apreciação e votação a
1810 seguinte proposta de calendário: **a) etapa municipal – de 1º de abril a 5 de agosto de 2007; b)**
1811 **etapa estadual – de 15 de agosto a 15 de outubro de 2007; e c) etapa nacional – de 14 a 18 de**
1812 **novembro de 2007. A proposta foi aprovada por maioria. Três abstenções.** Seguindo, o
1813 Presidente do CNS colocou em discussão a proposta de realização de Seminário/Oficina para
1814 avaliação das conferências de saúde anteriores. Conselheira **Raquel Rigotto** propôs que, para
1815 realização do seminário/oficina, a Secretaria-Executiva do CNS elaborasse documento sobre a
1816 aplicabilidade ou não das propostas e moções das conferências anteriores (9ª, 10ª, 11ª e 12ª). Com
1817 isso, o seminário serviria de conferência prévia da 13ª Conferência, com a participação da Plenária
1818 Nacional de Conselhos de Saúde, onde seriam discutidos os eixos e os subtemas, com vistas a
1819 capacitar os conselheiros e a coordenação da plenária para auxiliar nas etapas estaduais e municipais.
1820 Defendeu ainda que nesse evento houvesse uma mesa para definir a metodologia da 13ª Conferência.
1821 Conselheira **Lígia Bahia**, da Comissão Organizadora, explicou que o seminário seria realizado no
1822 sentido de avaliar as conferências anteriores (9ª, 10ª, 11ª e 12ª), a fim de não repetir o que foi
1823 superado, com a participação dos coordenadores e relatores dessas conferências já realizadas.
1824 Conselheiro **Moisés Goldbaum** lembrou que, após a 12ª Conferência, o CNS comprometeu-se a
1825 avaliar as conferências anteriores, o que não foi feito. Nesse sentido, concordou com a proposta de

1826 avaliar essas conferências, contudo, ponderou que isso não poderia ser feito em apenas um seminário.
1827 Na sua opinião, a avaliação deveria permitir a revisão do temário e da metodologia das conferências
1828 de saúde. A partir das falas, o Presidente do CNS apresentou a seguinte proposta: realizar
1829 seminário/oficina para definir aspectos relativos à metodologia e relatoria para a 13ª Conferência, a
1830 partir da avaliação das conferências anteriores. Conselheira **Raquel Rigotto** sugeriu que o seminário,
1831 além de definir aspectos relativos à metodologia e relatoria para a 13ª Conferência, a partir da
1832 avaliação das conferências anteriores, possibilitasse debate prévio dos temas dessa Conferência, com
1833 vistas a contribuir no processo de mobilização das conferências estaduais e municipais. Conselheiro
1834 **Ronald Ferreira dos Santos** avaliou que a metodologia da 13ª Conferência deveria ser definida no
1835 Regimento Interno. **Com essas falas, o Presidente do CNS submeteu à apreciação do Plenário a**
1836 **seguinte proposta: realizar oficina para avaliar as conferências anteriores e definir aspectos**
1837 **relativos à metodologia e relatoria para a 13ª Conferência, com debate dos temas definidos. A**
1838 **proposta foi acatada.** A Mesa Diretora do CNS definirá a data e o formato da oficina. Seguindo, o
1839 Presidente do CNS colocou em apreciação à proposta de a etapa nacional da 13ª Conferência ter o
1840 limite máximo de três mil delegados, seguindo o critério de distribuição populacional conforme proposto
1841 pela Comissão Organizadora. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** colocou, para reflexão dos
1842 conselheiros, a proposta de na etapa nacional reservar uma vaga para cada Distrito Sanitário Indígena
1843 (34). **Não havendo posições contrárias, o Plenário aprovou a proposta de a etapa nacional da**
1844 **13ª Conferência ter o limite máximo de três mil delegados, seguindo o critério de distribuição**
1845 **populacional.** Seguindo, a mesa colocou em apreciação a proposta de local da 13ª Conferência,
1846 perguntando se havia posição contrária à sugestão de ser realizada em Brasília/DF. O Presidente do
1847 CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, explicou que havia dois espaços disponíveis na data de
1848 14 a 18 de novembro de 2007: Marina Hall – auditório para três mil pessoas, auditório, salas de apoio,
1849 hospedagem (1.200 pessoas) – custo estimado de locação do espaço: R\$ 400 mil; e Expo Brasília –
