



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

ABERTURA – Aos doze, treze e quatorze dias do mês de junho de dois mil e sete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala B, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Septuagésima Quarta Reunião Ordinária do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando a todos os presentes: conselheiros, convidados, observadores e equipe da SE/CNS. Primeiramente, registrou a indicação de novos conselheiros para o CNS: **Luiz Antônio de Sá**, da Confederação Espírita Pan-Americana; **Francisco Mogadane da Cunha**, da Associação Nacional de Pós-Graduandos; **José Wellington dos Santos**, do Ministério da Educação; **Jurema Pinto Werneck**, articulação de Mulheres Negras Brasileiras; **André Luiz de Figueiredo Lázaro**, do Ministério da Educação; e **Denise Corrêa da Silva**, do Conselho Federal de Fonoaudiologia. A seguir, passou ao primeiro item da pauta informando que o Ministro de Estado da Saúde não poderia participar da abertura da reunião, porque estava cumprindo agenda em São Paulo e sua participação dar-se-ia em outro momento. Desse modo, como primeiro ponto da reunião, colocou em apreciação a ata da 173ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 9 e 10 de maio de 2007. **Não havendo destaques, a ata foi aprovada com quatro abstenções.** Na seqüência, passou ao item 2 da pauta. **ITEM 2 – RELATÓRIO DA OFICINA SOBRE ABERTURA DE NOVOS CURSOS SUPERIORES DA ÁREA DA SAÚDE** – Para compor a mesa, o Presidente do CNS convidou a coordenadora da CIRH/CNS, Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** e a diretora do DEGES/MS, **Ana Estela Haddad**. Inicialmente, Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**, coordenadora da CIRH/CNS, fez um breve relato das discussões da Comissão sobre a abertura de novos cursos na área da saúde. Disse que a Comissão enfrentou dificuldades para discutir essa questão, pois alguns processos deram entrada no MEC antes da edição das novas diretrizes curriculares e outros, antes da edição da Resolução do CNS nº 350/06. Ressaltou também que os sistemas utilizados pelo MEC na avaliação dos processos eram diferentes daquele disposto na Resolução do Conselho. Destacou que seria feito relato da oficina e proposto método para que o Pleno emitisse parecer nos dados a serem consubstanciados. Salientou que era preciso cautela para que não houvesse julgamento de mérito dos pareceres do MEC e dos critérios, uma vez que o propósito era analisar os processos com base nos critérios dispostos na Resolução do Conselho. Também considerou que o sistema utilizado pelo MEC (SAPIENS) estava em processo de substituição por outro de avaliação, o E-MEC. Informou ainda que, segundo foi colocado por representantes do MEC na oficina, havia a possibilidade de inserção dos critérios do CNS no novo sistema. A seguir, passou a palavra à diretora do DEGES/MS, **Ana Estela Haddad**, que apresentou o relatório da oficina “Abertura de novos cursos superiores da área da saúde”, realizada nos dias 4 e 5 de junho de 2007. Iniciou a sua fala lembrando que o CNS deliberou por retomar a emissão de pareceres sobre a abertura, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de novos cursos na área da saúde (restrito às profissões de Medicina, Odontologia e Psicologia). Diante dessa decisão, a CIRH/CNS realizou a referida oficina, que contou com a participação de membros da CIRH, do GT instituído para discutir a matéria, representantes do MEC, representante do FNEPAS (ABEn, ABENO e ABEm), Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Psicologia e Conselho Federal de Odontologia. Destacou que a atividade fora proposta no sentido de analisar os quatro processos que se encontram no CNS aguardando parecer (três de reconhecimento – Faculdade São Lucas – Odontologia; Faculdade Católica de Brasília – Medicina; Faculdade Integrada do Recife – Psicologia; e um de autorização – Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde Cescarelli – Psicologia) e construir metodologia para emissão de pareceres. Ressaltou que o MEC encontra-se em processo de transição do sistema SAPIENS para o E-MEC, conforme o Decreto nº. 5.773/06. Contudo, seria necessário, na perspectiva do novo sistema, apresentar propostas para que o CNS tivesse maiores subsídios para análise dos processos de acordo com a Resolução nº 350, que apontava a necessidade social e a demanda por novos profissionais dentro do Sistema. Feitas essas considerações iniciais, passou à apresentação da memória da oficina. Ressaltou que a oficina teve por objetivo propiciar aos integrantes da CIRH/CNS e do GT maior conhecimento sobre os processos de autorização, reconhecimento e renovação de

reconhecimento de competência do Ministério da Saúde. Além disso, objetivou ampliar a compreensão a respeito do período transitório entre a legislação antiga e os novos elementos agregados a partir do Decreto 5.773/06. A nova legislação reforça a atuação regulatória do Poder Público sobre a abertura e, principalmente, o reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos de graduação. Além disso, prevê uma forte articulação entre os resultados da avaliação e suas repercussões sobre a regulação, que podem levar ao fechamento de cursos que demonstrem qualidade insatisfatória. Além disso, e, considerando que a Política Nacional de Educação na Saúde aponta a necessidade da integração entre o ensino e o serviço de saúde, e que os estudantes de graduação tenham no serviço público de saúde e na comunidade seus cenários preferenciais de prática e aprendizagem, há que se evidenciar a necessidade de que o processo avaliativo contemple também o olhar dos gestores do SUS, bem como dos usuários do sistema de saúde sobre o sucesso obtido na implementação dessas ações. A CIRH entende que as ações sobre cada processo de autorização de reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos, não esgota a possibilidade de atuação e articulação entre a política de saúde e de educação voltada para os cursos de graduação. Assim, no primeiro momento da oficina, foi feita apresentação e debate da sistemática e do sistema de avaliação no MEC e, no segundo, análise dos processos, considerando os indicadores da Resolução nº 350. Como resultado, produziu-se quatro relatórios, mas sem parecer conclusivo. Desse modo, apresentou os encaminhamentos propostos pela CIRH/CNS. Destacou que, dentro dessa perspectiva, entendia-se que o CNS, ao criar sua própria metodologia de avaliação dos cursos, passa fazê-lo sob a ótica complementar àquela utilizada pelo MEC. Enquanto o MEC trabalha especialmente com a perspectiva da excelência acadêmica, o olhar do CNS volta-se para a inserção e relevância social dos cursos da área da saúde, conforme explicitado pela Resolução nº 350/05. Considerando o atual momento como transitório entre o antigo e o novo sistema, a CIRH propõe ao CNS encaminhar ao MEC sugestões e propostas com relação à inclusão, seja no instrumento e na avaliação, seja na orientação da elaboração do relatório de avaliação pelos indicadores do INEP, das informações necessárias para que os critérios elencados pela Resolução nº 350/05 possam ser devidamente analisados em cada processo. Concluídas as apresentações, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** perguntou se na oficina foi levantada a necessidade de trazer para o CNS a avaliação dos processos dos demais cursos da área da saúde, além das três profissões (Odontologia, Medicina e Psicologia). Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** respondeu que, durante a oficina, houve uma discussão nesse sentido e, conforme o debate, sugeriu-se a proposição ao MEC de envio dos processos de abertura de todas as profissões de saúde, para análise do CNS. Conselheira **Zilda Arns Neumann** cumprimentou a CIRH/CNS pela atividade, contudo, manifestou preocupação com a impossibilidade de avaliação dos processos e a manifestação do CNS, pela ausência de informações por parte das instituições. Nesse sentido, salientou a necessidade de comunicar as instituições sobre as exigências do MEC e dos critérios do CNS para a emissão do parecer do Conselho. Conselheiro **Wilson Valério Lopes** saudou a Comissão pela análise, contudo, reiterou a preocupação com a insuficiência de dados nos processos. Conselheira **Eline Jonas**, primeiramente, parabenizou a CIRH/CNS pelo trabalho e pontuou a necessidade e a preocupação com a excelência acadêmica que deve considerar a inserção social. Nesse sentido, salientou ser impossível emitir parecer sobre os processos, sem cumprimento das exigências legais para estudo e análise da proposta, assim, reforçou a sugestão de solicitar a complementação dos dados faltantes. Concluído esse primeiro bloco, foi aberta a palavra às expositoras para respostas. A diretora do DEGES/MS, **Ana Estela Haddad**, reforçou que foi levantada, na oficina, a necessidade de trazer para o CNS a avaliação dos demais cursos da área da saúde, além dos três já mencionados. Disse que o Decreto nº 5.773/06, apesar de evidenciar essa ampliação, apontava para o proposto no projeto de lei da reforma sanitária. Dessa forma, disse que o Conselho e as entidades dos conselheiros poderiam oficializar posição no Congresso Nacional no sentido de ampliar manifestação para as demais profissões da saúde. Considerou ainda que o Ministério da Saúde estava de acordo com essa questão, por entender ser importante. Também contextualizou que o momento atual era complexo, por conta da transição e o Pró-Saúde trazia a inserção dentro do serviço como cenário de prática e implementação das diretrizes curriculares. Contudo, ao analisar os cursos, a partir do projeto político pedagógico em comparação aos relatórios de avaliação do INEP, observou-se que, embora as diretrizes curriculares, publicadas em 2001, estejam citadas nos projetos, pouco se observa, na avaliação *in loco*, a efetividade de implementação na prática das mesmas. Nesse sentido, salientou a necessidade da ênfase da regulação no processo de reconhecimento e renovação do reconhecimento, observando a aplicação prática das diretrizes. Salientou que a Resolução nº 350 foi editada em 2005 e os processos em análise foram propostos em 2001. Desse modo, as instituições não têm conhecimento que seriam avaliadas de acordo com os critérios da Resolução do CNS. Contudo, disse que o GT tomou o cuidado de elencar indicadores, a partir da Resolução nº 350, para realizar um diagnóstico da situação atual. Disse que esses indicadores poderiam ser incluídos no documento que o CNS encaminharia ao MEC, sugerindo

que fossem considerados no instrumento de avaliação desse Ministério e na instrução dos avaliadores que fariam a visita *in loco*. Com isso, o CNS poderia encontrar as informações que necessitava para emissão do seu parecer. Também salientou a necessidade de garantir excelência acadêmica e relevância social e informou que a CAPES, na avaliação dos cursos de pós-graduação, agrupou aos dados a inserção social. Afirmou ainda que a reforma universitária apontava para o grau de relevância do conhecimento produzido para a comunidade. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** complementou que o processo de abertura inicia-se em determinado período, com base em um critério e, com autorização do MEC, fazia o vestibular e, após três anos, era solicitado o reconhecimento ao CNS e ao MEC. Por essa razão, o CNS deparou-se com processos de reconhecimento datados de 2001. Assim, ponderou sobre a possibilidade de criar mecanismos para, com base no processo de abertura, acompanhar a implementação do proposto no plano de desenvolvimento pedagógico. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** disse que pouco se encontrou no plano pedagógico dos processos porque foram elaborados com base em outras normativas que não a Resolução nº 250/06. Ressaltou que seria necessário encontrar uma forma de responder ao sistema e que as universidades cumpriam o disposto na Resolução. Também lembrou que o ex-Ministro da Educação, Tarso Genro, colocou o MEC à disposição para acolher as solicitações do Conselho. Salientou ainda a necessidade de o MEC incorporar os critérios da Resolução nº 350/2005 já para os cursos em debate. Por fim, convidou para compor a mesa o Professor **Rubens de Oliveira Martins**, representante do Departamento de Supervisão de Ensino Superior/SESU/MEC, responsável pelos atos de autorização, reconhecimento, renovação de reconhecimento e credenciamento de novas instituições. Antes de abrir a palavra para os demais inscritos, o Professor **Rubens de Oliveira Martins**, do DESUP/SESU/MEC, fez alguns esclarecimentos ao Plenário sobre a matéria. Destacou a preocupação do MEC e a ação incisiva e inédita conjunta do Ministério da Educação e Ministério da Saúde a partir do Pró-saúde, na tentativa de trazer elementos para subsidiar o Ministério em relação às políticas em geral de educação superior, em especial, a da área da saúde. Nesse contexto de parceria, disse que foi constituído GT que reuniu especialistas da área médica para propor subsídios que auxiliassem na composição de novos instrumentos e avaliação. Ressaltou que os critérios de avaliação, proposto pelo Grupo, tinham convergência com a Resolução nº 350 e estavam em debate e reavaliação. Salientou que o MEC estava contando com o INEP, que era responsável por realizar as avaliações *in loco* e elaborar os instrumentos de avaliação, com base nas orientações da Política da SESU. Ressaltou que o problema, do ponto de vista da regulação do sistema, era aferir a qualidade com base em parâmetros constitucionais. Explicou que os instrumentos utilizados do INEP, embora sejam de qualidade, tinham alto grau de generalidade e não permitiam ao especialista, com sua experiência, identificar elementos diferenciadores da proposta. Diante disso, destacou que se iniciou processo para transformar as especificidades da saúde em elementos concretos de aferição dentro do instrumento de avaliação, com base em princípios. Também disse que foi criado um indicador chamado “Núcleo Docente Estruturante”, responsável pela elaboração e implementação da proposta pedagógica. Ressaltou que essas iniciativas demonstravam a preocupação com a necessidade de que os cursos tivessem referencial de qualidade compatível com o desejável pela sociedade em geral. Na sequência, foi aberta a palavra aos demais inscritos. Conselheira **Zilda Arns Neumann** ressaltou que a análise e a emissão de parecer do CNS em relação aos processos de abertura de novos cursos não deveriam ter caráter burocrático, mas sim, propiciar a melhoria das condições de saúde da população. Disse que os critérios para abertura deveriam ser discutidos com o MEC e as instituições de ensino deveriam ter conhecimento a fim de cumpri-los. Em relação aos processos em análise, propôs que fossem devolvidos às instituições para serem adequados aos critérios da Resolução nº 350/05. Conselheiro **José Eri Medeiros** reafirmou o apoio do CONASEMS à política do Ministério da Saúde, desenvolvida pelo DGETES. Reiterou ainda que a aprovação ou não de cursos não se tratava de uma questão administrativa, pois os profissionais formados pelas instituições não respondiam às particularidades do SUS. Ressaltou que as universidades deveriam considerar, ao debater os seus conteúdos programáticos, o pensamento dos municípios e as necessidades do SUS. Disse também que era preciso avançar na pesquisa dos serviços. Conselheira **Francisca Valda da Silva** cumprimentou a mesa, em especial o representante do MEC, pela ação interministerial entre educação e saúde. Avaliou como avanço a ação política do MEC, com a colaboração do Ministério da Saúde e CNS, em que o Estado toma para si a regulação, considerando a relevância social e acadêmica da formação. Destacou que o controle social norteava-se pela busca da qualidade do ensino e dos processos de formação voltados para o interesse da maioria da população. Diante disso, salientou a necessidade da elaboração, em parceria MEC e Ministério da Saúde, da política nacional de formação de profissionais de saúde. Pontuou a necessidade de participar da luta pela aprovação da lei de reforma do ensino superior que consagraria a participação do CNS no ciclo avaliativo – autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento. Por fim, destacou ser importante para os movimentos de profissionais de saúde a aprovação de decreto presidencial de instituição da câmara interministerial de gestão da

educação em saúde. Conselheiro **Raimundo Sotero** perguntou como funcionava o fluxograma das entidades e se os cursos de Medicina teriam formatação diferenciada para formar médicos para o PSF. Salientou que nos estados, onde havia faculdades de Medicina, Odontologia e Psicologia tinham que ser levantados os indicadores de saúde. Disse que os processos incompletos, considerando a nova legislação, deveriam retornar para complementação atendendo aos novos dispositivos. Por fim, cumprimentou a CIRH/CNS pela iniciativa que explicitava os anseios do CNS em relação à abertura de novos cursos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** enfatizou a importância de se discutir um dos pontos problemáticos do SUS que se referia às questões relativas aos recursos humanos. Também perguntou se a questão da demanda por população local atenderia às preocupações sobre a temática e ponderou sobre a possibilidade de contemplar outros cursos além dos três já definidos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** agradeceu a presença do professor Rubens de Oliveira Martins e da participação da equipe dele na oficina da CIRH/CNS. Registrou satisfação com a fala de construir critérios de análise dos processos de abertura de novos cursos na área de saúde com visão mais ampla, porque ia ao encontro das expectativas do CNS. Também fez apelo para realização de estudo para que o corpo estruturante assegurasse à instituição todas as ações para formação e progresso do ensino. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, enfatizou a importância desse processo não se limitar ao cerceamento ou à abertura indiscriminada de cursos. Salientou que a discussão era vital para o SUS, pois um dos instrumentos fundamentais do Sistema enfrentava dificuldades relacionadas à formação profissional e à mercantilização do ensino universitário do País, com lacuna entre a informação ao futuro profissional de saúde e ao exercício cotidiano. Assim, manifestou satisfação com a possibilidade de trabalho construído com outros atores. A diretora do DEGES, **Ana Estela Haddad**, destacou que as iniciativas do Ministério da Saúde e Ministério da Educação visavam mudança que apareceriam e teriam repercussão a médio e longo prazo. Também ressaltou que no Pró-Saúde previa-se uma série de iniciativas para apoiar as mudanças nos cursos de graduação. Aproveitou a oportunidade para informar o CNS sobre uma série de quatro seminários, o primeiro a realizar-se em julho sobre o desafio do ensino aprendizagem da atenção como eixo estruturante dos cursos de graduação. Dentre as ações, destacou o estudo de alternativas, com o apoio do MEC e da Câmara Interministerial, no sentido de propiciar no âmbito do processo de integração ensino/serviço com condições para que ocorresse de forma mais estruturante e efetiva. Destacou, em especial, o estudo do Ministério da Saúde, com a participação do CONASS, CONASEMS e MEC de mecanismos de valorização dos profissionais do serviço. Informou, por fim, a existência de um GT do Ministério da Saúde com o intuito de articular ações educativas à assistência. Professor **Rubens de Oliveira Martins**, do DESUP/SESU/MEC, disse que o CNS poderia auxiliar o MEC na complementação do instrumento de avaliação, inclusive com detalhamento de orientações para a pesquisa. Disse ainda ser possível traçar critérios que atendam à questão da demanda social e essa preocupação poderia se estender aos demais cursos. Destacou também que a preocupação com a inserção dos alunos na rede básica de ensino estava contemplada nas diretrizes curriculares da área de saúde. Em relação aos processos, informou que, primeiramente, tramitavam no Departamento de Supervisão e, posteriormente, eram encaminhados ao Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa (INEP), que aplicava o instrumento de avaliação. Em seguida, o processo era encaminhado ao CNS para parecer e, depois era elaborado relatório da SESU, a ser encaminhado ao Ministro da Educação para decisão. Também comunicou que, a partir da Portaria nº 147/07, um conjunto de processos, com avaliação positiva do INEP, não continuou o trâmite e as instituições foram instadas a apresentar informações complementares, com base nos critérios elaborados pelo GT e foram revisitadas por um grupo de especialistas. Conselheira **Maria Natividade Santana** destacou a importância do debate no controle social sobre a formação ser reproduzida nos estados entre os gestores da educação e da saúde. Também ressaltou a necessidade de pautar, conforme recomendação do parecer da CIRH/CNS, aprovado pelo Plenário em março de 2007, amplo debate com controle social em torno do projeto da reforma do ensino superior e defesa de proposições do CNS no MEC e Ministério da Saúde, com outros atores institucionais e com o Congresso Nacional. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, agradeceu os convidados e apresentou síntese dos encaminhamentos propostos pelo Pleno, sendo: recomendar que o MEC incorpore os critérios da Resolução 350/05, já para os cursos em debate; recomendar ao MEC a elaboração de nova Portaria em substituição à 147, estendendo os critérios para todos os cursos; recomendar Decreto Presidencial para conformação da Câmara Interministerial de Gestão da Educação na Saúde; recomendar ao MEC a incorporação dos critérios da Resolução nº 350 para todos os cursos; e promover debate político sobre a regulamentação do Art. 200 da Constituição Federal. Também pontuou a impossibilidade de emitir parecer em relação aos processos por conta da ausência de elementos para nortear a decisão. Conselheira **Zilda Arns Neumann** propôs que os processos retornassem às instituições para complementação, considerando a Resolução do CNS nº 350. O Presidente do CNS consultou o representante sobre os prazos acerca dos processos em análise, a fim de verificar a possibilidade do encaminhamento proposto pela