1850 local de fácil acesso, auditório para 400 pessoas e local para restaurante - dificuldade: construção de
1851 espaços internos. **O Plenário indicou o Marina Hall para a realização da 13ª Conferência. A equipe**
1852 **do Ministério da Saúde optará pelo local mais viável para realização da 13ª Conferência.**
1853 Conselheiro **Armando Raggio** solicitou que a Comissão Organizadora ponderasse sobre a proposta
1854 de a Conferência ser realizada em rede nas 27 Unidades Federadas, além da etapa nacional. O
1855 Presidente do CNS informou que o Canal Saúde faria a transmissão da etapa nacional em tempo real
1856 para todo o país. Enquanto se aguardava a conclusão da proposta de redação para os subeixos da 13ª
1857 Conferência, foi aberta a palavra para apresentação de moção e recomendação. Por solicitação do
1858 Conselheiro **Ciro Mortella**, a fala da Conselheira **Daniela Batalha Trettel** consta, *in verbis*, na ata: “Foi
1859 apresentada hoje de manhã uma proposta de moção, a quem já tenha falado em recomendação, para
1860 que o Conselho apóie a proibição da publicidade de medicamentos. Na verdade, essa é uma
1861 discussão que já se arrasta por algum tempo. Existe na ANVISA uma discussão que já entrou em
1862 consulta pública em novembro de 2005 para que se mude a regulamentação e a idéia é que o
1863 Conselho se posicione no sentido de que a publicidade de medicamentos seja proibida. Aqui tem
1864 alguns dados, há quem contraponha essa possibilidade com a Constituição Federal dizendo que existe
1865 a liberdade de expressão, mas, na verdade, a própria Constituição permite a restrição legal de
1866 propagando de medicamento. Existe também a vulnerabilidade do consumidor, do cidadão, na
1867 verdade, é uma questão de contraposição de saúde versus interesses comerciais de grandes
1868 laboratórios e seria o caso de o Conselho se colocar em favor da vida e da saúde das pessoas que
1869 estão sendo colocadas em risco. Nós temos um dado do Sistema Nacional de Informações Tóxico-
1870 farmacológicas de 2004 dizendo que os medicamentos foram os principais agentes tóxicos envolvidos
1871 em intoxicações, contribuindo para ocorrência de mais de 23 mil registros de intoxicação humana. A
1872 publicidade acaba incentivando o uso indiscriminado de medicamento que também se reflete no
1873 Sistema Único de Saúde que atende essas ocorrências. Essa é a idéia.” Apesar da apresentação, a
1874 proposta de moção não foi apreciada devido ao pedido de vistas dos Conselheiros **Ciro Mortella** e
1875 **José de Rocha Carvalho**. Assim, conforme o Regimento Interno do CNS, a proposta de moção
1876 deverá retornar à pauta da próxima reunião, para apreciação e manifestação do Plenário do CNS. Os
1877 solicitantes do pedido de vistas deverão apresentar parecer sobre a moção. Na seqüência, Conselheiro
1878 **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou proposta de moção, elaborada pela COFIN/CNS, com as
1879 sugestões do Conselheiro **José Marcos de Oliveira** e Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, onde
1880 o CNS manifesta o seu repúdio: a qualquer política que represente corte ou contingenciamento dos
1881 recursos do SUS nas três esferas de governo (DRU, DRE ou qualquer outra iniciativa), à demora na
1882 aprovação do PLP nº. 001/03 nos termos já aprovados pelas comissões da Câmara Federal e à
1883 proposta de substitutivo do PLP nº. 01/03, elaborado pelos representantes dos governos estaduais
1884 através do CONFAZ, que implica em termos significativos de recursos colocando em risco a existência
1885 do SUS. Conselheiro **Moisés Goldbaum** apresentou as seguintes sugestões: excluir a palavra
1886 “contingenciamento” do primeiro item da moção, entendendo que contingenciamento não era sinônimo

1887 de corte orçamentário; e acrescentar sétimo considerando “o que sugere a forte possibilidade de cortes
1888 orçamentários”. Conselheiro **Armando Martinho Raggio** discordou da expressão do documento
1889 “moção de repúdio” e solicitou que o CNS não adotasse, porque era necessário manter diálogo com os