Conselheira Zilda Arns. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** propôs que o CNS convidasse representantes do MEC para o debate da força de trabalho do Ministério da Saúde, conforme relatório apresentado pela CGRH/MS, e o impacto nas políticas de formação. Conselheira **Francisca Valda da Silva** compartilhou com os conselheiros a necessidade de realizar outra oficina para concluir a metodologia de emissão de pareceres do CNS. Também ressaltou a necessidade de prorrogação do prazo para emissão do parecer do CNS, a fim de possibilitar visita *in loco* às instituições. Por fim, sugeriu que fosse feito convite ao Ministro da Educação para debater no CNS a qualidade de ensino na formação de profissionais de saúde, a residência multiprofissional, a reforma universitária e a universidade nova. Conselheiro **Raimundo Sotero** disse que seria importante solicitar às instituições a complementação de dados no caso de processos com falta de informação e, por outro lado, agilizar a aprovação daqueles já completos. Também sugeriu que fosse incluído um representante do CNS na comissão de visita *in loco* das comissões. Solicitou que o MEC encaminhasse ao Conselho, para conhecimento, a nova formatação do curso de Medicina, baseada no PBL e o fluxograma de aprovação dos cursos. Por fim, propôs que as entidades com experiência em educação na saúde, a exemplo da FENAD, fossem convidadas a participar do debate de ações nessa área. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, apresentou o novo representante da FUSABRA no CNS, Conselheiro **Walter Gomes de Souza** e registrou a presença do ex-Conselheiro do CNS, **Alfredo Boa Sorte**. Na sequência, abriu a palavra ao professor **Rubens de Oliveira Martins** para manifestação acerca do prazo para emissão de parecer do CNS. O professor **Rubens de Oliveira Martins** informou que somente o Secretário da SESU poderia responder essa questão, portanto, sugeriu que o mesmo fosse consultado. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que conversaria com o Secretário da SESU sobre essa questão na audiência que teria com o MEC. Conselheira **Maria Natividade Santana** explicou que, caso o CNS decidisse não emitir parecer, a questão do prazo não seria uma preocupação, pois o Conselho recomendaria ao MEC a incorporação dos encaminhamentos. Por outro lado, se houvesse um prazo, o Plenário teria que definir outro encaminhamento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, avaliou que o CNS deveria ter duas posições, a primeira de solicitação de prorrogação de prazo na perspectiva de emitir parecer fundamentado. Contudo, se não fosse possível conceder novo prazo, seria necessário definir posição do CNS. Na sua visão, o CNS não tinha condições de emitir parecer acerca de processos sobre os quais não tinha informações abalizadas. Conselheiro **Jurandir Frutuoso** disse que o CNS não podia se omitir de emitir parecer por não ter instrumentos. Portanto, defendeu que o Conselho solicitasse a complementação dos dados, por parte das instituições e definisse prazo para emissão do parecer. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** avaliou ser possível analisar os processos e emitir parecer. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que os encaminhamentos propostos pelos dois conselheiros somente seriam viabilizados se houvesse prorrogação do prazo. Conselheira **Zilda Arns Neumann** propôs a devolução dos processos ao MEC para que solicite às instituições a complementação de dados, de acordo com a Resolução do CNS nº. 350 e a constituição de grupo para visitar as instituições *in loco*. Antes de votar os encaminhamentos, a diretora do DEGES/MS, **Ana Estela Haddad**, informou da possibilidade de instituir o decreto que cria a Câmara Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, com composição que inclui os Ministérios da Saúde e da Educação e as instâncias de gestão do SUS, caminhava na direção do artigo 200 da Constituição Federal. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, considerando o vencimento dos prazos dos processos, sugeriu que o CNS se manifestasse favorável com restrições ou com parecer inexistente tal como consta no sistema virtual. Conselheira **Maria Natividade Santana** disse que seria necessária ação política dos gestores da educação e da saúde para acatar a decisão do Controle Social e o sistema poderia adaptar-se para manifestação do CNS. Ressaltou que os encaminhamentos do CNS poderiam consubstanciar-se em parecer do controle social. Conselheira **Zilda Arns Neumann** disse que o CNS deveria recomendar ao MEC o reenvio dos processos às entidades para complementação de dados e retorno ao CNS com urgência. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou que a análise dos processos seria feita com base em instrumento posterior à autorização dos cursos. Nesse sentido, sugeriu que o parecer do CNS fosse desfavorável com ressalvas e definindo prazo às instituições para adequar os processos à Resolução do CNS nº 350. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** disse que, primeiramente, o Plenário deveria definir encaminhamento para o processo de transição e, em um segundo momento, criar metodologia de trabalho para análise dos pedidos de abertura de novos cursos na área da saúde. Destacou que as possibilidades existentes no sistema virtual de parecer (favorável, desfavorável e inexistente) não dava conta do momento, assim, propôs a inclusão da alternativa de parecer favorável, com ressalva (adaptação à Resolução nº 350). Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, fez uma síntese dos encaminhamentos. Antes de votar, a diretora do DEGES/MS, **Ana Estela Haddad**, informou que tentou contato com o Secretário de Educação Superior que, em última instância, decidia sobre os pareceres, mas não foi possível. Contudo, houve contato com a consultoria jurídica do MEC e havia uma grande probabilidade de acatamento da solicitação de prorrogação do prazo, desde que o

CNS definisse prazo para parecer final. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que não havia interesse em prorrogar indefinidamente o prazo para manifestação, assim, propôs o prazo de vinte dias para complementação de informações dos processos e retorno à CIRH/CNS. Conselheira **Maria Natividade Santana** perguntou qual seria a finalidade de prorrogação do prazo, uma vez que o CNS não possuía elementos para emissão de parecer favorável. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que a definição do prazo seria no sentido de disponibilizar informações importantes ao Pleno para posicionamento. Conselheira **Maria Thereza Antunes** sugeriu prazo maior que vinte dias para disponibilização das informações. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, sugeriu o prazo de quarenta dias para envio das informações que seriam encaminhadas à CIRH/CNS para re-análise dos quatro processos, com base na Resolução nº 350 e apresentação de parecer ao CNS na reunião ordinária de agosto de 2007. Conselheira **Maria Natividade Santana** perguntou se as propostas do CNS seriam consideradas pelo MEC, uma vez que a Resolução nº 147 não considerava os processos anteriores a sua edição. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, considerou que o CNS não possuía governabilidade sobre o MEC. Conselheira **Francisca Valda da Silva** disse que, além dos quatro processos em análise, já havia mais onze que necessitavam de parecer. Para consubstanciar o parecer do CNS, sugeriu que fosse constituída comissão do Conselho para visitar *in loco* as quatro instituições cujos processos estavam em análise. Encaminhamento, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou em votação os seguintes encaminhamentos: **1)** recomendar ao MEC a incorporação dos critérios da Resolução 350/05 para os quatro cursos em debate – o MEC terá o prazo de quarenta dias para solicitar a complementação de informações às instituições e enviar à CIRH/CNS para parecer, que será pautado na reunião de agosto; **2)** recomendar ao MEC a elaboração de nova Portaria em substituição à 147, estendendo os critérios para todos os cursos; **3)** sugerir Decreto Presidencial para criação da Câmara Interministerial de Gestão da Educação na Saúde; **4)** recomendar ao MEC a incorporação dos critérios da Resolução do CNS nº 350 para todos os cursos; **5)** convite ao Ministro da Educação para debate sobre ações intersetoriais – educação e saúde; **6)** realizar trabalho político de mobilização pela Regulamentação do Art. 200 da Constituição Federal; e **7)** criar Comissão do CNS para visitar *in loco* as instituições. Conselheira **Maria Natividade Santana** acrescentou duas propostas: promover amplo debate com controle social em torno do projeto da reforma do ensino superior e defesa das proposições do CNS no Ministério da Educação e Ministério da Saúde, com outros atores institucionais e o Congresso Nacional. Além disso, essa discussão deveria estender-se aos estados entre os gestores da educação e da saúde, a fim de obter sistema contemplado não apenas no nível federal. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu que o CNS solicitasse a manifestação dos conselhos estaduais onde se localizam as instituições que demandavam o reconhecimento ou autorização de cursos. A seguir, o Presidente do CNS colocou em votação os encaminhamentos propostos, considerando os acréscimos da Conselheira **Maria Natividade Santana** e do Conselheiro **Ronald dos Santos**. **Não havendo destaques, os encaminhamentos foram aprovados. Foram indicados os seguintes nomes para participar da Comissão do CNS que visitaria in loco as quatro instituições: Maria Thereza Antunes; Eduardo Santana; Zilda Arns Neumann; e José Eri Medeiros. A comissão definirá data para visita às instituições.** Definidos os encaminhamentos, o Presidente do CNS agradeceu a presença dos convidados e encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Antônio Alves de Souza, Eduardo Santana, Eufrásia Santos Cadorin, Francisca Valda da Silva, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Marcos Oliveira, José Wellington Santos, Lérica Maria dos Santos Vieira, Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Rogério Tokarski, Rinaldo Marinho Costa Lima, Ruth Ribeiro Bittencout, Valdirlei Castagna, Volmir Raimondi, Wilson Valério Lopes e Zilda Arns Neumann. Suplentes: Alceu José Peixoto Pimentel, Clóvis Adalberto Bouffleur, Eline Jonas, Eni Carajá Filho, Francisco Eduardo Campos, Geusa Maria Dantas Lélis, Jovita José Rosa, Jurandir Frutuoso, José Eri Medeiros, Juarez Pires de Souza, Maria Laura C. Bicca, Maria Natividade G. S. T. Santana, Maria Thereza Almeida Antunes, Marília Coelho Cunha, Merula Emmanoel Anargyrou Steagal, Paulo César Augusto de Souza, Rosane Maria Nascimento da Silva, Ronald Ferreira dos Santos, Valdenir França e Walter Gomes de Souza.** Retomando os trabalhos, o Presidente do CNS abriu a palavra à Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, que solicitou espaço na pauta para apresentação de questão relativa à 13ª Conferência Nacional de Saúde que precisava de definição do CNS. Como encaminhamento, acordou-se que seria aberto espaço após apresentação do item 3 da pauta. **ITEM 3 – POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA – APRESENTAÇÃO, APRECIÇÃO E DELIBERAÇÃO** – O Presidente do CNS convidou para compor a mesa o Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa/MS. Inicialmente, Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, anunciou a presença da Conselheira **Maria Natividade Santana**, Chefe de Gabinete da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e **Riani Costa**, diretor do Departamento de

Monitoramento e Avaliação. Agradeceu a oportunidade de apresentar ao Conselho Nacional de Saúde a proposta de Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, que estava em construção desde julho de 2005. Disse que foi distribuída cópia da Política aos conselheiros e o texto necessitava de correções. Explicou que a ParticipaSUS visava orientar as ações de governo na promoção e no aperfeiçoamento da gestão democrática e participativa no âmbito do SUS, com base na seguinte fundamentação: Programa de Ação do Governo do Presidente Lula 2003/2006; proposta da Equipe de Transição; deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde; Plano Nacional de Saúde – PNS 2004/2007; Constituição Federal e Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90). Explicou que a elaboração da Política seguia os seguintes passos: aprovação no Colegiado do Ministério da Saúde (em setembro de 2006); aprovação no Conselho Nacional de Saúde; pactuação na Comissão Intergestores Tripartite; e realização de seminários regionais para divulgação da Política junto a gestores estaduais e municipais, prestadores, trabalhadores da saúde e movimentos sociais. Ressaltou que as bases da Reforma Sanitária apontaram o rumo da construção do modelo de atenção à saúde. Contudo, como as realidades das regiões do país eram diversificadas, as demandas, necessidades e potencialidades variavam, sendo fundamental a estratégia de descentralização. Salientou que a regionalização cooperativa, construída pelo Pacto de Gestão, buscava garantir o enfrentamento das iniquidades. Explicou que a gestão estratégia e participativa consistia em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem: apoio ao controle social; educação popular em saúde; apoio à mobilização social; busca da equidade; mecanismos de ausculta da população; monitoramento e avaliação da gestão do SUS; auditoria do SUS; e gestão da ética no SUS. Seguindo, disse que a ParticipaSUS possuía por princípios e diretrizes: reafirmação dos Princípios e diretrizes do SUS e dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito à saúde; valorização dos mecanismos de participação popular e de controle social, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde; promoção da inclusão social de populações específicas, visando a assegurar a equidade; afirmação do protagonismo da população na luta por saúde, a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes; integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social; ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS; articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficiência, eficácia e efetividade da gestão do SUS; e articulação das ações do Ministério da Saúde com os diversos setores relacionados com os condicionantes e determinantes sociais da saúde. Disse que as ações de gestão participativa podiam ser agrupadas nos seguintes tipos: mecanismos institucionalizados de controle social (Conselhos e Conferências de Saúde); processos participativos de gestão (conselhos de gestão participativa, conselhos gestores, câmaras setoriais, grupos de trabalho); instâncias de decisões compartilhadas - CIT/CIB; mecanismos de mobilização social (Plenárias); processos de educação popular em saúde; ações articuladas entre diferentes setores de governo (intersectorialidade); e relação com mecanismos de ausculta (ouvidorias), auditoria, monitoramento e avaliação. Destacou que o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS consistiam em um conjunto de ações voltadas a compreender, monitorar e avaliar as inter-relações e os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do SUS; melhorar a formulação das políticas públicas; monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos aos diferentes grupos sociais; e criar instrumentos e processos participativos de monitoramento e avaliação, destinados aos municípios, estados e à União – exemplo: Painel de Indicadores do SUS: em parceria com a OPAS, destinado a conselheiros e população geral. Em relação à Ouvidoria do SUS, disse ser responsável pela implementação de Ouvidoria bem estruturada, nas três esferas de governo, e articulada com a comunidade; inserção do usuário no processo de gestão das ações e dos serviços de saúde oferecidos pelo Estado: apontamento e identificação de necessidade de ajustes; e criação e/ou extinção de mecanismos de gestão, programas, serviços e gerência das estruturas componentes do SUS. Para isso, disse que se tornava necessário criar meios acessíveis de interação entre os gestores e a população. A respeito da Auditoria do SUS, disse que contemplava o DENASUS que consistia em um órgão relevante de controle interno no âmbito do SUS, a partir de mudanças conceituais, normativas e operacionais, em consonância com as diretrizes do SUS, alterando a lógica da produção/faturamento para a lógica da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações no âmbito do SUS e análise de resultados. Ressaltou que a auditoria, vista como instrumento de gestão para proteger e fortalecer o SUS, contribuía efetivamente para a alocação e aplicação adequadas dos recursos e para a qualidade da atenção oferecida aos cidadãos. Destacou que as ações a serem desenvolvidas no âmbito ParticipaSUS, contempladas no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual 2004/2007: implementação da Política de Saúde para a População do Campo; promoção da equidade na atenção à saúde da população negra; aprimoramento das instâncias e dos processos de participação social no SUS; consolidação do processo de Reforma Sanitária no País; fortalecimento da gestão do trabalho no

SUS; e qualificação e humanização na gestão do SUS. Continuando, falou das atribuições e responsabilidades das três esferas de gestão, no âmbito da ParticipaSUS, explicando que tinham como base o Pacto pela Saúde. Também detalhou que da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa contava com a seguinte estrutura: Gabinete; Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento; Departamento de Apoio à Gestão Participativa - Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social e Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social; Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS – Coordenação Geral do Sistema de Monitoramento e Avaliação e Coordenação Geral de Informação Estratégica para a Gestão; Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – Coordenação Geral de Pesquisa e Processamento de Demandas e Coordenação Geral do Sistema Nacional de Ouvidoria; Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Coordenação de Sistemas de Informação; Coordenação Geral de Auditoria; Coordenação Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica e Coordenação Geral de Infra-Estrutura de Logística. Acrescentou que a SGEP/MS era a única Secretaria do Ministério com a estrutura e regimento aprovados pelo CNS. Destacou que a missão SGEP/MS era implementar a ParticipaSUS, contribuindo para o fortalecimento da participação e do controle social, a qualificação da gestão, das ações e dos serviços, para a melhoria das condições de vida e saúde da população. Por fim, detalhou o orçamento da SGEP/MS para 2007 na ordem de R\$ 77.375.000,00. Concluída a apresentação, o Presidente do CNS convidou para auxiliar na coordenação dos trabalhos a Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** e, na sequência, abriu a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou a Secretaria pela Política e disse ser importante incluir a necessidade da participação da sociedade na construção dos planos intersetoriais de financiamento e execução de políticas. Também considerou ser importante contemplar no documento a escolha da sociedade, nas últimas eleições, de um plano de governo. Conselheira **Lígia Bahia** também parabenizou a Secretaria pela proposta de trabalho e salientou a importância de ampliar o componente de articulação intersetorial da SGEP/MS. Disse ser importante criar um fluxo de relação entre o controle social e a ouvidoria, a fim de que os conselheiros pudessem interagir com os problemas e soluções. Por fim, solicitou que fosse disponibilizada aos conselheiros uma síntese das pesquisas da Secretaria sobre participação social e controle social. Conselheiro **Eni Carajá Filho** inicialmente cumprimentou a Secretaria pela concepção e destacou a importância desta assumir o papel de estreitar as relações interconselhos e inter-órgãos. No mais, avaliou que a SGEP deveria divulgar a produção do Controle Social, bem como a sua divulgação. Finalizou que a Secretaria não poderia sobrepor-se ao papel deliberativo dos Conselhos de Saúde. Conselheiro **José Marcos de Souza** cumprimentou a apresentação e perguntou quanto significava o orçamento da SGEP no orçamento total do Ministério da Saúde. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu incluir nas atribuições da Secretaria o fomento às pesquisas e avaliou que a principal missão institucional seria acelerar a implementação, qualificar e aperfeiçoar as práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas. Concluído esse bloco de intervenções, foi aberta ao Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Secretário da SGEP/MS, para comentários. O Secretário disse que as contribuições seriam consideradas para aprimorar os documentos. Concordeu com a observação de que a Secretaria possuía papel importante na articulação setorial e destacou a proposta de constituir fórum de conselhos das políticas públicas no âmbito federal. Informou que, apesar de não constar no documento da ParticipaSUS, a Secretaria trabalhava no fomento à pesquisa e a intenção era divulgar os resultados. Para ilustrar, falou da pesquisa realizada em parceria com a Universidade de Brasília que constatou que o SUS era considerado um sistema para os menos necessitados, o que remetia ao desafio da busca da universalidade das políticas. Disse que o orçamento da SGEP/MS totalizava R\$ 77 bilhões dos R\$ 44 bilhões do orçamento da saúde. Conselheira **Maria Thereza Rezende** perguntou se a Secretaria possuía estratégia para garantir a participação das pessoas com surdez na ouvidoria. Também reiterou a necessidade de disponibilizar os resultados das ações da Secretaria ao Conselho. Por fim, perguntou da possibilidade de articulação com as instituições formadoras. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** também reiterou a importância da criação da Secretaria e perguntou como seria a relação da ouvidoria e o papel dos conselhos em relação às demandas dos usuários. A respeito da diretriz qualificação e humanização do SUS, destacou que fosse tratada na dimensão do sistema como um todo, principalmente à qualidade dos serviços prestados aos usuários. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, opinou que a SGEP/MS poderia ser um instrumento de profundas transformações no serviço público brasileiro, com desenvolvimento de trabalho fundamental na mudança da cultura centralizadora e autoritária da gerência dos serviços. Nesse sentido, lamentou o fato de não haver nenhum trabalho da Secretaria nessa linha de atuação. Reiterou a necessidade de amplo processo de debate no País sobre a democratização da gestão nas três esferas de governo. Destacou que o Decreto definia como tarefa da Secretaria promover, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, a realização das conferências e plenárias e no documento da Política explicitava-se como tarefa promover a realização das conferências, o que dar entender a menos esclarecidos que o