1890 negociadores das finanças públicas do País – governos municipais, estaduais e federal. Nesse sentido,
1891 sugeriu que a moção fosse “em favor da manutenção do acesso universal, integral e equânime da
1892 saúde” e contra os movimentos explicitados nos itens da moção. Conselheiro **José de Rocha**
1893 **Carvalho** defendeu que a proposta fosse aprovada como moção de repúdio com manutenção do
1894 termo “contingenciamento”. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** também defendeu que o
1895 documento fosse aprovado na forma de moção de repúdio, como posição política do CNS a ser
1896 utilizada no processo de negociação. Conselheira **Daniela Batalha Trettel** lembrou que no dia anterior
1897 o Plenário deliberou pela elaboração de Moção de Repúdio, logo, defendeu que o documento fosse
1898 mantido como tal. Conselheiro **Raimundo Sotero** salientou a necessidade de dar visibilidade do
1899 documento. **Como encaminhamento, o Presidente do CNS colocou em apreciação a proposta**
1900 **moção de repúdio, nos termos propostos, que foi aprovada com um voto contrário e duas**
1901 **abstenções.** Conselheiro **Moisés Goldbaum** declarou o seu voto contrário à proposta, por considerar
1902 que a posição do CNS não deveria ser explicitada na forma de moção de repúdio e não deveria ter
1903 sido incluída a questão do contingenciamento. Definido esse ponto, foi aberta a palavra à Conselheira
1904 **Raquel Rigotto** para apresentação da proposta de subtemas elaborada pelo GT destacado pelo
1905 Plenário, sendo: **1) Desafios para efetivação do direito humano à saúde no século XXI: a)**
1906 **Desenvolvimento Econômico-Social, Saúde e Qualidade de Vida: tendências no Brasil e no Mundo; b)**
1907 **O direito à saúde na agenda política nacional; c) Determinantes e condicionantes sociais; e d) Os 21**
1908 **anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde: caminhos e descaminhos da Reforma Sanitária. 2)**
1909 **Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: a) Intra-setorialidade; b) Transversalidade; e c)**
1910 **Inter-setorialidade das políticas públicas como instrumento de garantia ao direito humano da saúde. 3)**
1911 **O SUS no âmbito da seguridade social: a) Saúde no âmbito da seguridade social; b) Garantia de**
1912 **financiamento; c) Pacto pela vida e em defesa do SUS (responsabilidades das três esferas de governo,**
1913 **nos três níveis de atenção); d) Responsabilidade sanitária e regulação; e) Desafios para o**
1914 **desenvolvimento do trabalho em saúde (formação, relações e condições de trabalho e organização**
1915 **político institucional); f) Educação permanente; e g) A relação com o setor privado: planos de saúde e**
1916 **regulação. 4) O papel da sociedade na efetivação do direito humano à saúde: a) Educação**
1917 **permanente para a participação da sociedade na formulação e monitoramento das políticas públicas;**
1918 **b) Informação e comunicação como instrumentos de mobilização e participação sociais; e c)**
1919 **Fortalecimento da luta em defesa da vida e da saúde como um direito: fóruns e instâncias de controle**
1920 **social. Na seqüência, foi aberta a palavra para manifestação dos conselheiros. Conselheiro Raimundo**
1921 **Sotero** sugeriu reformular o primeiro tema do sub-eixo “A participação da sociedade na efetivação do
1922 direito humano à saúde” de forma a garantir que o indivíduo conhecesse o seu direito à saúde. Para
1923 atender essa preocupação, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** sugeriu contemplar no primeiro tema a
1924 Política de Educação Permanente para o Controle Social, pois a mesma trata da participação da
1925 sociedade e fortalecimento do Controle Social a partir de políticas públicas. Conselheira **Zilda Arns**
1926 **Neumann** propôs emenda ao subtema, cuja redação passaria a ser: “Educação permanente para a
1927 promoção da saúde e para a participação da sociedade na formulação e monitoramento das políticas
1928 públicas”. Conselheira **Eufrásia Cadorin** defendeu a manutenção do texto original do primeiro tema do
1929 quarto subtema, por entender que as políticas públicas contemplava a promoção da saúde.
1930 Conselheiro **José de Rocha Carvalho** destacou que a promoção da saúde contemplava
1931 implicitamente a educação permanente, logo, discordou da proposta de incluir “para a promoção da
1932 saúde”. Conselheiro **Raimundo Sotero** defendeu a proposta de incluir a emenda sugerida pela
1933 Conselheira **Zilda Arns**, dada a necessidade de ressaltar a importância da prevenção. Conselheiro **Eni**
1934 **Carajá Filho** apresentou Questão de Ordem: que o Plenário se manifestasse apenas sobre as
1935 questões conceituais, pois a proposta do grupo refletia as sugestões do Plenário. Conselheiro **Clóvis**
1936 **A. Bouffleur** solicitou que as sugestões dos conselheiros fossem de conteúdo a fim de se avançar no
1937 debate. Conselheira **Fernanda Lopes** explicou que, conforme o entendimento do grupo, o subtema e
1938 tema, respectivamente, “O papel da sociedade na efetivação do direito humano à saúde” e “Educação
1939 permanente para a participação da sociedade na formulação e monitoramento das políticas públicas”
1940 não se referiam à promoção da saúde, mas sim à participação da sociedade em defesa do direito
1941 humano à saúde. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** perguntou se havia posição contrária em incluir
1942 “promoção da saúde” em um dos sub-eixos da 13ª Conferência. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin**
1943 apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: aprovar os quatro subtemas propostos pela
1944 Comissão e delegar à Comissão Organizadora a distribuição dos conteúdos (sugestões de temas) nos
1945 quatro subtemas. Assim, este item seria trazido na próxima reunião do CNS. **Seguindo este**
1946 **encaminhamento, Conselheiro Clóvis A. Bouffleur colocou em votação os quatro subtemas, que**
1947 **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 **Gyséle 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 Gyséle 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. Boufleur**
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 seqüência, 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 Secretaria-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**

2009 **Glória de Oliveira** fizesse a leitura da nota técnica do MEC em resposta à nota divulgada pelo
2010 Conselho Regional de Medicina de São Paulo, Sindicato dos Médicos de São Paulo, Associação
2011 Paulista de Medicina e Academia de Medicina de São Paulo, por entender que o documento do MEC
2012 poderia responder a várias dúvidas dos conselheiros. A Conselheira **Vânia de Oliveira** fez a leitura da
2013 Nota do MEC onde se esclarece que: a) O MEC está acompanhando cuidadosamente as demandas
2014 por abertura de cursos, especialmente os de Medicina, e elaborou instrumentos mais rigorosos de
2015 regulação. O Decreto nº. 5.773/06 e a Portaria nº 147/07 disciplinam os processos autorizativos de
2016 cursos. b) A Portaria nº. 147/07, que determinou novo procedimento para autorização de cursos de
2017 medicina e direito, excepcionalizou, no parágrafo 7º do artigo 4º, os processos anteriores ao Decreto
2018 nº. 5.773/06. No caso de Medicina, quatro processos, três dos quais em São Paulo. A
2019 excepcionalidade deve-se à legislação existentes até a publicação da Portaria. É importante observar
2020 que os três cursos em questão tinham decisões favoráveis do Conselho Nacional de Educação, um
2021 órgão de Estado, legalmente habilitado para pareceres nos processos. Não havia nenhum motivo para
2022 que o Ministro da Educação não homologasse ou desautorizasse as decisões do Conselho Nacional
2023 de Educação. c) O MEC agiu dentro da legislação vigente, ao contrário do que alegam as entidades
2024 que subscrevem a nota. d) Com a publicação das autorizações de cursos, não há mais processos
2025 anteriores ao Decreto nº. 5.773/06, o que significa que novos cursos seguirão o trâmite estabelecido
2026 pelo Decreto e na Portaria. e) Segundo Portaria Normativa nº. 1, de 10 de janeiro de 2007, todos os
2027 cursos de medicina do país serão avaliados em 2007, de acordo com recomendação da Comissão
2028 Nacional de Avaliação da Educação Superior – CONAES. f) O MEC espera que as entidades