CNS não participava desse processo. Desse modo, defendeu a inclusão, em todos os documentos da Secretaria, a redação do Decreto “promover, em parceria com o CNS, a realização das conferências nacionais, conferências temáticas e plenárias”, a fim de que não houvesse dúvidas. Também salientou que a atribuição da Secretaria de formação dos atores do Controle Social não poderia confundir-se com capacitação de conselheiros, que era tarefa dos conselhos de saúde. Discordou da redação da atribuição do gestor federal de “prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do CNS (...)”, entendendo que possibilitava a interpretação equivocada de que o CNS estava submetido à SGEP/MS. Lembrou que na estrutura do Ministério da Saúde, o CNS respondia ao Gabinete do Ministro, que era o responsável por prover o funcionamento do Conselho. Defendeu que o CNS fosse uma unidade orçamentária, sem depender de nenhuma Secretaria para o funcionamento, apesar de aceitar o apoio. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** também parabenizou a Secretaria e sugeriu a continuidade dos trabalhos da SGEP com as pessoas com patologias. Conselheiro **Jurandir Frutuoso** cumprimentou o Secretário destacando que a prática do controle social precisava ser efetivada. Ressaltou a satisfação com as ações da Política relativas à gestão da ética no SUS e à integração dos mecanismos de controle, com ausculta à população. Por fim, defendeu a combinação da Política de Gestão Estratégica e Participativa com a Política de Comunicação para o SUS. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** pontuou a importância da Secretaria haja vista as suas atribuições. Perguntou como seria a atuação da Secretaria no caso de identificação, pela auditoria, de problemas na produção de serviços de saúde no âmbito dos estados e municípios. Na sequência, Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Secretário da SGEP/MS, respondeu a esse bloco de intervenções. Explicou que os departamentos da Secretaria possuíam relação entre si e era publicado na página da SGEP/MS relatório das demandas que chegavam aos departamentos. Ressaltou que a ouvidoria captava as demandas e encaminhava às áreas afins na tentativa de chegar à solução. Disse que contava com as entidades que compõem o CNS para auxiliar a Secretaria na adoção de mecanismos que garantissem o acesso das pessoas com deficiência aos serviços da ouvidoria. Informou ainda que a SGEP possuía projeto, em parceria com o MEC, para levar informações aos estudantes do ensino fundamental e do médio que seria ampliada na nova gestão do Ministério da Saúde. Informou que foi entregue senha ao Presidente do CNS que permitiria aos conselheiros acompanhar os relatórios das auditorias do DENASUS. Em relação ao financiamento do CNS, disse que ratificava a posição de que o CNS fosse uma unidade orçamentária, contudo, no momento, o financiamento do Conselho era feito por meio da SGEP/MS. Afirmou que a Secretaria continuaria apoiando o Conselho, mesmo que esse tivesse orçamento próprio. Também explicou ser possível constituir comitê das pessoas com patologia no âmbito da Secretaria. No mais, salientou que o DENASUS deveria levar informação aos conselhos de saúde, a fim de que definissem forma de atuação acerca do que foi levantado pela ouvidoria e auditoria. Reiterou que a comunicação era essencial à ParticipaSUS, uma vez que trabalhava com a mobilização da sociedade. Disse que, no caso da comprovação de denúncias, poderia ser feita a suspensão do repasse dos recursos. Conselheiro **Wilson Valério Lopes** cumprimentou a SGEP pela Política, contudo, disse que cabia ao Controle Social democratizar a gestão. Ressaltou ser importante aprofundar o debate sobre a valorização dos diferentes mecanismos de participação. Por fim, reiterou a importância de garantir a autonomia do CNS, inclusive financeira. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu que a Política fizesse referência à necessidade de fortalecer as formas coletivas de participação da sociedade e de resolver problemas. Conselheiro **José Eri de Medeiros** cumprimentou a equipe da SGEP/MS e fez alguns questionamentos. Perguntou como ampliar o leque da participação da sociedade na gestão e disse ser fundamental garantir orçamento do CNS. Também solicitou maiores esclarecimentos sobre a ação da Secretaria de desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde/doença da população e como a SGEP faria o cumprimento das deliberações das instâncias deliberativas do controle social. Conselheira **Maria Izabel da Silva** registrou a preocupação com a autonomia do controle social, uma vez que a tutela do controle passava necessariamente pela questão financeira. Nesse sentido, ponderou sobre a possibilidade de a Política apontar como uma das ações estratégicas a busca da autonomia do Controle Social, em especial dos conselhos de saúde. Destacou ainda a necessidade de ações de apoio à educação para o Controle Social. Conselheira **Francisca Valda da Silva** associou-se às demais falas que reconhecem a Secretaria como fundamental para o momento do SUS. Disse ser necessário trabalhar a democratização da gestão no âmbito do Sistema, considerando a descentralização da gestão até os construtores do SUS. Salientou ainda que era preciso considerar a potencialização da produção dos serviços de saúde, na perspectiva da integralidade da atenção, visando resultados sanitários. Conselheiro **Clóvis Boufleur** avaliou que o texto apresentava questões confusas, mas que poderiam ser facilmente esclarecidas e, nesse sentido, disse que encaminharia sugestões por escrito à Secretaria. Solicitou maiores esclarecimentos, em relação aos princípios éticos do SUS, a fim de que não houvesse confusão sobre os princípios éticos e legais do SUS. Na sequência, Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Secretário da SGEP/MS,

respondeu a esse bloco de intervenções. Salientou a necessidade de aprofundar debate no CNS sobre autonomia, uma vez que o Conselho era composto por três segmentos. Em relação ao financiamento do CNS, disse que apresentou a atual situação, contudo, apoiaria a luta por rubrica orçamentária para o CNS. Salientou que o Controle Social deveria debater como fazer o controle do colegiado de gestão. Ressaltou ainda ser impossível realizar gestão participativa no SUS sem o envolvimento dos segmentos que compõem o Sistema e que o Estado poderia trabalhar no processo de educação em saúde. Contudo, disse que estava aberto a contribuições para melhorar a redação dos itens que tratam dessas questões. Também concordou com a necessidade de trabalhar a democratização da gestão no âmbito do Sistema e potencializar a produção dos serviços de saúde. Por fim, agradeceu as contribuições à Política. A seguir, passou a palavra à Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** que sintetizou os seguintes encaminhamentos do CNS: definir estratégias para busca da autonomia do Conselho; criar mecanismos para trabalhar a comunicação; o trabalho da SGEF deveria centrar-se na gestão participativa; e sistematizar melhor a forma de monitoramento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, acrescentou as seguintes propostas: página 21 – item 1, “realização de conferências nacionais e outro eventos” - incluir “em parceria com o CNS”; página 22 – item 1 e 2, “promover realização de conferências temáticas e divulgação dos resultados” e “promover conferências temáticas que favoreçam a apropriação (...)” - incluir “em parceria com o CNS”; página 23, item 1, “formação de atores sociais em saúde para o controle social” – substituir por “estímulo à participação dos atores sociais da saúde no controle social”; página 24, item 2, “prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do CNS (...)” - substituir pelo que está no decreto; item 6, “assegurar a participação dos conselheiros nas conferências nacionais de saúde e plenárias de conselhos de saúde” – melhorar a redação a fim de que não deixe margem para o entendimento de que a Secretaria custeará a participação de conselhos estaduais e municipais nas conferências e plenárias. **Não havendo outros encaminhamentos, colocou em votação a ParticipaSUS, com os adendos e modificações propostos, que foi aprovada por unanimidade.** O Presidente do CNS agradeceu a presença de todos e encerrou a discussão deste item. Na sequência, abriu a palavra à Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, que apresentou as peças dos materiais impressos da 13ª Conferência - Cartaz, Folheto e Cartilha “Roteiro e Regimento”. Explicou que o folheto seria um impresso de duas páginas (frente e verso) para divulgar tema, eixos temáticos e uma chamada para que a população participe e acompanhe essa mobilização nacional a partir dos conselhos municipais e estaduais de saúde, com tiragem de 80 mil. Em relação à Cartilha “Roteiro e Regimento”, esclareceu que consistia em um livreto contendo as íntegras do Regimento e do Roteiro da 13ª CNS, com texto de introdução assinado pelo Ministro da Saúde e apresentação pelo Presidente do CNS e a tiragem de 50 mil. A respeito do cartaz, disse que o objetivo era divulgar a etapa nacional da 13ª CNS (a data e a localidade) e teria a tiragem de 30 mil exemplares. Comunicou que a Comissão Organizadora, atendendo solicitação, encomendou slogan para a 13ª, na perspectiva de maior mobilização da sociedade, sendo: “O Brasil reunido pela saúde e qualidade de vida”. Desse modo, apresentou, para decisão do Plenário, três propostas de capa para o Cartaz, o Folheto e a Cartilha “Roteiro e Regimento”. **O Plenário aprovou, com um voto contrário e uma abstenção, o modelo I de capa para Cartaz, Folheto e Cartilha “Roteiro e Regimento”, explicitando apenas o slogan “O Brasil reunido pela saúde e qualidade de vida”.** Por fim, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** comunicou que o tema completo seria explicitado em todos os textos. Concluído esse ponto, passou ao item seguinte da pauta. **ITEM 4 – REVISÃO DA PORTARIA 198/2003 – POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – APRESENTAÇÃO E DEBATE – ENCAMINHAMENTOS** – Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**, da Mesa Diretora do CNS, com o auxílio do Conselheiro **Ronald Ferreira do Santos**, assumiu a coordenação dos trabalhos. De imediato, convidou para apresentar o tema a diretora do DEGES/MS, **Ana Estela Haddad**, que iniciou explicando que, decorrido um ano e meio de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, a SGTEs encomendou pesquisa de avaliação e acompanhamento dos pólos de educação permanente em saúde. Diante dos resultados dessa pesquisa e principalmente dos novos princípios de gestão estabelecidos pelo Pacto pela Saúde e pelo Pacto de Gestão, o DEGES iniciou em 2006 o processo de revisão da Portaria nº. 198, de forma a redefinir a operacionalização da estratégia, e revendo o papel e vinculação dos pólos de educação permanente em saúde. Explicou que a Política de Educação na Saúde, desenvolvida pelo DEGES/SGTES, trabalhava com a educação permanente dos trabalhadores do SUS, a educação técnica e profissional (PROFAE, certificação de competências, itinerários formativos, formação de ACS, entre outros), o apoio às mudanças na graduação em saúde (Pró-Saúde) e a pós-graduação (residências - médica e multiprofissional- e especialização Rede MAES). Explicou os princípios da Política de Educação para o SUS, sendo: articulação entre educação e trabalho (formação e mobilização de processos e práticas entre os coletivos de produção da saúde); mudança nas práticas de formação e nas práticas de saúde; e articulação entre ensino, gestão, atenção

e controle social em saúde. Disse que a educação permanente em saúde entendia como conceitos distintos a formação como um processo realizado nas instituições formais de ensino, onde instituição, currículos e outros estão sujeitos à regulação pelo sistema de educação e a educação permanente, que consiste em um processo realizado por iniciativa das instituições de saúde, podendo ou não envolver instituições de ensino. Nesse sentido, detalhou que a educação permanente buscava transformar as práticas institucionais; melhorar a qualidade da atenção proporcionada; fazer com que os trabalhadores de saúde atuem como equipe comprometida com o processo de trabalho e com a comunidade; e melhorar as relações nas e entre equipes de trabalho. Continuando, apresentou as diretrizes para o trabalho da educação na saúde, conforme o Pacto de Gestão, instituído pela Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006: avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras; considerar a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde uma estratégia do SUS para o desenvolvimento de trabalhadores para o setor; e buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde, contemplando a conseqüente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS. Disse que, em novembro de 2006, foi realizada primeira Oficina Tripartite (DEGES/MS, CONASS e CONASEMS) para discutir a proposta e, posteriormente, foram realizadas reuniões com representantes do CONASS e CONASEMS para trabalhar os encaminhamentos da oficina de novembro e apontar os itens que já são consenso e aqueles que necessitam de maior discussão e pactuação (fevereiro, março e abril de 2007). Destacou que a CIRH/CNS instituiu em novembro de 2006 um GT para analisar a questão e formular propostas. Destacou como principais avanços da nova proposta: ênfase na descentralização do processo de aprovação da política, assim como na execução e principalmente no financiamento desta política; institucionalização da política, uma vez que fortalece as instâncias gestoras e de controle social; empoderamento dos atores locais de forma a garantir a gestão participativa das decisões e ações da educação na saúde; maior foco nas reais questões locais e regionais, guardando suas especificidades e necessidades regionais; e fortalecimento do papel da instância estadual de gestão e acompanhamento da política. Ressaltou que, no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional, cada Região de Saúde deverá ter um Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, que deverá considerar as Políticas Nacional, Estadual e Municipais de Saúde no que diz respeito à educação na saúde. Também destacou a proposta de criação da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), previstas no Art. 14 da Lei nº 8.080/09 e NOB/RH – SUS, que seria composta por: gestores estaduais e municipais de saúde e educação e/ou seus representantes; gerentes dos serviços de saúde; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área de saúde por meio dos seus distintos segmentos; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. A respeito da Gestão da Educação no Pacto de Gestão, informou que o Plano de Educação Permanente dos Trabalhadores da Saúde era o ponto de partida e deveria constar nos respectivos Planos Municipais, Regionais ou Estaduais de Saúde, bem como nos subseqüentes relatórios de gestão. Neste sentido, ficava garantido desde o início do processo, o exercício do controle social. Acrescentou que os Colegiados de Gestão Regional (CGR), à luz dos planos municipais de saúde da região, deverão elaborar um Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde, com a contribuição efetiva da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES). Salientou que este Plano deveria ser encaminhado à CIB para homologação e orientar as ações da CIES na construção de propostas de intervenção na área de educação na saúde na região. Destacou que o Plano Estadual de Saúde, do qual devia constar o Plano de Educação Permanente dos Trabalhadores da Saúde, seguia a mesma lógica, devendo ser construído com o apoio da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), ser homologado na CIB, aprovado pelo CES e orientar as ações da gestão da educação na saúde. Explicou ainda que a proposta determinava como papel da CIB definir o número de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e a abrangência delas e pactuar o repasse dos recursos no âmbito estadual e encaminhar para homologação do CES e para conhecimento do MS para a sua efetivação. No mais, disse que a CIB seria responsável por homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde e encaminhar ao CES para aprovação dos mesmos. Explicou que a proposta determinava ainda que o Ministério da Saúde ofereceria cooperação financeira para a implementação da Política de Educação na Saúde e instituiria a Comissão Nacional de Acompanhamento e Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde. Além disso, seria responsável por oferecer cooperação técnica e assessoramento para: a discussão e construção do Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde; a qualificação técnica das CIBs e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço; e a instituição de mecanismos de monitoramento e avaliação institucional participativa nesta área. Finalizando, apresentou o fluxograma,

elaborado pelo GT de Educação Permanente da CIRH, para aprovação dos Planos de Educação Permanente. Concluiu explicando que a intenção era iniciar o debate naquele momento e pautar para votação na próxima reunião do CNS. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** ponderou que não era possível debater a proposta naquele momento pela ausência da minuta de revisão da Portaria nº. 198. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que a minuta de revisão da Portaria seria reproduzida e distribuída ao Plenário. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** falou sobre a possibilidade de modificar o nome de “Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior” para “comitê”, a fim de não gerar dúvidas quanto ao fato de pertencer ou não aos conselhos de saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou pelo fato de o planejamento de saúde ter sido colocado como a questão central do processo de educação permanente. Disse que também seria necessário aprofundar o debate da democratização do processo de gestão, verificando como se daria a participação das entidades no processo de definição de ações. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que, ao apreciar o fluxograma para aprovação dos Planos de Educação Permanente, fossem incluídas outras iniciativas de controle social como os colegiados de conselhos e a Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos. Conselheira **Lígia Bahia** manifestou satisfação com a proposta por considerar que contemplava a formação e a integração ensino e trabalho. Também destacou como essencial a interação da Política com as instâncias do SUS. No mais, concordou com a mudança do nome dos pólos de educação permanente em saúde para “Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço”, porque explicitava claramente os objetivos a que as comissões se propunham. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra para resposta. A diretora do DEGES/MS, **Ana Estela Haddad**, explicou que a proposta surgiu a partir dos resultados da pesquisa de avaliação e acompanhamento dos pólos de educação permanente em saúde, elaborada por solicitação da SGTES. Explicou também que a proposta de mudança do nome dos pólos de educação permanente em saúde para “Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço” foi feita a fim de não houvesse vinculação com a lógica anterior. No mais, acrescentou que a nova nomenclatura foi proposta pela CIRH e reiterou que explicita o objetivo da comissão. Também considerou que essas Comissões permanentes não se confundiam com as comissões dos conselhos de saúde, apesar de a proposta levar tempo para ser assimilada. Reiterou o cuidado da Política de ressaltar que os planos de educação permanente constem dos planos municipais e estaduais de saúde, reforçando o papel dos atores locais na percepção das necessidades e construção dos planos locais de desenvolvimento. Também destacou ser possível aprofundar o debate sobre a participação dos colegiados de conselhos no fluxograma para aprovação dos Planos de Educação Permanente. Concluído o esclarecimento, foi aberta a palavra aos demais inscritos para debate. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** comunicou que cópias da minuta de revisão da Portaria 198 estavam sendo distribuídas aos conselheiros. Como encaminhamento, Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** propôs que a minuta de Portaria fosse discutida na próxima reunião do CNS. Antes de votar o encaminhamento, a mesa abriu a palavra aos demais inscritos. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** parabenizou a expositora pela apresentação, por considerar que reconhecia o trabalho da equipe do Ministério da Saúde. Sugeriu que a sigla da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço fosse “CPIDS” a fim de não confundir com as comissões do CNS. Defendeu que, no fluxograma, fosse utilizado o nome “Plano de Educação Permanente dos Trabalhadores da Saúde”, diferenciando-se apenas a esfera (nacional, estadual, regional ou municipal). Também retificou, na última página do texto distribuído, que a lógica o Plano Estadual de Saúde era distinta daquela do Plano de Educação Permanente dos Trabalhadores da Saúde. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** retificou que a proposta, ao definir o conceito de formação e educação permanente, dava a entender que todos os processos de educação desenvolvidos por instituições, que não de ensino, eram práticas de educação permanente, o que não correspondia à realidade. Dessa forma, salientou a necessidade de fazer a diferenciação desses conceitos. Conselheiro **Raimundo Sotero** manifestou preocupação com a Lei nº 11.247, que dispõe sobre a distribuição de medicamentos para diabéticos, no que diz respeito à definição de condição necessária para o recebimento dos medicamentos e materiais citados no *caput* estar inscrito em programa de educação especial para diabéticos. Nesse sentido, perguntou o que se esperava dos trabalhadores – instrução para o exercício da boa prática e controle social adequado ou participação do processo informativo. Também manifestou preocupação com o fato de a proposta englobar, como participantes do processo, entidades que não tinham como objetivo fim educar e instruir. Por fim, perguntou como o processo iria auxiliar os usuários que era a finalidade primeira do controle social. Conselheira **Maria Helena Machado** disse que participou da elaboração da proposta de Pólos de Educação Permanente e destacou a capacidade da Secretaria de rever a Política. Reafirmou a manutenção da política dos Pólos, sendo necessárias inclusões de pontos não claros, principalmente na operacionalização. Acrescentou ser necessário não confundir a Política de Educação Permanente e sua operacionalização, que não estava adequada. Também destacou como fundamental a elaboração