2029 preocupadas com a qualidade da educação superior, em particular as vinculadas ao campo da saúde,
2030 ao invés de pré-julgar propostas cujos méritos foram analisados segundo a legislação existente,
2031 colaborem para que o Ministério e a sociedade brasileira disponham de indicadores objetivos quanto à
2032 qualidade dos cursos em funcionamento. A diretora do DEGES/SGTES/MS, **Ana Stela Haddad**,
2033 reiterou que os três cursos de Medicina de São Paulo tiveram que ser autorizados por falta de respaldo
2034 na legislação vigente. Assim, a Portaria nº. 147/07 foi publicada no sentido de garantir que não
2035 acontecesse o mesmo com os 66 pedidos de abertura de cursos, apresentados antes do Decreto nº.
2036 5.773/06. Salientou que essa regulação seria reforçada se o CNS retomasse a emissão de parecer.
2037 Informou ainda o caso da Universidade de Uningá, no Paraná, que conseguiu liminar da justiça
2038 autorizando a abertura do curso de Medicina, sem autorização do MEC. Disse que o Ministério da
2039 Educação recorreu da decisão e solicitou a manifestação do CNS, uma vez que essa situação poderia
2040 abrir precedente para casos futuros. Nesse sentido, ressaltou a importância de o CNS voltar a emitir
2041 pareceres. Ressaltou que o Decreto nº. 5.773/06 e a Portaria nº. 147/06 definiam que a partir de
2042 parecer contrário do CNS o processo deveria ser re-analisado em instância superior, que poderia
2043 culminar com a não aprovação do curso. Por fim, informou que o Ministro da Educação colocou-se à
2044 disposição para vir ao CNS apresentar a nova legislação de abertura de novos cursos. Conselheira
2045 **Graciara Matos de Azevedo** destacou que o tema era de extrema relevância para o CNS e, por isso,
2046 além das duas oficinas já realizadas, estava programada uma terceira para discutir a matéria. Dessa
2047 forma, manifestou a sua insatisfação com a nota subscrita pelo Conselho Regional de Medicina de São
2048 Paulo, Sindicato dos Médicos de São Paulo e Associação Paulista de Medicina e Academia de
2049 Medicina de São Paulo acusando o CNS de omissão na abertura de três cursos de Medicina em São
2050 Paulo. Destacou que a análise de abertura de novos cursos deveria ser feita à luz da necessidade
2051 social, que envolvia direito fundamental e o parecer do CNS deveria ter caráter terminativo. Por fim,
2052 propôs que o CNS solicitasse a CIRH/CNS a realização, o mais breve possível, de oficina de trabalho
2053 já programada para discutir o tema. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** avocou o Inciso III, Art. 200,
2054 da Constituição Federal que determina “ao SUS compete, além de outras atribuições nos termos da Lei,
2055 ordenar formação de recursos humanos na área da saúde” e a Lei nº. 8.080/90, que define que o
2056 Ministério da Saúde, no âmbito federal, era o gestor do SUS no âmbito nacional para destacar a
2057 responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto instituição, de ordenar recursos humanos na área
2058 da saúde. Assim, destacou que o Ministério da Saúde, junto com o CNS, deveria avaliar e emitir
2059 parecer sobre os pedidos de abertura de novos cursos na área da saúde. Nesse sentido, ressaltou que
2060 seria importante aprofundar a discussão desse tema no âmbito do Ministério da Saúde e considerou
2061 que a CIRH/CNS, enquanto comissão assessora do CNS, poderia emitir parecer, que, ao final, deveria
2062 ser aprovado pelo Plenário do CNS. Por fim, sugeriu como fluxo de emissão de parecer deveria ser:
2063 análise dos pedidos de abertura de cursos à luz dos parâmetros definidos; emissão de parecer pela
2064 CIRH/CNS, com auxílio de suporte técnico; e apreciação e aprovação do Pleno do CNS. Conselheira
2065 **Gyséle Saddi Tannous** destacou que a CIRH/CNS era a instância com delegação do CNS para tratar
2066 da matéria. Também ressaltou que o Plenário promoveu amplo debate sobre parâmetros para abertura
2067 de cursos, contudo, a discussão não foi concluída. Além disso, perguntou a composição da instância
2068 superior que analisaria os pareceres e quis saber se o parecer do CNS teria caráter terminativo.
2069 Conselheiro **Volmir Raimondi** manifestou preocupação com o fato de o tema estar em discussão no

2070 final da reunião, por entender que poderia prejudicar o debate. Assim, solicitou que a mesa verificasse
2071 o quorum. Verificado que havia quorum, o Plenário decidiu continuar a discussão. A representante da
2072 UNE, **Denise Dornelles**, destacou que o tema era muito importante para a UNE e a UBES, devido ao
2073 impacto da formação desenfreada na saúde da população e da importância do debate sobre o acesso
2074 à universidade pública. Ressaltou também que a interrupção da pesquisa sobre a necessidade de
2075 profissionais de saúde no país e a distribuição dos mesmos prejudicou o debate. Registrou que a UNE
2076 era contra a abertura indiscriminada de novos cursos na área da saúde e defendia a abertura de
2077 cursos, priorizando as intuições públicas após a comprovação da necessidade social. No mais,
2078 defendeu que o parecer do CNS tivesse caráter terminativo e, nesse sentido, solicitou apoio do CNS
2079 ao movimento da UNE pela reapresentação do PL nº. 65/03, do Deputado Arlindo Chinaglia. Além
2080 disso, solicitou a divulgação dos 66 cursos que aguardam parecer para abertura de cursos e sugeriu
2081 que a CIRH/CNS realizasse oficina para discutir o tema e trazer os resultados para deliberação do
2082 Plenário. Conselheira **Vânia Glória de Oliveira** ratificou a importância da discussão do Pleno do CNS,
2083 dada a relevância do tema. Informou ainda que solicitou indicação de representante do MEC para a
2084 CIRH/CNS a fim de promover discussão conjunta. Disse ainda que apresentaria o pedido de
2085 disponibilização dos 66 cursos que aguardavam parecer. Também registrou que o Ministério da
2086 Educação não pactuava com a abertura indiscriminada de cursos. Conselheiro **Armando Martinho**
2087 **Raggio** informou que há dez o CNS apreciava e votava parecer e remetia a decisão para o Conselho
2088 Estadual onde se situava a universidade solicitante. Concordeu com a posição de que o parecer do
2089 CNS fosse terminativo, contudo, avaliou que isso não resolveria o problema. Considerou que a
2090 abertura indiscriminada de cursos ocorria por conta da sociedade injusta que possuía pequena elite
2091 com alto poder de compra em um cenário onde a oferta de cursos de graduação era muito aquém da
2092 população que poderia graduar-se. Conselheiro **Moisés Goldbaum** reiterou que o tema era
2093 extremamente complexo e necessitava de discussão profunda, tecnicamente fundamentada, a fim de
2094 dar conta do que determinava a Portaria nº. 147 que diz respeito à relevância social e à integração
2095 com a gestão local. Salientou a necessidade de discutir a questão de forma intersetorial - educação,
2096 saúde, ciência e tecnologia e participação popular - , posto que não se tratava apenas sobre a emissão
2097 ou não parecer do CNS. Por fim, avaliou que o CNS perdeu ao não incluir este tema entre os eixos
2098 temáticos da 13ª Conferência. Conselheira **Noemy Yamagishi Tomita** destacou que há dez o
2099 Conselho Estadual de São Paulo analisava os pedidos de abertura de novos cursos na área da saúde
2100 e, em seguida, enviava ao CNS. Explicou que, à época, o CES/SP chamou a atenção das
2101 universidades para o alto número de cursos de educação física e a partir daí foi definida a
2102 regulamentação para a profissão. Ressaltou ainda que se não fosse a intervenção do CNS a biologia e
2103 a veterinária teriam sido banidas da relação das profissões da área da saúde. Por fim, destacou que os