de planejamentos e ações da educação permanente de acordo com as necessidades dos trabalhadores do SUS. Ressaltou ainda que as mesas de negociações eram fóruns importantes para aferir a efetividade da política. Por fim, disse que a CIRH/CNS promoveu amplo debate sobre a matéria e a partir daí surgiu a proposta apresentada. Não havendo outros inscritos, a diretora do DEGES/MS, **Ana Estela Haddad**, comentou as colocações dos conselheiros, agradecendo, primeiramente, as contribuições à minuta. Disse que, ao explicitar conceitos, a intenção foi separar a educação formal da educação permanente, o que não impedia a utilização dos princípios da última na primeira. Contudo, destacou a possibilidade de melhorar o texto a fim de não haver confusão. Ressaltou que os estudantes, no processo de integração ensino/serviço, deveriam aprender, considerando que o ensino teria que ser uma consequência de atenção à saúde prestada com qualidade. Acrescentou ainda que, no processo de integração ensino/serviço, as universidades teriam que rever as suas reflexões acerca da produção de conhecimento e a relevância para aprimorar a atenção prestada. Por fim, disse que a gestão deveria trabalhar no sentido de favorecer o processo de integração ensino/serviço, de acordo com as peculiaridades e necessidades de cada região. Antes do encaminhamento, Conselheiro **Raimundo Sotero** fez uso da palavra para destacar a necessidade de definir estratégia para avaliar o processo desenvolvido. Encaminhando, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** apresentou a seguinte proposta: pautar, na próxima reunião do CNS, debate da Minuta de Revisão da Portaria nº 198/04, para deliberação. **A proposta foi aprovada por unanimidade.** Com essa decisão, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** agradeceu a diretora do DEGES/MS pela apresentação e encerrou a discussão desse item. A seguir, foi iniciada a discussão do item 8 da pauta. **ITEM 8 – INDICAÇÕES E INFORMES** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou, para decisão do Pleno, os eventos que demandaram a indicação de representantes do CNS. Foram feitas as seguintes indicações: **1)** 37ª Assembléia Nacional com o tema “Desafios da Política Nacional de Saneamento Básico: Universalizar com participação e controle social”. Data: 15 a 20 de julho de 2007. Local: São Paulo/SP. A Associação Nacional dos Servidores Municipais de Saneamento solicitou a indicação de um representante do CNS para participar da cerimônia oficial de abertura, no dia 16 de julho, às 16h30. Indicação: Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** (a confirmar). **2)** Seminário de Fitoterapia em Saúde Pública “Realidade e Perspectiva”. Data: 30 de junho. Local: São Paulo. O Conselho Regional de Farmácia de São Paulo convidou o CNS para ministrar palestra no Seminário sobre “Fitoterapia na Saúde Pública”. Indicação: conselheira **Ana Cristhina Brasil** (a confirmar). **3)** Encontro Nacional dos Conselhos de Profissões da Área da Saúde. Data: 27 e 28 de agosto de 2007. Indicação: Conselheira **Maria Helena Machado**. **4)** Seminário na Comissão de Seguridade Social e Família na Câmara dos Deputados. Data: 20 de junho. Encaminhamento: Conselheira **Maria Thereza Antunes**. Além disso, a Secretária-Executiva apresentou os convites para as Conferências Municipais de Saúde. Neste ponto, destacou-se a dificuldade orçamentária de o CNS enviar representante para todas as conferências municipais de saúde. Como alternativa, foi sugerida a gravação de DVDs sobre os eixos temáticos da 13ª CNS a serem enviados aos municípios. Além disso, foi feita a sugestão de solicitar aos municípios o custeio das despesas dos representantes do CNS para participar das conferências. Como encaminhamento, o Plenário decidiu definir os conselheiros no segundo dia de reunião. Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou a apresentação do relatório da 6ª Reunião Ordinária da Mesa Diretora, realizada no dia 16 de maio de 2007, com destaque para os itens que precisavam de deliberação. Listou os congressos programados que demandariam a participação do CNS (Congresso do CONASEMS e da ABRASCO) e citou as pessoas que manifestaram interesse. Após considerações, acordou-se que os segmentos indicariam os nomes no segundo dia de reunião. Antes de encerrar o debate, Conselheiro **Volmir Raimondi** falou da falta de medicamentos especiais que constam na lista do SUS, gerando outra despesa com agravamento de doenças e internação dos pacientes. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, informou que o tema judicialização de medicamento seria pautado na Reunião Ordinária de agosto ou de setembro. Conselheiro **Volmir Raimondi** salientou a necessidade de debater o processo da UNACOM. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** sugeriu incluir o tema na próxima reunião do Conselho. Definido esse ponto, deu-se por encerrado o trabalho do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Antônio Alves de Souza**, **Eduardo Santana**, **Eufrásia Santos Cadorin**, **Flávio Heleno P. de Figueiredo**, **Francisca Valda da Silva**, **Geraldo Adão Santos**, **Graciara Matos de Azevedo**, **João Donizeti Scaboli**, **José Marcos Oliveira**, **Lérida Maria dos Santos Vieira**, **Lígia Bahia**, **Maria Izabel da Silva**, **Nildes de Oliveira Andrade**, **Raimundo Sotero**, **Valdirlei Castagna**, **Volmir Raimondi** e **Wilson Valério Lopes**. *Suplentes*: **Clóvis Adalberto Bouffleur**, **Denise Torreão Corrêa da Silva**, **Eline Jonas**, **Eni Carajá Filho**, **Francisco Eduardo Campos**, **Geusa Maria Dantas Lélis**, **Greyce Lousana**, **José Eri Medeiros**, **Juarez Pires de Souza**, **Luiz Antônio de Sá**, **Maria Emlina Ciliberti**, **Maria Helena Machado**, **Maria Laura C. Bicca**, **Maria Natividade G. S. T. Santana**, **Maria Thereza Almeida Antunes**, **Marília Coelho Cunha**, **Merula Emmanoel Anargyrou Steagal**, **Rosane Maria Nascimento da Silva**, **Valdenir França** e **Walter**

Gomes de Souza. Iniciando os trabalhos, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, informou que, conforme a pauta da reunião, deveria ser iniciado debate das modalidades de gestão no SUS, com enfoque na proposta da fundação estatal. Contudo, destacou que o representante do Ministério do Planejamento, convidado para apresentar a proposta ao CNS, não estava presente. Registrou que se fazia presente a consultora na área do SUS, **Conceição Rezende**, convidada para tratar do tema e também cumprimentou os representantes da FASUBRA. Como encaminhamento, sugeriu que, enquanto se aguardava a presença do participante do governo, a secretaria-executiva continuasse a apresentação do relatório da 6ª reunião da Mesa Diretora. A respeito do Seminário Nacional de Atenção à Saúde, Gênero e Saúde da Mulher, Conselheiro **Antônio Alves de Souza** disse que negociaria com a SAS/MS apoio ao seminário, junto com a SGEP. **Como encaminhamento, acordou-se que as despesas com a atividade serão custeadas pelo CNS com apoio da SGEP/MS e da SAS/MS.** Na sequência, Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** apresentou a programação da Oficina da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, que ocorrerá de 3 a 6 de julho de 2007, em Fortaleza/CE e solicitou a indicação de três conselheiros para participar da atividade, além dela e da coordenadora-adjunta da CIAN. Também disse que seriam necessárias quatro pessoas da SE/CNS para assessorar a oficina e participar do stand do Ministério da Saúde. Conselheira **Geusa Dantas Leis** sugeriu que participassem da oficina preferencialmente os conselheiros residentes no Ceará para evitar gastos. Conselheiro **Ailson dos Santos** colocou-se à disposição para contribuir com a oficina, uma vez que participaria da Conferência como delegado. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que foi informado por um conselheiro do CES/CE que seria possível disponibilizar a equipe técnica desse Conselho para auxiliar na oficina. Em relação à 13ª Conferência, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, informou o Pleno sobre o programa do Canal Saúde que lançou a 13ª Conferência, no dia 28 de maio de 2007, no Estúdio do Canal Saúde, destacando que a atividade teve grande repercussão no País. Disse que o Canal Saúde realizaria atividade similar todos os meses até a Conferência, convidando representação dos diversos segmentos e setores. A respeito da pauta da próxima reunião do CNS, Conselheiro **Antônio Alves de Souza** solicitou a inclusão do debate do Regimento Interno do CNS. Conselheira **Maria Thereza Antunes** manifestou interesse em participar do Congresso de Bioética. Não havendo outras considerações sobre os temas discutidos na última reunião da Mesa Diretora, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, registrou a presença de representantes da Associação de Servidores do Grupo Hospitalar Conceição. Em relação à pauta, o Presidente do CNS informou que, após contato, o representante do Ministério do Planejamento, convidado para apresentar a proposta de fundação estatal, estava dirigindo-se ao CNS. Nesse sentido, consultou o Plenário sobre o encaminhamento em relação a este item. Acordou-se que o Pleno aguardaria o representante do Ministério do Planejamento para explanação da proposta. Desse modo, foi iniciada discussão sobre as comissões. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que seriam apresentadas minutas de resoluções das Comissões com coordenação e composição aprovadas, que seriam assinadas pelo Presidente do CNS e homologadas pelo Ministro da Saúde. Também comunicou que a Secretaria entrou em contato com os presidentes das entidades definidas para as comissões, solicitando a indicação dos nomes. A partir desse retorno, disse que seria necessário estabelecer prazo para convocação das reuniões, posto que a Secretaria recebeu o pedido de marcação de várias reuniões. Ressaltou que esse prazo seria importante, porque precisaria solicitar suplementação orçamentária para custear as reuniões das Comissões. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** registrou a importância de realizar a reunião da Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, antes da próxima reunião do CNS, por conta de demandas urgentes. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, consultou o Plenário sobre a proposta de realizar a reunião da Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia próxima à reunião do CNS de julho 2007. **Não houve manifestações contrárias.** Conselheiro **João Donizeti Scaboli** reiterou a solicitação da Força Sindical de participar das Comissões do CNS. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** levantou a preocupação de que a maioria das Comissões não se enquadrava na definição de Comissão Intersetorial, conforme o art. 12 da Lei nº 8.080/90 e com a possibilidade de o Plenário estar criando miniconselhos paralelos. Nesse sentido, apelou para que o Pleno discutisse essa questão e adequasse as comissões à lei. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** informou que a CIAN/CNS convocou reunião para o dia 22 de junho de 2007 para articular participação na III Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse que o debate sobre a reestruturação das Comissões foi vencido e poderia ser tratado quando houvesse outra reformulação, pois a retomada dessa discussão impossibilitaria às Comissões o reinício dos trabalhos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, solicitou esclarecimentos da proposta do Conselheiro Antônio Alves. Atendendo a essa solicitação, Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que levantou essa preocupação na reunião da Mesa Diretora no momento em que teve a oportunidade de verificar a composição das Comissões. Lembrou ainda que colocou essa preocupação no início o debate das Comissões, mas não

foi considerada na recomposição e assim as Comissões foram recompostas não atendendo o disposto na Lei Orgânica do SUS. Conselheiro **Eni Carajá Filho** defendeu que as comissões retomassem os seus trabalhos, conforme o formato aprovado e, posteriormente, fosse feita avaliação da eficácia e eficiência dos trabalhos das mesmas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, ponderou que o CNS estava sintonizado com a preocupação levantada pelo Conselheiro Antônio Alves. Como encaminhamento, propôs que fosse constituído GT paritário, composto por quatro pessoas, para analisar a composição das Comissões, com base na legislação do SUS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que, antes de compor GT, fosse redistribuído o relatório do Grupo de Trabalho que discutiu a estrutura e funcionamento das Comissões e GTs, pois o documento apresentava as justificativas para existência das Comissões. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** propôs também que o CNS discutisse a criação de indicadores de avaliação das Comissões, a fim de verificar a efetividade dos trabalhos. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** sugeriu que o GT de Comissões e Grupos de Trabalho fizesse a avaliação da composição das Comissões e não fosse formado um novo grupo. Conselheira **Zilda Arns Neumann** disse que as Comissões deveriam adaptar-se à Lei. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** defendeu que GT das Comissões, com a participação do Conselheiro Antônio Alves, fizesse a avaliação das Comissões e, além disso, que fosse solicitado parecer jurídico sobre a composição das mesmas. Conselheiro **José Eri de Medeiros** disse que o GT discutiu a sistemática das Comissões e não o mérito, assim, concordou que fosse feita revisão da composição das comissões. Conselheira **Geusa Dantas Lélis** informou que a Comissão de Comunicação se reuniria dia 19 de junho e solicitou que fosse pautado na próxima reunião do CNS o Projeto de Inclusão Digital. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse ser legítima a preocupação com o caráter legal das comissões, contudo, avaliou que o CNS não cometeria nenhum tipo de ilegalidade ao retomar o funcionamento das comissões, no formato aprovado. Conselheiro **Volmir Raimondi** ponderou que, no caso de o Plenário decidir analisar a composição das Comissões, haveria duas possibilidades: não retomar os trabalhos da Comissão até a conclusão do processo ou fazer a análise com as comissões em funcionamento. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** disse que se pautava nas reuniões do Conselho respeitando os instrumentos que orientavam o CNS e, nesse sentido, lembrou que o Regimento Interno do CNS permitia aos conselheiros solicitar avaliação de matéria já votada. Também destacou que colocou a sua preocupação no início do debate das comissões e o Plenário não a considerou. Contudo, ao se verificar a composição das Comissões, verificava-se repetiam a composição do Plenário do CNS. Encaminhando, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou em apreciação a seguinte proposta: constituir GT paritário, composto por quatro pessoas, contemplando o Conselheiro Antônio Alves, para analisar a composição das Comissões, considerando o relatório do Grupo de Trabalho sobre a estrutura e funcionamento das Comissões e GTs e a legislação que regula a composição das Comissões do CNS. Conselheira **Raquel Rigotto** concordou com a proposta, contando que não impedisse o início dos trabalhos das Comissões já aprovadas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que, além dos documentos citados, o GT considerasse a ata da reunião que apreciou o relatório do Grupo de Trabalho sobre Comissões e GTs. **O encaminhamento apresentado pelo Presidente do CNS, com os acréscimos das Conselheiras Raquel Rigotto e Graciara Matos, foi aprovado por unanimidade.** Na sequência, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, comunicou que não houve a confirmação dos representantes do Ministério do Planejamento e da Casa Civil para apresentar a proposta de fundação estatal. Nesse sentido, disse que o Plenário deveria definir como encaminhar. Conselheira **Maria Izabel da Silva** registrou a sua indignação com a ausência dos representantes do governo, por entender que demonstrava desrespeito com o Controle Social. Nesse sentido, defendeu a manutenção do item de pauta, por considerar a necessidade de manifestação do CNS, uma vez que a proposta estava pronta para ser encaminhada ao Congresso Nacional, sem a manifestação dos vários segmentos. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** sugeriu que, independente do debate no CNS, fosse recomendada a discussão da matéria nas conferências estaduais e municipais de saúde. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** avaliou que a proposta deveria ser formalmente apresentada pelo governo, portanto, sugeriu que o debate não fosse feito naquele momento. Conselheiro **Raimundo Sotero** reiterou a proposta de garantir o debate a fim de que o CNS se posicionasse. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** defendeu que a proposta fosse apresentada ao CNS, com a presença de representantes do Ministério do Planejamento, da Casa Civil e do Ministério da Saúde. Conselheiro **Volmir Raimondi** sugeriu que o CNS solicitasse aos representantes do governo a convocação dos responsáveis pela proposta para apresentá-la ao CNS. Conselheira **Lígia Bahia** defendeu que o CNS debatesse a proposta, mesmo sem a apresentação por parte do governo, reconhecendo, no entanto, que o debate ficaria precário. Conselheiro **Jurandir Frutuoso** informou que o CONASS não discutiu o tema com a profundidade que merecia e não possuía posição formal. Considerando a situação, sugeriu que houvesse o debate, mas sem deliberação, pois a proposta não foi apresentada oficialmente. Conselheira **Zilda Arns Neumann** defendeu a convocação de representante do governo para

apresentar a proposta no período da tarde ou que a mesma não fosse enviada ao Congresso Nacional antes do debate no Conselho. Conselheira **Raquel Rigotto** avaliou que o debate da proposta foi “atropelado”, pois não foi discutido nas conferências de saúde, nas mesas de negociação, entre outros espaços de participação social. Nesse sentido, manifestou a sua indignação com a falta de consulta à sociedade e defendeu o início imediato do debate da proposta. Conselheiro **Walter Gomes de Sousa** informou que a matéria encontrava-se adiantada em relação aos hospitais universitários e a Secretária-Executiva do Ministério da Saúde, em entrevista, informou que o Ministro da Saúde estava engajado no encaminhamento da proposta de lei complementar, que trata das fundações estatais. Nesse sentido, defendeu a manutenção do debate da proposta para pronunciamento do CNS. Conselheiro **Francisco Campos**, na condição de representante do Ministério da Saúde, reafirmou a necessidade de debate da proposta no CNS, contudo, isso não seria possível naquele momento porque não se chegou a consenso sobre proposta final. Desse modo, afirmou o compromisso do Ministro da Saúde em vir ao CNS para apresentar a proposta, quando tivesse maior grau de maturidade no âmbito do governo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, lamentou profundamente o fato de o controle social ter sido o único componente do Sistema a não ser ouvido na construção da proposta e o CNS não ter sido convidado para nenhum seminário sobre a matéria, que já estava pronta e debatida em todo País. Também avaliou como grave a recusa do governo em atender o convite do CNS para debater a proposta. Considerando as manifestações dos conselheiros, apresentou as seguintes propostas, com desdobramentos: **1) manter o debate da matéria; ou 2) adiar o debate para outro momento. A proposta 1 foi a vencedora com a maioria dos votos.** Diante desse resultado, colocou em apreciação as propostas: **1) realizar o debate no período da manhã; ou 2) realizar o debate no período da tarde. A proposta 2 recebeu dezesseis votos. A proposta 1, seis votos. Cinco abstenções. Com esse encaminhamento, o debate seria retomado no período da tarde. Após a apresentação e discussão, o Plenário decidiria por deliberar ou não sobre a proposta.** A Secretária-Executiva contataria a Casa Civil e o Ministério do Planejamento para verificar a possibilidade da participação para apresentar a proposta ao Pleno. Na sequência, houve um breve intervalo. Retomando, foi iniciada a discussão do item 6 da pauta. **ITEM 6 – RECOMPOSIÇÃO DAS COMISSÕES E GRUPOS DE TRABALHO DO CNS – APRESENTAÇÃO E DELIBERAÇÃO** – A mesa foi composta pela Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**, Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** e Conselheiro **Ciro Mortella**. Inicialmente, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** apresentou as Comissões que possuíam Minutas de Resoluções com coordenação e composição aprovadas: **1) Comissão Intersectorial de Alimentação – CIAN; 2) Comissão Intersectorial Permanente da Saúde do Idoso – CPISI; 3) Comissão Intersectorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia – CIVSF; 4) Comissão Intersectorial de Saneamento e Meio Ambiente – CISAMA; 5) Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN; 6) Comissão de Eliminação da Hanseníase – CIEH; 7) Comissão Intersectorial Permanente de Trauma e Violência – CPTV; 8) Comissão Intersectorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – CIPCISUS – aprovada a inclusão de representante das entidades indígenas na Comissão, na condição de titular; 9) Comissão Intersectorial de Educação Permanente do Controle Social no SUS – CIEPCSS; 10) Comissão Intersectorial de Comunicação e Informação em Saúde - CICIS; e 11) Comissão de Acompanhamento das Políticas em DST e AIDS – CAPDA.** Conselheira **Rosane Maria Nascimento** solicitou que os conselheiros retificassem na Resolução da CIEPCSS/CNS, nos suplentes, CFM no lugar da FIO. Conselheira **Maria Izabel da Silva** avaliou que a Resolução deveria explicitar apenas os nomes das entidades e, nesse sentido, solicitou que na Resolução da CISAMA e de outras o nome “FENTAS” fosse substituído pelo da entidade. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** disse que a intenção era avaliar o mérito das resoluções, pois o formato seria trabalhado. Em relação à CISAMA, explicou que foi explicitado apenas FENTAS porque a vaga seria discutida no Fórum. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** solicitou que os nomes das Comissões fossem adequados à Lei nº. 8.080/90, assim, a COFIN e a CAPDA, passariam a serem denominadas, respectivamente, “Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento e “Comissão Intersectorial de Acompanhamento das Políticas em DST e AIDS”. A coordenadora da área técnica da SE/CNS, **Lúcia Maria Figueiredo**, explicou que o Plenário deveria definir se os convidados constariam da minuta de resolução das comissões e se a participação na comissão seria custeada ou não pelo CNS. Além disso, destacou que havia dúvidas em relação ao custeio da participação de suplentes de entidades diferentes nas reuniões das Comissões. Conselheiro **Volmir Raimondi** avaliou que convidado permanente era membro da Comissão, portanto, deveria constar da resolução. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** disse que convidado não deveria constar da resolução, pois o convite seria feito a depender da matéria a ser discutida na reunião da Comissão. Também defendeu que a representação dos Ministérios fizesse parte da Comissão. Conselheiro **José Eri Medeiros** colocou o entendimento de que CONASEMS e CONASS, no caso das comissões das quais não participavam, seriam chamados a participar na condição de convidado. Conselheira **Zilda Arns Neumann** explicou que os convidados não compunham a Comissão, pois eram chamados a participar de discussões específicas. Também