2104 conselhos profissionais poderiam se manifestar sobre o reconhecimento de cursos e o CNS poderia
2105 incentivar essa manifestação no sentido de melhorar a qualidade do ensino e dos cursos. Conselheiro
2106 **Ronald Ferreira dos Santos** propôs que o CNS procurasse o Presidente da Câmara dos Deputados
2107 para reafirmar a posição sobre o seu papel na regulação. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane**
2108 **Aparecida da Cruz**, chamou a atenção para a gravidade da situação, destacando, para ilustrar, que
2109 30% das ligações recebidas no CNS referiam-se à abertura de novos cursos. Também destacou que,
2110 ao assumir a Secretaria-Executiva do CNS, abriu sindicância para apurar parecer do CNS fraudado por
2111 uma universidade, contudo, não havia resposta até aquele momento e a universidade estava em
2112 funcionamento. Avaliou que aquele momento era propício para a retomada do parecer do CNS. Nesse
2113 sentido, defendeu que o Plenário debatesse politicamente os critérios do parecer, o que possibilitaria
2114 delegar a tarefa de emitir parecer à CIRH/CNS, por exemplo. No mais, lembrou que durante um longo
2115 período os pareceres para abertura de novos cursos eram submetidos à apreciação do Pleno do CNS.
2116 Por fim, reiterou que a solicitação de que o Plenário retomasse a emissão de pareceres e as
2117 negociações com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação.
2118 Conselheiro **Antonio Alves de Souza** perguntou se a Portaria nº. 147/07 se aplicava aos cursos que
2119 viriam a tramitar. A diretora do DEGES/SGTES/MS, **Ana Stela Haddad**, explicou que para os cursos
2120 que viriam a tramitar se aplicaria o Decreto nº. 5.773/06. Disse reconhecer a necessidade de
2121 posicionamento do Ministério da Educação e Conselho Nacional de Saúde e, nesse sentido, estava
2122 sendo trabalhada a câmara interministerial de gestão da educação, com representação da SGTES e
2123 outras secretarias do Ministério da Saúde. Registrou que, mesmo que o CNS decidisse retomar a
2124 emissão de parecer, havia a possibilidade de estreitar diálogo com o MEC na perspectiva de fazer os
2125 ajustes e adequações necessárias. Informou ainda que a SGTES não interrompeu os estudos sobre a
2126 distribuição de profissionais, mas sim o ampliou para as quatorze profissões da área da saúde, em
2127 conjunto com o Ministério da Educação. Além disso, a Secretaria estava desenvolvendo estudos em
2128 relação à distribuição dos empregos. Assim, colocou os estudos à disposição do CNS. Conselheira
2129 **Ruth Ribeiro Bittencout** solicitou Questão de Ordem para informar que naquele momento não havia
2130 mais quorum, assim, o Plenário deveria definir o que fazer. Antes de encaminhar, abriu a palavra aos

2131 demais inscritos. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** explicou que o Conselho decidiu suspender a
2132 emissão de pareceres porque estes tinham caráter consultivo e não terminativo. Logo, em momento
2133 nenhum o CNS se furtou a sua responsabilidade de emitir parecer. Concordeu que o momento era ideal
2134 para o posicionamento do CNS e, nessa linha, sugeriu que o Conselho iniciasse trabalho político com o
2135 Ministério da Saúde para discutir intersetorialmente a questão, com possibilidade de ampliar a Portaria
2136 nº. 147/07. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** registrou a importância de o CNS manter relação
2137 estreita com o MEC. Como encaminhamento, sugeriu que fosse feito convite à Ordem dos Advogados
2138 do Brasil, que emitia parecer sobre a abertura de novos cursos de Direito, para apresentar a sua
2139 experiência ao CNS. A representante da UNE, **Denise Dornelles**, perguntou se o CNS poderia ter
2140 acesso aos 66 cursos que se encontravam no MEC aguardando parecer. A Secretária-Executiva do
2141 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que no CNS havia doze pedidos de parecer relativos a
2142 cursos de Psicologia e Odontologia e, no MEC, 66 pedidos em relação a cursos de Medicina. Explicou
2143 que os 66 cursos já haviam passado pelo CNS e foram encaminhados ao MEC com parecer
2144 inexistente. A representante da UNE, **Denise Dornelles**, sugeriu que o CNS solicitasse ao MEC a
2145 disponibilização dos 66 cursos que aguardavam parecer a fim de que os conselheiros tivessem
2146 conhecimento. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** destacou novamente não havia mais quorum
2147 para deliberação, assim, o Plenário deveria definir o que fazer naquele momento. Conselheira **Eufrásia**
2148 **Santos Cadorin** destacou que era possível tomar decisão em virtude da falta de quorum para
2149 deliberação. Assim, sugeriu que o debate fosse remetido à CIRH/CNS e que o tema fosse retomado na
2150 próxima reunião do CNS. Conselheira **Raquel Rigotto** sugeriu que a mesa sintetizasse as propostas
2151 dos conselheiros e as apresentasse na próxima reunião do CNS para deliberação. Encaminhando,
2152 Conselheira **Fernanda Lopes** também registrou a proposta de criação de câmara intersetorial para
2153 discutir o tema. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou a seguinte proposta: **suspender o**
2154 **debate por falta de quorum; e remeter o tema à discussão da CIRH/CNS, utilizando como**
2155 **subsídio a síntese do debate. A Comissão deverá apresentar o resultado do debate na próxima**
2156 **reunião do CNS para deliberação do CNS. A proposta foi aprovada.** Conselheiro **José Carlos de**
2157 **Moraes** solicitou que o item não fosse incluído nos informes, dada a sua complexidade. Devido ao
2158 adiantado da hora, não foi possível discutir os demais itens dos informes, indicações e expediente,
2159 assim, acordou-se que seriam enviados à Mesa Diretora do CNS para definição. **ENCERRAMENTO –**
2160 Nada mais havendo a tratar, deu-se por encerrada a 170ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram
2161 presentes os seguintes conselheiros: **Artur Custódio M. de Souza, Cândida Maria Bittencourt**
2162 **Carvalho, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Daniela Batalha Trettel, Eufrásia Santos Cadorin,**
2163 **Flávio Heleno Poppe de Figueiredo, Francisca Valda da Silva, Francisco Batista Júnior, Geraldo**
2164 **Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José de Rocha Carvalho,**
2165 **José Marcos de Oliveira, Lérida Maria dos Santos Vieira, Lígia Bahia, Moisés Goldbaum,**
2166 **Néventon R. Vargas, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Sílvia Fernanda Martins**
2167 **Casagrande, Sílvia Marques Dantas, Valdirlei Castagna, Vânia Glória Alves de Oliveira, Volmir**
2168 **Raimondi e Zilda Arns Neumann. Suplentes: Armando Martinho Bardou Raggio, Armando Tadeu**
2169 **Guastapaglia, Cleuza de Carvalho Miguel, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz Eliotério, Geusa Maria**
2170 **Dantas Lélis, José Carlos de Moraes, José Eri Medeiros, Juarez Pires de Souza, Lílian Aliche,**
2171 **Noemy Yamaguishi Tomita, Ronald Ferreira dos Santos, Rosane Maria Nascimento da Silva e**
2172 **Valdenir Andrade França.**