destacou que os suplentes participavam das comissões na impossibilidade de participação dos titulares. Conselheira **Maria Izabel da Silva** informou que, no caso da CIST/CNS, os suplentes seriam convidados a participar das reuniões sem ônus para o Conselho. No mais, disse que a Comissão contaria com convidados permanentes, sem ônus para o CNS, contudo, não sabia se essa questão deveria constar na Resolução. Além disso, destacou que a Comissão contaria com convidados para tratar de temas específicos. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** lembrou que o Conselho definiu que seriam custeadas as despesas dos suplentes quando em substituição a titular. Conselheiro **Alceu José Pimentel** solicitou que as entidades médicas, na condição de suplente, fossem convocadas a participar das reuniões, sem ônus para o CNS. Conselheira **Raquel Rigotto** informou que, na CISAMA, os representantes de Ministérios e outros órgãos públicos, ocupavam a vaga de suplentes, a fim de diminuir os custos das despesas pelo CNS. Diante disso, ponderou sobre a possibilidade de acordo interno, a fim de garantir que os suplentes também tivessem direito a voto. Conselheiro **Ciro Mortella** lembrou que as Comissões do CNS não tinham caráter deliberativo, portanto, não teriam a necessidade de votação. Conselheira **Zilda Arns Neumann** destacou que especialistas, quando convidados a participar das comissões, deveriam ter as despesas custeadas pelo CNS. Conselheiro **Luiz Antônio de Sá** solicitou que o Plenário definisse claramente o papel dos convidados permanentes e como se daria a participação nas comissões. Conselheiro **Jurandir Frutuoso** disse ser viável a inclusão de representantes do governo na suplência a fim de se garantir a participação sem custo para o CNS, contudo, solicitou que fosse avaliada a possibilidade da participação do CONASS na condição de titular. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** lembrou que, diante da definição de que as comissões teriam até doze integrantes, foi criada a figura do convidado permanente a fim de garantir que as comissões tivessem número superior a esse. Nesse sentido, disse que o CNS teria que rever, na revisão do Regimento Interno do CNS, a definição do número de integrantes das Comissões e do calendário de reuniões. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou que, naquele momento, as manifestações se voltassem às minutas de resoluções das comissões com composição e coordenação aprovadas, pois seriam discutidas posteriormente a situação das comissões sem composição e/ou coordenação aprovadas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse ser necessário incluir, no preâmbulo das resoluções, o Decreto nº 79.094, de 5 de janeiro de 1977 e o Decreto nº 5.839, de julho de 2006. Conselheiro **Raimundo Sotero** lembrou que, na reunião ordinária do CNS de maio de 2007, o Presidente do CNS colocou o acordo de que as comissões definiriam a sua composição, de acordo com as suas necessidades. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** acrescentou que, diante desse acordo, as comissões sem composição e/ou coordenação definidas rediscutiram e apresentariam proposta ao Pleno do CNS. Encaminhando, disse que o Pleno deveria ter definição acerca dos suplentes e dos convidados permanentes. Em relação aos suplentes, destacou que, em regra, participariam da reunião em substituição aos titulares, com despesas custeadas pelo CNS. Contudo, disse ser possível a participação dos suplentes, mesmo com a presença do titular, desde que sem ônus para o CNS. **Não houve posições contrárias a esse entendimento.** A respeito dos convidados permanentes, disse que o Plenário deveria definir se deveria fazer parte da resolução. Conselheira **Zilda Arns Neumann** disse que não existia a figura do convidado permanente, portanto, esse não deveria ser incluído como integrante da Comissão. Conselheiro **Ciro Mortella** disse que, naquele momento, o Plenário deveria definir se o convidado seria incluído ou não na Comissão. Nesse sentido, verificou, por votação, que o Pleno estava esclarecido para votar a matéria. Assim, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** colocou em votação as propostas: **1) os convidados devem constar da Resolução das Comissões; ou 2) os convidados não devem constar da Resolução das Comissões. A proposta 2 foi aprovada com a maioria dos votos. Uma abstenção.** Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu incluir um artigo nas normas de funcionamento das Comissões dispondo sobre a participação dos convidados. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sugeriu que fosse adotada a redação do art. 2º da Resolução da CISAMA/CNS para todas as comissões, sendo: “Serão convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CISAMA e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão.” Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** colocou que, segundo o entendimento dos conselheiros, os convidados não deveriam ter ônus para o CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ponderou sobre a possibilidade de incluir dispositivo assegurando às comissões a prerrogativa de convocação de órgãos necessários ao trabalho. Conselheiro **Ciro Mortella** explicou que as comissões não tinham a prerrogativa de convocar nenhum órgão, mas sim de convidar, quando julgasse necessário. Feito esse esclarecimento, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** disse que os textos das resoluções seriam adequados conforme as orientações dos conselheiros. Seguindo, falou das comissões aprovadas na 173ª Reunião Ordinária. Informou que a resolução da Comissão Intersetorial de pessoa com Deficiência – CISPDP seria distribuída ao CNS. Conselheiro **Volmir Raimondi** colocou uma dúvida para apreciação do Plenário em relação à coordenação. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** propôs que a CISPDP e outras comissões com pendências internas se reunissem e a questão fosse retomada no período da

tarde. **A proposta foi acatada.** Conselheira **Lígia Bahia** solicitou que a Mesa Diretora fizesse sistematização sobre a participação dos conselheiros nas reuniões das Comissões, por entender que a participação de um conselheiro em várias comissões prejudicava o funcionamento desses espaços. Citou, por exemplo, que a Comissão de Saúde Suplementar não conseguiu se reunir para definir a composição e a coordenação. Conselheiro **Alceu José Pimentel** avaliou que a composição de algumas comissões deveriam ser discutidas em plenário, pois havia erro de concepção acerca da participação das entidades que compõem o CNS. Nessa lógica, disse que colocaria, para decisão do Plenário, o anseio das entidades médicas de participar da CIST/CNS, na condição de titular. Conselheira **Maria Izabel da Silva** informou que as entidades médicas foram incluídas na composição da CIST/CNS, na condição de titular. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que a minuta de resolução da Comissão Intersetorial de pessoa com Deficiência – CISPDI foi distribuída ao Pleno do CNS e a minuta da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU seria entregue no período da tarde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou que fosse feita consulta à assessoria jurídica sobre a prerrogativa das comissões de convocar órgãos para prestar esclarecimentos necessários ao cumprimento do papel das comissões. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** acatou a solicitação e encaminharia à Mesa Diretora. Devido o avançado da hora, o Plenário decidiu suspender a discussão das comissões. Esse item seria retomado posteriormente. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Ailson dos Santos, Antônio Alves de Souza, Ciro Mortella, Eduardo Santana, Eufrásia Santos Cadorin, Flávio Heleno P. de Figueiredo, Francisca Valda da Silva, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Cláudio dos Santos, José Marcos Oliveira, José de Rocha Carvalheiro, José Wellington Santos, Lérida Maria dos Santos Vieira, Lígia Bahia, Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Raquel M. Rigotto, Ruth Ribeiro Bittencourt, Valdirlei Castagna, Volmir Raimondi e Zilda Arns Neumann.** *Suplentes:* **Alceu José Peixoto Pimentel, Denise Torreão Corrêa da Silva, Eline Jonas, Eni Carajá Filho, Francisco Mogadouro da Cunha, Geusa Maria Dantas Lélis, Greyce Lousana, Jurandir Frutuoso, José Eri Medeiros, Juarez Pires de Souza, Luiz Antônio de Sá, Maria Emínia Ciliberti, Maria Helena Machado, Maria Laura C. Bicca, Maria Natividade G. S. T. Santana, Maria Thereza Almeida Antunes, Marília Coelho Cunha, Merula Emmanoel Anargyrou Steagal, Paulo César Augusto de Souza, Rosane Maria Nascimento da Silva, Ronald Ferreira dos Santos, Valdenir França e Walter Gomes de Souza.** Iniciando os trabalhos do período da tarde do segundo dia de reunião, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, procedeu ao item 5 da pauta. **ITEM 5 – MODALIDADES DE GESTÃO NO SUS – FUNDAÇÃO ESTATAL** – Inicialmente, o Presidente do CNS convidou para expor sobre o tema a gerente de projetos do Ministério do Planejamento, **Valéria Salgado** e a consultora na área do SUS, **Conceição Rezende**. Nas considerações iniciais, o Presidente do CNS lembrou que, conforme deliberação do Pleno, foram convidados para participar do debate, dois representantes do governo, um do Ministério do Planejamento e um da Casa Civil e dois representantes da sociedade civil. Registrou que a Casa Civil não enviou representante e, representando o movimento sindical, estava presente **Maria Aparecida Godoy**, presidenta da CNTSS. Como dinâmica, o Plenário acatou a proposta de apresentação da proposta e, em seguida, explicitação de um contraponto. Iniciando, a gerente de projetos do Ministério do Planejamento, **Valéria Salgado**, cumprimentou a todos e desculpou-se, em nome do MPOG, por não ter comparecido pela manhã, justificando que a Secretaria de Gestão, responsável pela coordenação do debate do projeto, não recebeu o convite do CNS, provavelmente por conta da troca de dirigentes. Dito isso, disse que informaria o Pleno sobre as iniciativas do Ministério de Planejamento em relação à matéria. Explicou que o inciso XIX, do artigo 37, da Constituição Federal definia que “somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública e sociedade de economia mista e de fundação, cabendo a lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação”. Nesse sentido, comunicou que, na semana passada, o Ministério do Planejamento encaminhou à Casa Civil Anteprojeto de Lei Complementar que define as áreas em que o estado poderia instituir fundações, de direito público ou de direito privado. Detalhou que, segundo a proposta do PLC, poderia ser instituída ou autorizada, mediante lei específica, fundação estatal (função pública), sem fins lucrativos, integrante da Administração Pública Indireta, com personalidade jurídica de direito público ou de direito privado (neste último caso, para desempenho de atividade estadual que não exclusiva do Estado e que não exija o exercício de poder de autoridade) para atuar nas seguintes áreas: educação, assistência social, saúde, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público (art. 40, §§ 14 e 15 da CF), comunicação social e turismo. Ressaltou que essa proposta de PLC visava abrir debate mais amplo sobre o projeto de instituição de fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado. A respeito dessa proposta, disse que o Ministério estava à disposição e tinha grande interesse em agendar debate com propriedade no CNS. Inclusive, disse que estava à disposição no sítio do Ministério a cartilha “Proposta para debate”, elaborada em conjunto com o Ministério da Saúde e com o apoio da AGU e outros

1095 parceiros, que dispunha de primeiros elementos para incitar o debate sobre a matéria. Nessa
1096 perspectiva, comunicou que seria realizado seminário sobre aspectos jurídicos da fundação estatal de
1097 direito privado e convidou o CNS para participar dessa primeira atividade para discutir o tema.
1098 Concluída a apresentação, fez uso da palavra a consultora na área do SUS, **Conceição Rezende**, que
1099 iniciou a sua fala agradecendo o convite do CNS para participar da discussão da matéria no Conselho.
1100 Disse que tinha várias indagações acerca do projeto de criação da fundação estatal, o qual não estava
1101 disponibilizado no sítio do Ministério do Planejamento. Ponderou que os documentos aos quais teve
1102 acesso não representava a proposta finalística do Ministério do Planejamento. Avaliou que seria
1103 necessário refletir sobre a proposta e entender a sua motivação. Informou que o documento apontava
1104 que o Ministério do Planejamento foi provocado inicialmente pelo Ministério da Saúde, considerando a
1105 preocupação com a gestão principalmente dos hospitais do Rio de Janeiro e do Grupo Hospitalar
1106 Conceição de Porto Alegre. Nesse sentido, mostrou-se surpresa com o fato de não ter sido citado,
1107 dentre os modelos de gestão, o adotado pelo Sistema Único de Saúde. Disse que esse era o maior
1108 sintoma do problema, pois havia duas alternativas: disposição em ignorar o modelo SUS ou este é um
1109 modelo que politicamente incomoda os que propõem os modelos de fundação. Ressaltou que o modelo
1110 de gestão do SUS precisava ser considerado, inclusive, porque outras áreas da Administração Pública,
1111 principalmente as típicas de Estado, adotavam esse modelo. Salientou que não havia acordo em
1112 relação às matérias típicas de gestão do Estado e defendeu que o SUS era gestão típica do Estado.
1113 Informou que o Ministério de Desenvolvimento Social adotou, como modelo de gestão das políticas
1114 sociais do País, o Sistema Único de Assistência Social e a área da segurança pública também adotou o
1115 modelo do SUS. Nesse sentido, destacou que havia divergência acerca da concepção do papel do
1116 Estado no seio da discussão. Destacou que os princípios do SUS eram os mesmos da Administração
1117 Pública, sendo: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, e eficiência. Ressaltou que não se
1118 podia criar fundação se não houvesse cumprimento de um desses princípios. Pontuou que não estava
1119 discutindo a proposta de fundação estatal para o conjunto da Administração Federal, mas sim,
1120 debateria a gestão do SUS em comparação à fundação estatal. Seguindo, retomou os princípios do
1121 SUS, conforme a Constituição Federal: a saúde é direito de todos e dever do Estado, inclusive a
1122 prestação de serviços – o setor privado é complementar e, mesmo assim, com orientação, regulação e
1123 fiscalização estatal; a regionalização e a hierarquização das ações e serviços de saúde; o sistema de
1124 saúde é único; a descentralização (para estados e municípios); o atendimento integral; e a participação
1125 da comunidade. Na seqüência, listou os princípios do SUS, conforme a Lei 8.080/90, Lei Orgânica da
1126 Saúde, Art. 7º: a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de
1127 governo, sendo que, neste caso, dá-se ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e
1128 na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; a integração das ações de saúde,
1129 meio ambiente e saneamento básico; a conjugação de todos os recursos das três esferas de governo; a
1130 resolubilidade; e evitar duplicidade de meios para fins idênticos. Ressaltou que o controle social,
1131 fundamental ao SUS, possuía por fundamentos: desenvolvimento da cidadania; construção de espaços
1132 democráticos; reconhecimento de interesses diferentes e contraditórios na sociedade; construção de
1133 políticas e o desenvolvimento de programas e ações que beneficiem o conjunto da população; ação
1134 permanente; e vigilância, pelo cidadão, da ação do estado objetivando o bem comum e contra a
1135 prevalência dos interesses privados. Também destacou que o papel da sociedade civil na defesa do
1136 SUS, sendo: conhecer e zelar pelo respeito aos Princípios e Diretrizes do SUS, especialmente: o Direito
1137 Universal à Saúde, a Integralidade da Atenção, a Igualdade de Acesso, a Descentralização, o Controle
1138 Social, a Gestão Única e Estatal do Sistema com Fundos e Conselhos de Saúde em cada esfera de
1139 governo, o financiamento solidário entre as três esferas de governo e a aplicação adequada dos
1140 recursos; exigir o cumprimento das Diretrizes para as Políticas de Saúde aprovadas nas Conferências
1141 de Saúde; zelar para o cumprimento das deliberações e resoluções dos fóruns de Controle Social do
1142 SUS: Conferências e Conselhos de Saúde; rejeitar a desregulamentação e a precarização do trabalho
1143 (na saúde) em todas as “formas de apresentação”; exigir o cumprimento dos Princípios e Diretrizes
1144 para a Gestão do Trabalho, estabelecidas pelo CNS (NOB/RH/SUS); exigir boa qualidade na prestação
1145 dos serviços de saúde; exigir que sejam elaborados e implementados os Planos de Saúde, contendo os
1146 Planos Anuais de Educação na Saúde, descentralizados e regionalizados, para todos os atores sociais
1147 que atuam junto ao SUS: gestores, trabalhadores, prestadores de serviços e usuários. Salientou ainda
1148 que, para a gestão do trabalho na saúde era necessário observar, minimamente, as práticas de: formas
1149 legais de contratação; plano de educação permanente; participação dos trabalhadores na gestão dos
1150 serviços; trabalho em equipe multiprofissional; instituição de Mesas de Negociação Permanentes; e
1151 remuneração digna (condizente com a função e a carga horária de trabalho). Continuando, falou do
1152 projeto neoliberal e a Saúde Pública - Agenda Política de 1995 a 2002. Lembrou que, no governo do
1153 Presidente Fernando Henrique Cardoso, foi elaborado o Plano Diretor de Reforma do Estado (Bresser-
1154 FHC), que propunha: redução do Estado, com redefinição de suas funções, de órgãos e da gestão dos
1155 servidores públicos; redução do grau de interferência do Estado na vida social - o controle é do

mercado; governabilidade - obtida pelo Poder de Governo, alianças restritas a grupos de apoio, desvalorização da democracia representativa e apoio incondicional ao Poder Econômico Internacional Dominante. Também destacou que o Plano Bresser propunha a seguinte estrutura do Estado: núcleo estratégico: Presidente e Ministros; atividades exclusivas de Estado: Agências; Serviços não exclusivos: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) – “propriedades públicas não-estatal”; administração: objetivos, resultados e lógica contratual; e prestação de serviços públicos: privatização é mercado. Registrou ainda que o Plano Diretor (Bresser, 1995) estabelecia que os Serviços não-exclusivos do Estado visavam: “transferir para o setor público não-estatal estes serviços (principalmente saúde), através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter direito a dotação orçamentária; lograr maior autonomia e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; lograr adicionalmente um controle social direto desses serviços (...); lograr, finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações; aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços (...)”. Explicou que o Plano previa as seguintes diretrizes das reformas para o Setor Saúde: contenção de gastos, especialmente com o trabalho; focalização em detrimento das políticas universais (custo-efetividade); reorientação dos recursos públicos para o setor privado; controle do “corporativismo” - combate à organização, especialmente a social e sindical; “descentralização”: Estado para terceirização e privatização; e incentivo a mecanismos de competição. Também destacou as experiências da adoção de “propriedades públicas não-estatal”, dentre elas: São Paulo: o Poder Executivo implantou o PAS; e Tocantins: o Poder Executivo celebrou convênio de concessão de uso de bens móveis e imóveis pertencentes à rede hospitalar do Estado do Tocantins, para Entidades Filantrópicas (Sociedade Beneficente São Camilo) e Associações sem fins lucrativos, “com o intuito de promover a descentralização das Ações de Serviço de Saúde, conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)”. No caso do Estado do Rio de Janeiro, destacou que o “Poder Executivo mudou a forma de gestão dos hospitais públicos do Estado do Rio de Janeiro, nos termos dos artigos 197 e 198 da Constituição Federal, sendo obrigatória, em qualquer caso, a formação de um Conselho Curador, com poderes de fiscalização e controle, sendo composto de representantes do Poder Público e da sociedade civil.” Foram relacionados os hospitais a serem terceirizados, especificando a norma que a referida transferência teria: feita mediante licitação; o Poder Executivo iria regulamentar o controle e a forma de fiscalização; “regras claras quanto aos objetivos de eficiência”; criação de um Conselho Curador em cada hospital, “destinado a fiscalizar a administração terceirizada, exercendo o controle social interno no hospital, sem prejuízo da normal fiscalização desempenhada pela Administração Pública”. Acrescentou que a lei também falava em “empresa que for contratada” ou “cooperativa que administre hospitais públicos (...)”. Disse ainda que no Estado da Bahia foi instituído o “Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais”, que pretendia “fomentar a absorção de atividades que, por força de previsão constitucional, já venham sendo exercidas também pelo setor privado, tais como ensino, pesquisa científica e tecnológica, cultura, saúde ou outras, pelas Organizações Sociais, constituídas na forma desta lei.” Lembrou que o Estado de Roraima instituiu o Plano de Assistência Integral à Saúde (PAIS), com o objetivo de instituir um novo modelo de gestão na Área de Saúde Pública naquele Estado com as seguintes características: forma empresarial de gerir integralmente o serviço estadual de saúde; alocação gratuita de bens imóveis, instalações e equipamentos do Estado de Roraima, por meio de convênio, à Cooperativa dos Profissionais de Saúde de Nível Superior – (COOPERPAI-MED); gestão compartilhada do convênio, exercida por um Conselho de Gestão, com a participação de representantes da cooperativa conveniada, dos usuários e do Governo Estadual; repasse por parte do Estado de recursos financeiros à cooperativa conveniada, baseado em valor *per capita* sobre a população atendida, a ser definido no termo de convênio; financiamento do PAIS com recursos, dentre outras fontes, do Estado de Roraima e provenientes também do Sistema Único de Saúde (SUS); a cooperativa conveniada administrará o convênio, alocação e pagamento de pessoal, movimentação de recursos financeiros e operacionalização do patrimônio alocado; e criada uma Cooperativa de profissionais de saúde, denominada COOPERPAI-MED. Destacou, conforme o Parecer sobre Terceirização e Parcerias na Saúde Pública, maio, 1998, do Wagner Gonçalves - Subprocurador Geral da República, Procurador Federal dos Direitos do Cidadão, que as terceirizações realizadas guardavam entre si os seguintes pontos em comum: cessão da capacidade instalada em saúde do Estado (total ou em parte) para que um terceiro, em nome do próprio Estado, execute os serviços de saúde pública; cessão de prédios, móveis e equipamentos públicos; repasse dos recursos públicos próprios do Estado e/ou do Sistema Único de Saúde; contratações ou convênios, na maior parte, feitos sem licitação – criação de cooperativas de médicos para assumir os serviços públicos de saúde (exemplo: Município de São Paulo e o Estado de Roraima);

na maioria dos casos, o pessoal foi cedido pelo Estado, com nítida intenção de transferir, para as entidades conveniadas ou contratadas ou organizações sociais, a responsabilidade pelo pessoal; em todos os contratos ou convênios conhecidos, não foram exigidas garantias reais ou fidejussórias para a execução dos seus ajustes; liberação da empresa ou entidade terceirizada para realizar licitação para compra de material e execução de contratos; e todas alegavam que o Estado teria o controle e a fiscalização, chegando um Estado (o de Tocantins) a afirmar que tem a gestão da saúde, "tendo somente transferido a gerência de unidades hospitalares". Seguindo, indagou se a Fundação Estatal era uma novidade ou neoliberalismo requentado. Destacou que o documento do MPOG defende um "Estado forte para se defender do controle privado", assim, perguntou como isso se daria se a proposta visava a criação de Entidade de Direito Privado carregada de todos os vícios por demais conhecidos na área da saúde. Questionou a quem interessava a autonomia gerencial da Fundação (uma única entidade) se as três esferas de governo e as ações e serviços de saúde, inclusive os serviços contratados eram, por natureza, interdependentes. Indagou ainda que autonomia orçamentária existiria na Fundação, se a maior parte dos recursos era de origem estatal, repassados pelos gestores públicos, sujeitos, da mesma forma que a administração direta ou indireta, a contingenciamentos orçamentários, e que, segundo o texto, já não possuíam nenhuma autonomia. Perguntou também que patrimônio próprio seria este, adquirido do Estado por benesse dos governantes de plantão. Salientou que a unicidade do SUS (gestão única por cada esfera de governo) foi considerada tão importante nos debates durante a Constituinte que a concepção/acordo era de que em todas as esferas de governo fossem extintos todos os órgãos e entidades da administração indireta existentes, vinculados ao MS (INAN, INAMPS, LBA, FUNASA, etc) e o mesmo deveria acontecer em todas as esferas de governo. Acrescentou que inúmeros municípios brasileiros haviam instituído fundações municipais e estaduais, especialmente na década de 70, para gerir o sistema ou serviços de saúde, por orientação dos governos militares da época. Naquele momento, estavam caracterizados os equívocos desse modelo de Gestão/Organização do Estado para o SUS. Salientou ser importante refletir sobre as chamadas "áreas não exclusivas do Estado" e a Saúde. Lembrou que a Constituição Federal admitiu a prestação de serviços privados de saúde de forma complementar ao SUS e não substitutiva do SUS, principalmente, onde os serviços já eram públicos, como os HUs, os Hospitais Federais, Estaduais, Municipais, do DF e quaisquer serviços existentes ou a serem instituídos com recursos públicos. Ressaltou que o documento "Modelos de Gestão - Formas jurídico-institucionais da Administração Pública – Conceitos e Características principais", do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, não considerou o Modelo de Gestão do SUS, das Políticas de Assistência Social (SUAS) e de Segurança Pública (SUSP) vigentes no País, bem como não analisou seus modelos de gestão e seus processos de implementação. Salientou ainda que o Sistema Único de Saúde realizava ações e serviços públicos considerados pela CF (art. 197) como serviços de relevância pública, inclusive aqueles prestados pela iniciativa privada fora do SUS, a chamada Saúde Suplementar. Ressaltou que as ações de saúde não eram exclusivas do Estado, mas exigiam, permanentemente, o exercício do poder e da autoridade estatal (ao contrário do que afirma referido texto) para serem executadas conforme a necessidade da população, e não, de acordo os interesses privados e econômicos. Destacou que, de acordo com a Constituição Federal e a Lei nº 8.080/90, constituía-se em obrigação do Estado: prestar serviços de saúde diretamente; quando a capacidade instalada do Estado for insuficiente, tais serviços podem ser prestados por terceiros, ou seja, pela capacidade instalada de entes privados, tendo preferência entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (§ 1º, art. 199 CF); e pode prestar serviços de saúde por meio de entidades privadas, desde que estas se submetam às regras do SUS, de forma complementar e para que o Estado possa, no atendimento da Saúde pública, utilizar-se também da capacidade instalada destes entes privados. Destacou que o art. 199, § 1º, estabelece que "as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos." e o art. 24 da Lei nº. 8.080/90 estabelecia que "quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada." Finalizando, disse que os defensores da proposta de fundação estatal foram os mesmos que defenderam a proposta de OSCIPS e OSs, assim, perguntou o que aconteceu nos Estados que adotaram esse modelo. Avaliou que o Estado Brasileiro, nas três esferas de governo, não desejava assumir a gestão de trabalho conforme dispõe a Constituição Federal. Além disso, destacou que a contratação de serviços de terceiros também deveria submeter-se à Lei 8.666. Também pontuou a importância do Controle Social do SUS, significando 50% de usuários e profissionais de saúde opinando sobre as questões. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, convidou para compor a mesa e fazer uso da palavra a Secretária-Executiva do Ministério da Saúde, **Márcia Bassit**, representando o Ministro da Saúde. Na sua fala, a Secretária informou que não debateria a proposta de fundação estatal, pois a matéria estava sendo discutida no âmbito do Poder Executivo e

1278 não havia uma proposta completa e acabada. Colocou a opinião do Ministro da Saúde de considerar
1279 precipitada posição do CNS, uma vez que não havia um projeto acabado e reiterou a predisposição do
1280 mesmo de abrir amplo debate sobre a matéria. Disse que foi elaborada pelo Ministério do
1281 Planejamento, com a participação do Ministério da Saúde, minuta de Projeto de Lei Complementar do
1282 Poder Executivo de regulamentação do inciso XIX do artigo 37 da Constituição Federal. Ressaltou que
1283 a minuta, ao ser concluída, seria encaminhada ao Congresso Nacional, possibilitando amplo debate da
1284 sociedade em torno do projeto. Acrescentou que somente, após esse processo, seria possível a
1285 apresentação de projetos de lei ordinária para criação de fundações estatais. Salientou que a
1286 expectativa, no âmbito da saúde, era que as fundações fossem o modelo referencial dos hospitais
1287 públicos. Finalizando, reiterou o apelo do Ministro da Saúde para que não houvesse deliberação, pois a
1288 matéria não estava completamente conhecida por parte do Poder Executivo e do CNS. Por fim, colocou-
1289 se à disposição para debate da matéria, com a participação de todos e despediu-se dos conselheiros.
1290 Na sequência, o Presidente do CNS, com a anuência do Plenário, abriu a palavra à presidenta da
1291 CNTSS da CUT, **Maria Aparecida Godoy**, que, inicialmente, agradeceu a oportunidade. Manifestou
1292 satisfação com a informação de que a proposta não era acabada, embora não seja isso que lhe
1293 pareceu. Registrou a defesa da modalidade de gestão do SUS na perspectiva de como este foi criado,
1294 ou seja, nas três esferas de gestão, com enfoque nos municípios, com comando único,
1295 descentralização, repasse fundo a fundo, controle social, gestão tripartite e quadro de trabalhadores
1296 com adesão à proposta do Sistema. Avaliou que a proposta de fundação estatal resolvia um problema
1297 dos gestores, mas não trazia solução para o cerne da questão, funcionando como uma medida
1298 paliativa. Ressaltou que a proposta distorcia o modelo de gestão do SUS e era contraditória ao
1299 Sistema, porque não considerava, por exemplo, a municipalização. Também colocou algumas questões
1300 para reflexão do Plenário. Destacou que a fundação estatal possuía natureza não lucrativa e, nessa
1301 lógica, perguntou onde o setor privado participava se não havia interesse lucrativo. A respeito da
1302 relação jurídico-trabalhista, disse que seria necessário discutir o processo de negociação no serviço
1303 público, porque não se tratava apenas de uma questão salarial, pois dizia respeito ao tipo de serviço
1304 exercido, às condições de trabalho, entre outras questões. Questionou também o fato de a fundação
1305 não ser obrigada a respeitar a Lei de Responsabilidade Fiscal e de o conceito de licitação não se
1306 aplicar à proposta. No mais, fez uma abordagem sobre os eventuais prejuízos da proposta, se
1307 implantada, aos direitos dos trabalhadores da fundação. Destacou que as fundações não respondiam
1308 às necessidades e feriam os aspectos pelos quais se lutavam e não foi possível implementar. Também
1309 solicitou que o controle social apontasse onde se encontrava a participação deliberativa do Controle
1310 Social nas fundações estatais. Disse ainda ser inadmissíveis contratos de gestão diferenciados por
1311 unidades e com Planos de Cargos e Carreiras diferentes. Por fim, colocou a sua preocupação com a
1312 possibilidade de a proposta desorganizar o Sistema, com prejuízos a todos. Concluídas as
1313 apresentações, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **José Cláudio**
1314 **Barriguelli** destacou que o conceito da fundação estatal já havia sido aprovado, considerando a Lei nº
1315 11.107/05 e o Decreto nº 6.017/07. Disse que era preciso ouvir dos responsáveis pela proposta as
1316 justificativas para a incapacidade do Estado em fazer a gestão. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1317 **Santos** cumprimentou os integrantes da mesa e destacou que naquele momento o CNS estava
1318 iniciando o debate central da 13ª Conferência acerca do papel do Estado. Destacou que o Conselho,
1319 nesse debate, deveria contribuir com as conferências estaduais e municipais e reafirmar o conjunto de
1320 normas estabelecidas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Conselheiro **Francisco**
1321 **Mogadouro da Cunha** disse que a proposta de fundação estatal já se iniciou e o Conselho não foi
1322 consultado. Também destacou que, antes do debate jurídico, seria necessária discussão acerca da
1323 concepção da proposta. Nesse sentido, pontuou que no texto “Fundação Estatal: a gestão pública
1324 renovada” a argumentação que fundamentava a proposta constava que a saúde não era função própria
1325 ou típica de Estado, por isso, foi incluída na minuta de PLC. Defendeu que o CNS se manifestasse
1326 contrário a essa concepção e, portanto, questionasse a inclusão da saúde entre as áreas de atuação da
1327 fundação estatal. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** destacou que a gestão atestava a sua
1328 incompetência ao resolver que uma entidade privada faria a gestão de uma instituição pública. Nesse
1329 sentido, disse ser importante avaliar os motivos que levavam aos resultados ineficazes, verificando se o
1330 problema referia-se à modalidade de gestão ou à forma de gerir. Como encaminhamento, propôs que
1331 fosse solicitado relatório da Comissão Interministerial do MEC, MS e MCT de avaliação dos hospitais
1332 universitários e que fosse realizado amplo debate da proposta, iniciando-se pelos municípios.
1333 Conselheira **Marília Coelho Cunha** perguntou se o Plenário tinha conhecimento da proposta de plano
1334 nacional para a saúde. Cumprimentou a assessora do SUS pela apresentação e informou que, no
1335 Distrito Federal, o gestor de saúde não possuía autonomia, pois os recursos iam para a Secretaria de
1336 Finanças do Distrito Federal. Nesse sentido, questionou por que apresentar nova proposta de gestão se
1337 o gestor não tinha autonomia. Disse que lhe causava preocupação a proposta de fundações estatais,
1338 pois os exemplos de fundações públicas de direito privado, no próprio Ministério da Saúde,

1339 apresentavam os piores projetos e convênios. Antes de abrir a palavra para considerações da mesa, o
1340 Presidente do CNS registrou a presença da Sra. Lúcia Reis, da Direção Nacional da CUT. A consultora
1341 na área do SUS, **Conceição Rezende**, lembrou que o modelo de fundação, apesar de garantido na
1342 Constituição Federal, não deveria se aplicar à saúde, pois o SUS possuía três esferas de governo,
1343 interdependente e os seus serviços precisavam de gestão única. Considerou que mau atendimento
1344 ocorria, especialmente, em virtude de modelo de gestão inadequado para as políticas. Disse ser
1345 necessário debate profundo sobre a concepção do SUS, iniciando-se por questões norteadoras, tais
1346 como: O SUS é papel do Estado? O Estado, no caso da saúde, é somente regulador e controlador?
1347 Disse que a carreira do SUS era de Estado, única e com diretrizes nacionais. Ressaltou que a gestão,
1348 normalmente, apresentava problemas administrativos, mas a incompetência predominava em todas as
1349 esferas de governo. Pontuou os problemas das fundações privadas na saúde e a dificuldade de
1350 atuação do Controle Social. Disse que os trabalhadores deveriam lutar para não perder direitos, por ser
1351 justo, legítimo e coerente. A gerente de projetos do Ministério do Planejamento, **Valéria Salgado**, disse
1352 ter tomado nota das considerações, mas iria se ater a comentários acerca da proposta de Projeto de
1353 Lei Complementar. Explicou que o PLC não tratava da fundação de direito privado, mas sim,
1354 estabelecia as áreas em que o Estado poderia instituir fundações estatais para exercício de atividades
1355 que não envolviam poder de polícia. Explicou que o MPOG, apesar de ter sido provocado pelo
1356 Ministério da Saúde, estudava desde 2004 a regulamentação do inciso XIX, do artigo 37, da
1357 Constituição Federal, porque envolvia outras áreas além da saúde. Registrou ainda que o SUS era uma
1358 referência para o Ministério do Planejamento, com a intenção de levar o conceito do Sistema para
1359 outras áreas do Estado. Disse que o SUS não constava no documento, por não se tratar de uma
1360 modalidade jurídico-institucional, mas sim de um sistema. Também registrou que o debate estava
1361 iniciando e seriam necessários ajustes do documento ao longo do processo de discussão. Ressaltou
1362 que a intenção era envolver as diversas áreas, inclusive a saúde, no debate da fundação estatal que
1363 estava iniciando naquele momento. Destacou ainda que a premissa do debate não era de privatização,
1364 mas sim de oferecer resposta a problemas das OSs, com ajuste às necessidades de cada área. Disse
1365 ainda que a proposta, em nenhum momento, concorria com o SUS, pois deveria ajustar-se ao Sistema.
1366 A presidenta da CNTSS da CUT, **Maria Aparecida Godoy**, avaliou que o grande desafio era enfrentar
1367 os problemas do SUS, mas sem perder a concepção do Sistema. Ressaltou que a proposta de
1368 fundação estatal não considerava a concepção do SUS, os seus princípios e diretrizes e o controle
1369 social. Disse ainda que o debate de modelo de gestão deveria ser feito, primeiramente, pelos três
1370 Ministérios envolvidos no SUS – Saúde, Previdência e Assistência. Também avaliou que a proposta
1371 não deveria seguir sem antes ser debatida com profundidade, inclusive com CONASS, CONASEMS e
1372 controle social. Na seqüência, a mesa abriu a palavra aos demais inscritos. Conselheiro **Flávio Heleno**
1373 **Poppe** cumprimentou a mesa pela apresentação e fez algumas considerações. Disse que, conforme as
1374 falas, não condizia a informação de que o projeto de fundação estatal estava pronto e a Casa Civil
1375 enviaria à Câmara dos Deputados. Além disso, ressaltou que não condizia a afirmação de que a
1376 proposta visava mudar o modelo do SUS. Também citou fundações que tiveram resultados positivos, a
1377 exemplo da FIOCRUZ e da Embrapa. No mais, considerou que o ato de instituição da fundação estatal
1378 pelo Poder Público poderia ser extinto ou modificado a qualquer tempo. Como encaminhamento,
1379 propôs que o Plenário não deliberasse sobre o assunto naquele momento e continuasse o debate.
1380 Conselheira **Francisca Valda da Silva** considerou ser consenso o diagnóstico acerca da gestão:
1381 desperdício, custo crescente de procedimentos, ineficácia, ineficiência, baixo resultado sanitário e de
1382 impacto epidemiológico. Disse que o projeto de gestão da reforma sanitária era extremamente
1383 grandioso para o País e não se concretizava em poucos anos. Ao contrário desse modelo, avaliou que
1384 se colocava a proposta da fundação estatal, com gestão de caráter centralizador, concentrador de
1385 poder, de decisão e de ação. Considerou que a proposta representava “quebra” da racionalidade de
1386 distribuição social de bens e serviços e de um projeto pedagógico e emancipação política e social de
1387 desenvolvimento de autonomia do País, com avanço para uma regulação de mercado. Dessa forma,
1388 ressaltou ser necessário muito cuidado em relação ao que estava ocorrendo. Conselheira **Maria Izabel**
1389 **da Silva** manifestou preocupação com o fato de a proposta contemplar outras áreas de atuação, além
1390 da saúde. Também disse que a proposta prejudicava a proposta de plano de cargos e salários no
1391 serviço público, em especial na saúde e, por conseqüência, o atendimento à população teria prejuízos.
1392 Por fim, defendeu que o Plenário se manifestasse contrário a qualquer proposta de fundação estatal de
1393 direito privado na saúde, considerando ser necessária articulação com as demais áreas que poderiam
1394 ser alvo desse modelo. Conselheiro **Eni Carajá Filho** disse que a proposta de fundação estatal era
1395 semelhante ao modelo de gestão implantado na Rede Sara, que não tem controle social, sobretudo dos
1396 conselhos de saúde. Lembrou ainda a Deliberação nº. 001/2005 onde o CNS manifesta posição
1397 contrária a qualquer tipo de terceirização dos serviços e da gestão. Ressaltou ainda que foi aprovada,
1398 em 22 de dezembro de 2006, a Portaria nº. 3.277, que regula a atuação da saúde com a rede privada.
1399 Por fim, defendeu que o Plenário deliberasse sobre a proposta, se possível, naquele momento.

1400 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou a mesa pela explanação e manifestou tranquilidade
1401 com a informação de que não havia uma proposta acabada sobre o assunto. Disse que a proposta, se
1402 aprovada, conforme proposto, teria resultados piores para os usuários. Registrou ainda ser papel dos
1403 conselhos de saúde interpretar, defender, deliberar, conforme estabelece a Constituição, sobre leis
1404 complementares, normas, minutas e instrumentos legais do SUS. Sugeriu que fosse realizada
1405 avaliação do desempenho da regulação vigente para ser analisada no decorrer do debate da proposta.
1406 Senhora **Janine**, da direção da FASUBRA, avaliou que a política da fundação estatal não visa revisitar
1407 o SUS, mas sim “agredir” o Sistema, inviabilizando, por exemplo, o PCCS SUS, a EC nº. 51, entre
1408 outras. Disse ainda que a informação de que a proposta não estava acabada não condizia com a
1409 realidade. Também perguntou que espaço seria reservado para debate da proposta com a sociedade.
1410 Conselheira **Zilda Arns Neumann** registrou que o SUS era o melhor sistema de saúde do mundo, mas
1411 precisava ser aperfeiçoado, com definição, inclusive, de regras para regular e capacitar a gestão do
1412 Sistema. Perguntou as justificativas para a proposta de instituir fundação estatal. Por fim, sugeriu que o
1413 CNS não deliberasse sobre a matéria naquele momento, mas sim, aguardasse a apresentação da
1414 proposta ao CNS, pelo Ministro da Saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** cumprimentou a mesa
1415 pela apresentação e perguntou à representante do MPOG que tipo de avaliação dos modelos de gestão
1416 foi feita para propor o novo modelo. Também lastimou o fato de o País estar vivendo uma nova
1417 concepção de Estado, com a desmontagem do mundo do trabalho – flexibilização, terceirização e a
1418 desregulamentação do trabalho. Destacou ainda que todas as políticas que diziam respeito ao
1419 trabalhador, ao cidadão não eram consideradas atividade exclusiva do Estado. Disse que o CNS não
1420 poderia concordar com a proposta de fundação de direito privado e defendeu deliberação do CNS
1421 nesse sentido. Conselheiro **Walter Gomes de Souza** informou que a Fasubra, junto com o Ministério
1422 do Planejamento, estudava a matéria a mais de um ano e meio. Contudo, foi constituída comissão
1423 ministerial e os trabalhadores não tiveram acesso ao relatório dessa comissão. Perguntou que espaço
1424 os trabalhadores teriam para discutir a matéria e explicitar a posição. Comunicou que a Federação
1425 protocolou no Ministério da Saúde e distribuiu ao Conselho um documento solicitando a abertura de um
1426 debate nacional sobre a questão dos hospitais universitários. Nesse sentido, solicitou a contribuição do
1427 CNS, junto ao Ministério da Saúde e no Ministério da Educação, para garantir esse debate nacional.
1428 Perguntou também de que fonte viria os recursos para as fundações estatais de direito privado. Por fim,
1429 registrou que a Federação manifestava-se pela manutenção dos serviços públicos e da gestão pública.
1430 Conselheira **Raquel Rigotto** disse ser difícil aplicar à saúde e à educação a lógica aplicada em todo
1431 movimento da reestruturação produtivo. Salientou que o “objeto” de trabalho na saúde era muito
1432 especial, por se tratar da vida, adoecimento e morte de grupos sociais e indivíduos. Disse que o
1433 trabalho envolvia conhecimento, habilidades, atitudes e subjetividade dos trabalhadores. Ressaltou
1434 ainda que submeter os trabalhadores a metas de produtividade e de qualidade, a contratos de trabalho
1435 flexibilizados levaria ao comprometimento da qualidade, à ineficiência e à ineficácia do Sistema.
1436 Somou-se à preocupação dos demais conselheiros de inclusão do meio ambiente entre as áreas que
1437 poderiam ser objeto de fundações estatais. Finalizando, avaliou que o debate da proposta deveria ser
1438 feito com os demais setores envolvidos no projeto e lamentou esse tipo de discurso no Governo Lula.
1439 Conselheira **Lígia Bahia** registrou ser oportuno o debate no CNS sobre modelo de gestão,
1440 considerando os problemas de gestão, de ineficiência e de má gestão dos recursos e do patrimônio
1441 público. Também defendeu a continuidade do debate, levando-se em consideração três dimensões:
1442 jurídica, financeira e do trabalhador. Concluiu destacando a necessidade de definir modelo de gestão
1443 para o País. Conselheiro **Raimundo Sotero**, primeiramente, destacou que gestor era um diretor de
1444 unidade de saúde, indicado politicamente e não tecnicamente do seio do funcionalismo. Avaliou que o
1445 CNS deveria deliberar sobre o assunto e registrou que discordava completamente do projeto por
1446 entender que feria o direito do cidadão. Conselheiro **José de Rocha Carneiro** defendeu a proposta
1447 de aguardar a apresentação da proposta pelo Ministério da Saúde para deliberação do Plenário do
1448 CNS. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** avaliou que a fundação estatal, contrariando a Lei
1449 nº. 8.080, seria uma duplicidade de meios para administrar o mesmo fim, que era o SUS. Lembrou
1450 ainda que o Pacto de Gestão apontava a necessidade de os governos, nas três esferas de gestão,
1451 enviaressem esforço para o funcionamento do Sistema, contudo, observava-se o contrário, pois a
1452 proposta prejudicaria esse funcionamento. Além disso, registrou que o Pacto em Defesa do SUS
1453 apontava a necessidade de esclarecer ao cidadão que saúde era direito de cidadania e o SUS o
1454 modelo garantidor desse direito. Disse ainda que, ao contrário do que foi informado, o debate sobre a
1455 fundação estatal estava bem avançado. Nesse sentido, defendeu que o CNS deliberasse sobre a
1456 matéria naquele momento. Conselheiro **Eduardo Santana**, como encaminhamento, propôs que,
1457 doravante, o CNS fosse o agente condutor das discussões de gestão no âmbito do SUS. Além disso,
1458 destacou ser necessário legislar em defesa da sociedade brasileira. Conselheiro **Jurandir Frutuoso**
1459 avaliou como produtivo o debate, com defesa das posições, demonstrando a maturidade do Conselho.
1460 Registrou que várias falas apontaram a necessidade de se aguardar a apresentação da proposta, pelo

Ministério da Saúde. Disse que o gestor era acusado pelo que não pôde fazer e julgado pelo que não faz, muitas vezes injustamente. Salientou que esse segmento trabalhava em situação de precarização do trabalho e de orçamento injusto para dar cabo daquilo que era da sua obrigação. Dessa forma, o projeto não significava uma fuga para os gestores. Comunicou que o CONASS realizaria seminário para discutir modelo de gestão e defendeu a continuidade do debate para, somente depois, haver uma deliberação do Conselho. Também disse que a proposta de fundação estatal para o PSF da Bahia visava encontrar uma saída para a precarização do Programa no Estado. Conselheiro **José Eri Medeiros** informou que, no Congresso do CONASEMS, seria realizada a oficina “Fundação Estatal – novo modelo de gestão”. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, registrou que o projeto de fundação estatal até poderia trazer alteração, mas considerou que não se poderia duvidar que a proposta estava pronta e sendo debatida. Prova disso era que no seminário sobre aspectos jurídicos, a ser realizado pelo MPOG, seria feito debate sobre aspectos relevantes da fundação estatal, conceito, classificação e regime tributário, autonomia orçamentária, conceito e formas de implementação, entre outros. Ressaltou que o SUS era a maior conquista da história do povo brasileiro, mas o Sistema possuía problemas. Avaliou que o povo brasileiro foi derrotado ao não se incluir a saúde como atividade específica do Estado e, que, em função dessa derrota, houve uma série de desdobramentos da década de 90, culminando em um processo de privatização do Sistema, no aprofundamento do modelo imperativista, hospitalocêntrico e elitista e em um processo de precarização. Ressaltou que a proposta de fundação estatal acabava com as duas propostas que apontavam para o princípio da superação desse quadro, sendo as diretrizes do PCCS-SUS e o Pacto de Gestão. Por fim, avaliou que o CNS, a partir desse debate, tinha condições de tomar posição acerca da proposta e que, a partir desse momento, o Conselho tivesse a condução do debate, uma vez que os mais interessados – usuários e trabalhadores – não foram chamados a participar da discussão. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra para considerações da mesa. A presidenta da CNTSS da CUT, **Maria Aparecida Godoy**, avaliou estar claro que o SUS continuava em disputa. Disse ainda que a Mesa Nacional de Negociação debateu o projeto de fundação estatal e o SUS poderia solicitar a ata da reunião. Afirmou que o projeto estava na página do MPOG e alguns estados já haviam discutido a sua implantação. Apelou ao CNS para que não permitisse a implementação do projeto, solicitando a interrupção da tramitação para aprofundar o debate. Disse que não adiantava modificar o modelo, porque o problema referia-se à concepção. Finalizou afirmando que o projeto estava sendo construído, mas não era para a sociedade. A gerente de projetos do Ministério do Planejamento, **Valéria Salgado**, reiterou a solicitação de espaço no CNS para apresentação do projeto de fundação estatal. Disse que estava presente ao debate em respeito ao Conselho, mas não foi possível preparar-se para explanação, porque não recebeu o convite com antecedência. Ressaltou que o debate foi muito rico, contudo, havia alguns equívocos que precisavam ser esclarecidos. Reiterou que foi encaminhado à Casa Civil o Projeto de Lei Complementar que define as áreas que o Estado poderia criar fundações de direito público e direito privado. Destacou ainda que, na condição de representante do Ministério do Planejamento, concordava com a proposta de abrir debate nacional sobre o conceito de Estado que se desejava. Finalizou reforçando a solicitação de ser dada a oportunidade ao MPOG para apresentação do projeto ao CNS, que se tratava de um espaço democrático de extrema importância. A consultora na área do SUS, **Conceição Rezende**, disse que é importante saber que o SUS possui atores sociais e os trabalhadores. Considerou legítima a solicitação do Ministério do Planejamento e do Ministério da Saúde de prorrogar a decisão do CNS, todavia, disse que os conselheiros seriam cobrados da sua entidade uma posição do Conselho. Nesse sentido, avaliou que o CNS deveria tomar posição o mais rápido possível sobre a proposta de fundação estatal. Ressaltou que o PLC enviado à Casa Civil também era polêmico, porque o Código Civil estabeleceu as áreas que podiam ser objeto de fundação, sendo: para fins religiosos, para discussão de problemas morais, culturais e assistência. Dessa maneira, a área da saúde não deveria estar no PLC. Por fim, agradeceu a oportunidade e despediu-se do Plenário. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou que o CNS deveria definir se deliberaria ou não acerca da proposta. Conselheiro **Eduardo Santana** informou que a FENAM disponibilizou os documentos acerca da discussão da fundação estatal no sítio da Federação. Encaminhando, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, apresentou as seguintes propostas: **1) deliberar contrário à proposta de instituir fundação estatal; e 2) não deliberar sobre a proposta no momento, a fim de aprofundar o debate sobre o assunto.** Após verificar que o Plenário estava esclarecido, colocou em votação as duas propostas. **Foi vencedora a proposta 1 com vinte votos favoráveis. A proposta 2 recebeu quatorze votos. Diante desse resultado, o CNS recusou a proposta.** Conselheiro **Ciro Mortella** avaliou que, independente desse resultado, era preciso aprofundar o debate sobre a proposta de fundação estatal, inclusive com a participação do Ministério da Saúde. Diante dessa fala, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, sugeriu que o CNS estimulasse o debate da proposta nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, bem como nas Conferências, à luz da decisão do CNS. Conselheira **Lígia Bahia** avaliou que as duas propostas

colocadas para votação não eram contraditórias. Desse modo, também defendeu a continuidade do debate. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que era consenso a necessidade de debater a gestão dos serviços do SUS e, diante disso, apresentou a proposta de realizar seminário nacional sobre modalidades de gestão do SUS, com a participação de todos os atores. Ressaltou que os estados e municípios deveriam realizar diagnóstico da situação local e, à luz dessa análise, fosse realizado debate sobre modalidade de gestão. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** avaliou que o encaminhamento não foi feito de forma correta e fez uma defesa do Presidente Lula, uma vez que a proposta não havia sido encaminhada ao Presidente. **Após considerações, o Plenário aprovou, por consenso, a realização de seminário nacional sobre modalidades de gestão em curso no SUS, preferencialmente próximo à reunião ordinária do CNS de agosto de 2007. A proposta de Seminário deverá ser elaborada pela Mesa Diretora do CNS e apresentada ao Plenário na reunião de ordinária de julho de 2007.** Concluído esse ponto, foi iniciada a apresentação do item 7 da pauta. **ITEM 7 – COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN** – A Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**, integrante da COFIN/CNS, com o auxílio do Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, assumiu a coordenação dos trabalhos. Primeiramente, justificou a ausência da Conselheira **Ana Cristhina Brasil**, coordenadora da COFIN/CNS, e do Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, coordenador-adjunto da COFIN/CNS. Inicialmente, a mesa convidou a Coordenadora-Geral de Recursos Humanos/MS, **Elzira Maria do Espírito Santo**, que apresentou relatório da CGRH/MS sobre o quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde. Iniciou a explanação com a composição da CGRH, que dispõe de oito coordenações. Destacou o quantitativo de servidores ativos do Ministério da Saúde, sendo: sede e núcleos – 6.326; hospitais próprios – 12.223; contrato temporário – 5.441; outros órgãos – 460; hospitais universitários – 2.202; cedidos SUS – 36.950; e total: 63.580. Detalhou ainda o quantitativo de servidores inativos: aposentados – 70.355; instituidores de pensão – 28.649; e total - inativos: 99.004. Com isso, o total da folha do Ministério da Saúde era de 162.585. Seguindo, apresentou a faixa etária dos servidores ativos: até 30 anos – 2%; entre 31 e 40 anos – 4%; entre 41 e 50 anos – 31%; entre 51 e 60 anos – 50%; e entre 61 e 70 anos – 13%. Seguindo, falou sobre a previsão de aposentadorias: até 2012 - homens: 5.017; mulheres – 10.011; total: 15.028; até 2017 – homens: 9.072; mulheres – 12.799; total – 21.871; e até 2022 – homens: 7.670; mulheres – 597; total – 8.267. Após a apresentação, os conselheiros fizeram questionamentos à coordenadora da CGRH que foram, de pronto, respondidos. Como destaque, registra-se a preocupação com o quadro do Ministério da Saúde, pois 92% dos servidores tinham acima de 40 anos e, em pouco tempo, estariam aposentados. **A respeito dessa questão, o Plenário indicou que a CIRH/CNS acompanhe permanentemente o debate da criação de cargos do SUS.** Na sequência, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**, integrante da COFIN/CNS, fez a apresentação do relatório da reunião da COFIN, realizada no dia 6 de junho de 2007, que teve como pauta: debate sobre as prerrogativas institucionais da Comissão, revisão da agenda política da COFIN a ser apresentada ao Pleno para apreciação e votação; e Plano Plurianual – PPA 2008-2011. Iniciando, apresentou o Plano de Trabalho da COFIN/CNS para 2007, sendo: **1. Estratégias de Atuação:** reuniões periódicas, oficinas de trabalho e seminários; participação em fóruns e conferências dos eixos temáticos de atuação; elaboração de documentos, informativos e textos técnicos; elaboração de recomendações, moções e resoluções para deliberação do Plenário do CNS; participação política na articulação do CNS com outros atores relacionados aos temas Orçamentários e Financeiros; **2. Agenda Política da COFIN:** acompanhamento do financiamento das ações de saúde, no contexto prioritário do PNS e os Pactos em Defesa do SUS, pela Vida e de Gestão; PPA; LDO; LOA e Projetos Legislativos; acompanhar o trâmite dos Projetos Legislativos - Mobilização pela aprovação no Congresso Nacional do PLC 01/03 – Regulamentação da E C 29; articulação e avaliação das políticas e programas do SUS junto às outras Comissões do CNS, subsidiando-as na análise do orçamento, relacionado às políticas específicas; luta pelo descontingenciamento dos recursos do SUS; reafirmação dos conceitos, princípios e diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da CF/88; acompanhar o processo de execução orçamentária do Ministério da Saúde, fortalecendo uma atuação coordenada do controle social, superpondo a escolha de prioridades à efetiva implementação dos programas; a cada trimestre, analisar o relatório de Gestão com a Execução Orçamentária, devidamente detalhada nos termos do Art. 12 da Lei 8.689/93 combinado com os parágrafos 2º e 3º, inciso II do Art. 6º, do Decreto nº 1.651/95; manter a análise das planilhas contendo o consolidado de programas e ações e o das unidades do Ministério da Saúde, para avaliação da execução classificada como adequadas, regulares ou inadequadas para empenho e liquidação; compromisso com a construção de uma Agenda Nacional de Saúde; construir intersetorialmente indicadores de avaliação e de impacto de políticas públicas para a sustentabilidade do desenvolvimento social; debater e assegurar o descontingenciamento de recursos para políticas social-urbanas; viabilizar um grande fórum nacional que discuta a questão da promoção à saúde; realizar em parceria com a academia um levantamento sobre os acordos e protocolos que o Brasil assinou, destacando quais realmente foram implantados e avaliar o cumprimento dos acordos; destacar

a questão do Financiamento da Saúde entre os temas nas Conferências de Saúde; participar e ou acompanhar as discussão e Implementação do SIOPS e do Núcleo de Articulação, Integração e Desenvolvimento - NAID/PSAL, como também de outros Planos Regionais; acompanhamento específico dos Convênios (qual a eficiência e eficácia que justifiquem a utilização desses recursos; criar um mecanismo de articulação permanente com as Comissões Estaduais que analisam o orçamento e o financiamento da saúde; e organizar sistematicamente Oficinas Estaduais ou Regionais sobre a temática da COFIN/CNS; 3. Calendário das Atividades em 2007: 6 de junho de 2007- Reunião da COFIN, Pauta: PPA; 13 e 14 de junho de 2007 - Reunião do CNS; 27 a 30 de junho de 2007 - XXIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde no Centreventos Cau Hausen na Cidade de Joinville/SC (Oficina sobre financiamento); 5 e 6 de julho de 2007 - Reunião da COFIN – Planejamento da Comissão - Relatório Trimestral; 11 e 12 de julho de 2007- Reunião do CNS; 13 a 18 de julho de 2007 - IV Congresso da ABRASCO, X Congresso Latino Americano de Medicina Social; 2 de agosto de 2007 - Reunião da COFIN - Pauta: LOA 2008; 7 de agosto de 2007 - Reunião da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do SIOPS/MS; 8 e 9 de agosto de 2007 - Reunião do CNS; 17, 18 e 19 de agosto de 2007 - Oficina Regional sobre Orçamento e Financiamento da Saúde em São Leopoldo/RS; 6 de setembro de 2007- Reunião da COFIN - Informes da COFIN; 12 e 13 de setembro de 2007 - Reunião do CNS; 2 de outubro de 2007 - Reunião da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do SIOPS/MS; 4 de Outubro de 2007 - Reunião da COFIN – Pauta: Relatório Trimestral; 9 e 10 de outubro de 2007- Reunião do CNS; 1º de novembro de 2007 - Reunião da COFIN - Informes da COFIN; 7 e 8 de novembro de 2007 - Reunião do CNS; 14 a 18 de novembro de 2007 - 13ª Conferência Nacional de Saúde; 4 de dezembro de 2007 - Reunião da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do SIOPS/MS; 6 de dezembro de 2007 - Reunião da COFIN - Pauta Ordinária; 12 e 13 de dezembro de 2007 - Reunião do CNS. Acrescentou que a COFIN/CNS acompanharia audiências públicas sobre o PPA e pretendia realizar, ainda em 2007, mais três Oficinas Regionais para discutir o orçamento e o financiamento da saúde. Seguindo, falou sobre o Plano Plurianual – PPA 2008-2011. Informou que o Relator do Plano Plurianual – PPA 2008-2011, Deputado Federal Cláudio Vignatti, foi convidado pela Coordenação da COFIN para prestar esclarecimentos sobre o processo de construção do referido Plano, sobre o qual apresentou as seguintes considerações: a) Haverá consulta aos Conselhos de Saúde, Educação, etc. com o objetivo de incorporar as propostas oriundas das Conferências Temáticas e das políticas implantadas pelo governo na última gestão; b) O prazo de entrega das propostas dos Ministérios para o Ministério do Planejamento é 30 de Junho, para posterior encaminhamento do Projeto de Lei para o Poder Legislativo até 31 de Agosto de 2007; c) Pontos principais do debate com o Relator: c.1) Será preciso pensar em rever o cronograma para o próximo PPA (2012-2015), para que o Projeto de Lei do Executivo já incorpore as propostas da sociedade civil e para que não haja a possibilidade de Emendas Parlamentares obrigatórias. Entretanto, é preciso lembrar que as Emendas estão regulamentadas e, cerca de 1/3 delas são para a área da saúde; c.2) Seria importante que houvesse uma articulação entre os relatores dos três Projetos de Lei – PPA, LDO e LOA – para consolidar uma visão integrada de planejamento de longo e curto prazo, principalmente neste ano quando o Projeto da LDO é encaminhada antes do Projeto de Lei do PPA, para evitar eventuais problemas de compatibilização; c.3) Considerando que os programas previstos no PPA determinam as políticas públicas, é preciso avaliar a necessidade de mudanças, pois a tendência é de continuidade. Além disso, seria importante que a revisão do Plano Nacional de Saúde esteja vinculado aos programas contemplados no Projeto de Lei do PPA, para viabilizar o acompanhamento por meio de indicadores já existentes; c.4) Verificar a possibilidade de identificar claramente no Projeto de Lei do PPA se os investimentos previstos para área da saúde estão nos termos previstos pela Emenda Constitucional 29 e Resolução 322 do CNS. Como encaminhamento, a COFIN sugeria aproveitar as 27 Conferências Estaduais preparatórias da 13ª Conferência Nacional de Saúde, a serem realizadas em setembro, para debater a proposta do PPA e ou para eventual apresentação de subsídios aos parlamentares para Emendas ao Projeto de Lei. Na sequência, apresentou síntese das considerações dos representantes do Ministério da Saúde, sendo: a) Histórico: o processo de discussão interna no MS teve início em março, com a diretriz de rever os programas e ações do PPA sob orientação do Plano Nacional de Saúde; b) Houve uma redução do número de programas (de 33 para 16) e de ações (de 240 para 170) comparativamente ao PPA 2004-2007, que deverão focar as condições de saúde, os condicionantes/ determinantes de saúde e a gestão – planejamento e descentralização. Apesar de se buscar uma visão integral, com eixos estruturantes, ainda restaram “caixinhas” na proposta de LDO; e c) O MS disponibilizará a versão do PPA para o CNS nos próximos 20 dias. Em relação a esses itens, disse que a COFIN sugeria a composição de comissão para acompanhar o processo do PPA – Proposta de composição da Comissão: José Claudio Barriguelli (FARBRA); Ronald Ferreira dos Santos (FENAFAR); Fernando Luiz Eliotério (CONAM); Ruth Ribeiro Bittencourt (CFESS); e Ana Cristhina de Oliveira Brasil (COFFITO). Em seguida, apresentou informe da reunião da Câmara Técnica do SIOPS, realizada em 5 de junho de 2007. Disse que, na ocasião, foi manifestada a preocupação com a

expansão dos valores de Restos a Pagar do Ministério da Saúde, o que tem comprometido a efetiva execução orçamentária anual e a alocação de recursos no Orçamento da Saúde. Acrescentou que, durante o debate, os membros da COFIN lembraram que já foi definido pelo pleno que o Ministério da Saúde apresentaria trimestralmente as informações consolidadas dos cancelamentos e pagamentos de Restos a Pagar. Houve ainda uma proposta para que os valores cancelados de Restos a Pagar sejam objeto de compensação em exercícios posteriores, uma vez que foram computados na prestação de contas de cada exercício como aplicação efetiva. Como encaminhamento, a COFIN sugeria: agendar reunião com a Ministra do STF para que o presidente do CNS pudesse esclarecer algumas questões relativas ao entendimento do que são ações e serviços públicos de saúde; solicitar informações ao Ministro da Saúde sobre as bases da mudança do SIOPS para a Secretaria Executiva desse Ministério; e articular apresentação do Relatório da Coordenação Geral de Recursos Humanos ao Pleno do CNS (em anexo). Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações dos conselheiros. **Como encaminhamento, o Plenário aprovou o relatório da COFIN, com adendos.** Na sequência, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS e o Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Secretário de Gestão Estratégica e Participava/MS, convidaram o prefeito de Itapeva/SP e o Secretário de Saúde do Município para a assinar o Termo de Adoção do Ministério da Saúde, pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participava (SGEP), para a Prefeitura Municipal de Itapeva/SP. O prefeito de Itapeva/SP, Luiz Antônio Hussne Cavani, assinou o termo de doação de microcomputadores, tendo por finalidade a utilização pelo Conselho Estadual/Municipal de Saúde visando fortalecer a ação do Conselho de Saúde e promover processo de inclusão digital dos conselheiros de saúde. Conselheira **Geusa Dantas Lélis** solicitou ao Secretário de Gestão Estratégica e Participativa a garantia da conectividade. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, informou que estava tentando viabilizar reunião com o representante do Banco do Brasil, da FIOCRUZ e com o Ministro da Saúde. Conselheiro **Volmir Raimondi** comunicou que não poderia participar do terceiro dia de reunião e, por isso, lembrou que, na Resolução da Comissão de Pessoas com Patologia foram incluídas representações dos indígenas e do Ministério de Ciência e Tecnologia. Feito esse informe, encerrou-se os trabalhos do segundo dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Ailson dos Santos, Antônio Alves de Souza, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Eduardo Santana, Eufrásia Santos Cadorin, Flávio Heleno P. de Figueiredo, Francisca Valda da Silva, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Cláudio dos Santos, José Marcos Oliveira, José de Rocha Carneiro, Lérida Maria dos Santos Vieira, Lígia Bahia, Luis Augusto Facchini, Maria Izabel da Silva, Raimundo Sotero, Raquel M. Rigotto, Ruth Ribeiro Bittencourt, Valdirlei Castagna, Volmir Raimondi e Zilda Arns Neumann.** *Suplentes*: **Alceu José Peixoto Pimentel, Denise Torreão Corrêa da Silva, Eline Jonas, Eni Carajá Filho, Francisco Eduardo Campos, Francisco Mogadouro da Cunha, Geusa Maria Dantas Lélis, Greyce Lousana, Juarez Pires de Souza, Jurandir Frutuoso, Luiz Antônio de Sá, Maria Emília Ciliberti, Maria Helena Machado, Maria Laura C. Bicca, Maria Natividade G. S. T. Santana, Maria Thereza Almeida Antunes, Marília Coelho Cunha, Merula Emmanoel Anargyrou Steagal, Paulo César Augusto de Souza, Rosane Maria Nascimento da Silva, Ronald Ferreira dos Santos e Valdenir França.** Iniciando os trabalhos do terceiro dia de reunião, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, explicou que a intenção era fazer uma discussão aprofundada do “Roteiro para o debate e apresentação de propostas para a 13ª Conferência Nacional de Saúde” e definir linha de intervenção do CNS nas conferências estaduais e municipais. Disse que estavam presentes integrantes da Comissão Organizadora que poderiam contribuir no debate. Para compor a mesa, convidou a Conselheira **Lígia Bahia**, da Comissão Organizadora da 13ª Conferência e a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**. Como dinâmica, acordou-se que seriam apresentados os principais pontos de cada eixo temático e, na sequência, seria aberta a palavra para considerações do Pleno. A princípio, Conselheira **Lígia Bahia**, que conduziu a elaboração do roteiro, apresentou a introdução e o Eixo I “Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento – Situação da Saúde, a implementação de um modelo de atenção à saúde, baseado nas necessidades de saúde e perspectivas de atuação intersetorial”. Iniciou destacando que o roteiro era sintético, conforme orientação do Pleno, para provocar o debate nas conferências estaduais e municipais de saúde. Disse que o documento começava com introdução que visava pontuar a relação entre saúde e desenvolvimento. Avaliou que esse era o ponto mais difícil a tratar, pois a relação saúde e desenvolvimento, apesar de não ser desconhecida, era tratada na lógica da saúde para o desenvolvimento, na teoria do capital humano. Ressaltou que o processo de formulação da reforma sanitária tentou superar a concepção de que com saúde se teria uma população capaz de produzir melhor, mas esta continuava forte e bastante disseminada na sociedade brasileira. Salientou que a segunda concepção da relação entre saúde e desenvolvimento, bastante comum, porém, menos que a primeira, era que a saúde possuía impacto na economia - contribuía para o PIB, empregava, entre outros. Ressaltou que nenhuma dessas duas concepções inspirou a redação do roteiro, tendo sido

1705 adotada a vertente da saúde com desenvolvimento e como direito humano essencial, como direito à
1706 vida, à cidadania e à autonomia. A partir dessa concepção, partiu-se da visão da saúde para o
1707 desenvolvimento. Feitas essas considerações iniciais sobre a Introdução do roteiro, passou a falar do
1708 Eixo I. Explicou que se considerava essencial que a população brasileira tivesse melhores condições de
1709 saúde, mas sem levar em conta que essas condições tivessem completamente determinadas pelas
1710 condições de vida. Ressaltou o entendimento de que, para garantir que a política de saúde alcançasse
1711 maiores resultados, era preciso garantir o caráter intersetorial, em relação a outras áreas como
1712 educação, transporte, igualdade de renda, entre outras. Além disso, destacou que o Eixo I propunha
1713 uma avaliação da situação de saúde, buscando identificar os seus problemas prioritários para além da
1714 avaliação de que estes estavam ligados necessariamente à pobreza. Com isso, esperava-se que os
1715 problemas graves fossem objeto de políticas prioritárias de saúde do País para os próximos anos.
1716 Ressaltou que a idéia era que a 13ª Conferência não repetisse o que foi discutido e deliberado nas
1717 conferências de saúde, mas sim, contribuísse nas causas e dimensões dos problemas. Nessa lógica,
1718 disse que o desafio era atualizar o pensamento brasileiro acerca dos problemas de saúde. Explicou que
1719 foi pensado um novo conceito ampliado de saúde, sendo a saúde como núcleo da articulação
1720 intersetorial, a partir dos problemas de saúde. Além disso, ressaltou o que se pretendia detalhar os
1721 efeitos das discriminações e desigualdades de gênero, de orientação sexual, raça, etnia, etc e
1722 aprofundar o debate acerca da identificação das condições de saúde e assistência de pessoas com
1723 deficiência e doenças especiais. A intenção era de enfatizar a idéia de rede, não como o serviço de
1724 saúde, mas sim como de relações intersetoriais com núcleo pela atenção básica da saúde, que não
1725 significava atendimento de casos considerados simples ou destituídos de tecnologia. Também destacou
1726 que se objetivava avaliar as implicações dos aspectos locais, regionais, nacionais e internacionais do
1727 modelo de desenvolvimento para a saúde e a qualidade de vida dos diferentes segmentos sociais.
1728 Chamou a atenção, neste ponto para, o PAC que estava voltado para obras de infra-estrutura, que
1729 tinham repercussão, muitas vezes, negativa na saúde. Disse que a tentativa era de apoiar o
1730 crescimento econômico distribuidor de rendas, garantidor de direitos sociais e que promovesse a
1731 saúde. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra à Conselheira **Raquel Rigotto**, que também
1732 contribuiu para a elaboração do roteiro. Disse que propunha abordagem do Eixo I a partir de uma visão
1733 macro das relações internacionais e da forma como o Brasil se inseria nessas relações. Ressaltou que
1734 a idéia de desenvolvimento não nasceu junto com a humanidade, tendo surgido em torno do século
1735 XIV, quando se iniciou a conformação da burguesia e o começo das expansões ultramarinas. Destacou
1736 que a noção de desenvolvimento expandiu-se junto com a burguesia a partir da idéia de que o sentido
1737 da humanidade humana era aumentar infinitamente a produção e as forças produtivas. Disse que essa
1738 idéia foi “vendida” à humanidade com o pensamento de que esse tipo de desenvolvimento traria um
1739 alívio para o mal-estar da pobreza, da miséria e do desconforto da humanidade. Salientou que essa
1740 promessa de modernidade não foi cumprida, pois metade da população passava fome, não possuía
1741 local adequado de moradia, não tinha acesso à água, etc. Pontuou que no processo de reestruturação
1742 produtiva, no âmbito da globalização, ocorria uma deslocalização da produção no espaço mundial,
1743 significando que os processos econômicos localizavam-se, favorecidos pela facilidade de comunicação
1744 e transporte, nos espaços mais vantajosos, de forma que não houvesse a competitividade. O Brasil
1745 sofria com processos econômicos relacionados ao consumo intensivo de recursos naturais,
1746 especialmente o consumo do solo e da água. Salientou que se observava ainda no Brasil processos
1747 produtivos insalubres, perigosos ou penosos, os quais geravam degradação e contaminação ambiental.
1748 Esses processos tinham impacto negativo na saúde da população, não geravam desenvolvimento
1749 social, nem qualidade de vida. Verificava-se, assim, um capital com enorme mobilização para chegar,
1750 extrair do território (natureza ou dos trabalhadores) aquilo que necessitava para obter o lucro, destruir e
1751 ir embora. Com isso, as comunidades continuavam no mesmo local, sofrendo os impactos (processo
1752 chamado de “herança maldita”). Na indústria, salientou que a cadeia do aço e do alumínio gerava
1753 consumo de recursos naturais não renováveis e de energia elétrica e um processo intenso de
1754 contaminação ambiental. No turismo, citou expansão de grande escala associada a grandes grupos
1755 internacionais que se instalavam em áreas privilegiadas, gerando estrangeirização do solo brasileiro.
1756 Avaliou que, nesse processo de retomada da 8ª Conferência Nacional de Saúde com a 13ª, era preciso
1757 fazer o debate de como a sociedade estava organizada, envolvendo aspectos da economia, da justiça
1758 social e ambiental no país, que determina os padrões de saúde e de doença da população, que
1759 determina a qualidade de vida e enche os serviços de saúde de doenças. Disse que para avançar no
1760 sentido de superar o modelo assistencialista, individual, curativo, hospitalar e centrado na tecnologia e
1761 caminhar para a promoção da saúde era necessário discutir estrategicamente o processo de
1762 desenvolvimento em curso no País e sugerir rumos. Na sequência, foi aberta a palavra para
1763 considerações do Plenário. Conselheiro **Jurandir Frutuoso**, primeiramente, cumprimentou as
1764 conselheiras Lígia Bahia e Raquel Rigotto pela forma de condução da elaboração do documento.
1765 Registrou a importância de traduzir os conceitos do eixo I em linguagem mais acessível a fim de

despertar o interesse das pessoas para a importância desse eixo. Explicou que um estudo da década de 70 sobre as variáveis que influenciaram no aumento da expectativa de vida das pessoas apontou que os problemas nutricionais e de saneamento foram os que mais tiveram influência e somente a partir da II Guerra Mundial as intervenções ecos sanitárias começaram a interferir de maneira definitiva na qualidade de vida das pessoas. Nesse sentido, disse ser necessário focar a argumentação nos pontos ainda não resolvidos e trazê-los para o momento com as seguintes preocupações: o modelo de produção industrial do País continua contaminando o solo, a degradação do meio ambiente e a necessidade de defesa da preservação do meio ambiente. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** avaliou que no Eixo I deveriam ser tratadas as seguintes questões: discussão da politização do movimento social e do controle social; e avaliação da conjuntura política do País e do mundo, de acordo com as questões que determinam o desenvolvimento e a economia mundial. Também avaliou que a questão do desenvolvimento, para garantir a sua efetivação, deveria ser avaliada a partir de três vertentes: justiça social; democracia; e soberania nacional. Conselheira **Maria Natividade Santana** disse que se sentia contemplada pelas falas que a antecederam e solicitou que fossem condensadas para servir de subsídios para gravação dos *spots* que seriam difundidos pela Radiobrás. Ressaltou a necessidade de traduzir o eixo I em linguagem mais acessível a fim de garantir a apropriação por parte da população. Também sugeriu que fosse contemplada na discussão do eixo as perdas de vida pela violência nos meios urbanos e no campo, no trânsito e os agravos à saúde mental, principalmente em relação às mulheres, na questão da violência simbólica. Além disso, propôs que fosse destacado conselheiro para tratar especificamente dessa questão da violência. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou as expositoras e comentou o temário. Disse que a saúde ainda era entendida como uma despesa para o Estado e, decorrente desse entendimento, o SUS era compreendido como um programa de saúde para atender pobres, carentes e idosos. Também considerou que o tema “Saúde como Qualidade de Vida” permitia o desenvolvimento econômico, incorporando o desenvolvimento social e neste a saúde. Além disso, avaliou que era possível discutir a saúde como fator de desenvolvimento para o País, gerando propostas de melhoria da qualidade da saúde e do atendimento humanizado. Conselheira **Maria Izabel da Silva** avaliou que o debate do Eixo I deveria centrar-se no dever do Estado e direito do cidadão. Sugeriu que, além dos *spots*, fosse feita a degravação das falas dos conselheiros, para servir de subsídio aos conselheiros. Também solicitou espaço para apresentar proposta da CIST/CNS em relação à 13ª Conferência. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** disse que se verificava a preocupação em tornar mais acessível o entendimento dos Eixos da 13ª Conferência. Nesse sentido, sugeriu que o ponto de partida fosse a pergunta sobre a visão de saúde das pessoas e a partir desse entendimento, se identificasse as atitudes para contribuir na preservação da saúde. Além disso, salientou que era preciso identificar a lógica de saúde dos governos. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** cumprimentou as conselheiras Lígia Bahia e Raquel Rigotto pela apresentação e destacou que o fato novo colocado no Eixo I levaria à compreensão de que as políticas públicas de saúde passariam a ser o cerne dos programas intersetoriais relacionados à melhoria da qualidade de vida da população. Conselheiro **Eni Carajá Filho** apontou como grande responsabilidade do CNS traduzir os eixos do roteiro para serem compreendidos e tratados nas Conferências Municipais de Saúde. Disse ser necessário denunciar a pressão para flexibilizar a legislação ambiental e, além disso, salientou a importância do Brasil assumir a liderança no controle das questões climáticas. No mais, salientou ser importante para o País implementar uma política eficiente e arrojada de combate ao desmatamento e garantir a preservação dos sítios arqueológicos e de quilombos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou as expositoras e a iniciativa de pautar a discussão do temário para que o CNS se apropriasse de conhecimentos para levar a outras instâncias. Avaliou que seria importante tratar de forma aprofundada e simples a promoção da saúde, entendida como caminho de empoderamento da sociedade, a fim de que tivesse condições para fazer a análise das suas desigualdades de saúde, compreender a forma do desenvolvimento, combater as desigualdades e possibilitar a melhoria da qualidade de vida. Conselheira **Raquel Rigotto** disse que tinha receio de o Conselho cometer o vício da cultura brasileira de subestimar o povo brasileiro. Ressaltou que as dificuldades de comunicação eram expressivas, mas colocou que, ao tratar do tema com diversos grupos populares, esses se identificavam e se reconheciam mesmo nas falas mais complexas que se tratava a questão. Por essa razão, disse que o ponto não era de o tema ser complexo e inacessível, mas sim que os conselheiros deveriam estar preparados para colocá-lo de maneira que as pessoas identificassem que se tratava de teoria que organizava o real e sua percepção. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, propôs que, nos padrões de desenvolvimento, fosse destacado o emprego com repercussão direta nas terceirizações e precarização das relações de trabalho na área de saúde, com comprometimento da saúde e do serviço como um todo. Na sequência, passou a palavra à Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**, que apresentou síntese das falas dos conselheiros, sendo: o texto propõe avaliação da situação da saúde a partir de problemas prioritários, possíveis causas e proposições de enfrentamento; atualizar o pensamento brasileiro sobre a questão da saúde, saindo da forma

1827 generalista para um núcleo de articulação intersetorial; centrar a discussão na compreensão de saúde;
1828 fatores estruturais que possibilitam ou não a saúde; necessidade de compreender os padrões de
1829 desenvolvimento da modernidade, compreendendo os problemas que causam – meio ambiente, uso do
1830 solo, critérios de sociabilidade da sociedade (justiça, igualdade, entre outros); identificar na conjuntura
1831 fatores que possibilitem compreender a política de desenvolvimento e superar os fatores do elemento
1832 político (justiça social, democracia e soberania nacional); discutir a questão da violência;
1833 desregulamentação do mundo do trabalho, gerando precarização; e compreender a concepção de
1834 saúde e sua lógica. De um modo geral, destacou que no Eixo I tratar-se-ia a compreensão de saúde, os
1835 desafios e as possíveis soluções. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, avaliou
1836 que, a partir do debate, a compreensão era que o Conselho tinha consciência da intervenção que
1837 precisava fazer no País a respeito do Eixo I, enfatizando os determinantes sociais, o conceito ampliado
1838 e atualizado de saúde, a intersetorialidade, a importância do meio ambiente para o desenvolvimento,
1839 entre outros aspectos. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, em relação a
1840 padrões de desenvolvimento, ressaltou que o PAC não incorporava a saúde. Também comentou que a
1841 violência no meio rural estava ligada diretamente à questão do desenvolvimento. Conselheira **Eufrásia**
1842 **Santos Cadorin**, considerando a necessidade de definir forma de abordagem do tema nos municípios,
1843 propôs que fosse elaborado roteiro no formato de perguntas direcionadas. Sobre essa questão,
1844 Conselheira **Raquel Rigotto** apresentaria questões para debate do Eixo I. Conselheira **Maria Izabel da**
1845 **Silva** informou que a CIST/CNS reproduziria o amplo debate que promoveu sobre o PAC, que seria
1846 pautado para discussão na Reunião Ordinária do Conselho no mês de julho. Conselheira **Francisca**
1847 **Valda da Silva** lembrou que nos desafios para efetivação do direito humano à saúde já constava a
1848 discussão do financiamento estável, da gestão, do PPA, da LDO e LOA. Conselheiro **Francisco**
1849 **Batista Júnior**, Presidente do CNS, informou que a equipe de comunicação faria síntese das falas dos
1850 conselheiros para ser disponibilizada. Concluída a discussão da Introdução e do Eixo I do Roteiro, abriu
1851 a palavra à Conselheira **Francisca Valda da Silva**, que apresentou informe sobre a agenda de
1852 acompanhamento dos desvios e da improbidade administrativa no Conselho Federal de Enfermagem.
1853 Disse que esse processo desencadeou operação que gerou a prisão do ex-presidente do Conselho e
1854 outros dirigentes. Informou que foi divulgada matéria nos jornais do País comunicando que foi anulada
1855 a sentença dos dirigentes (condenados a dezenove anos de prisão), por conta da anulação dos laudos
1856 dos peritos que davam sustentação à condenação. Ressaltou que a alegação para solicitar o pedido
1857 *habeas corpus* foi que os laudos que sustentavam as penas foram assinados por peritos da Polícia
1858 Federal que não pagavam o Conselho de Contabilidade, portanto, os laudos não tinham validade.
1859 Ressaltou que somente dois dos dezenove peritos que trabalhavam em diversas operações pagavam o
1860 Conselho. Assim, essa decisão poderia ser um precedente perigoso para anular outros processos de
1861 investigação que estavam ocorrendo no País. Dessa forma, apelou para que os conselheiros se
1862 manifestassem contrário a essa decisão. Feito esse informe, foi aberta a discussão do Eixo II –
1863 “Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela
1864 Saúde, de Gestão e de Defesa do SUS. O SUS como Política de Estado e a Afirmação da Saúde como
1865 Direito de Seguridade Social”, iniciando com a explanação da Conselheira **Lígia Bahia**. A conselheira
1866 explicou que o Eixo II enfatizava o projeto político institucional que seria adequado para enfrentar a
1867 situação de saúde. Destacou que o texto reafirmava a idéia de não repetir as deliberações de
1868 conferências de saúde anteriores. Disse que o Eixo II trazia como novidade a seguinte indagação: o
1869 SUS, concebido tal como componente da seguridade social no século XXI, é viável? Nós
1870 continuaremos a defendê-lo nessa perspectiva ou não? Destacou que o SUS foi aprovado na
1871 Constituinte de 1988 como um componente do projeto de seguridade social, significando repercussões
1872 orçamentárias e de concepção de organização do Sistema que não foram viabilizadas, porque o
1873 Sistema de Seguridade Social não foi montado no País. Ressaltou que o então Presidente da
1874 República, Fernando Collor de Melo, implementou um projeto completamente distinto do previsto na
1875 CF/88, com a reconstrução do Ministério da Previdência e Trabalho. Assim, seria necessário responder
1876 as seguintes perguntas: devemos continuar a reafirmar que, independente da condição laboral, do
1877 *status* sócio-ocupacional, todos devem ter igual direito à saúde? Nós continuaremos a defender o
1878 sistema de seguridade social? Explicou que as consequências dessa defesa seria a realização de uma
1879 conferência de seguridade social, ser favorável à reunião do conselho de seguridade social, de
1880 trabalhar de forma integrada com os três ministérios – da Saúde, da Assistência e da Previdência - e
1881 novamente reivindicar os recursos da previdência. Disse que esse último ponto seria fundamental, pois
1882 não existia sistema universal de saúde que não fosse financiado, pelo menos, com um pouco de
1883 recurso de contribuição dos trabalhadores. Ressaltou que o fato de os trabalhadores brasileiros
1884 sentirem que não contribuem para o SUS era dramático, pois sinalizava que o Sistema de Saúde
1885 poderia ser segmentado – quem trabalha não é usuário do SUS e quem não trabalha é usuário do
1886 Sistema. Salientou que o direito de todo cidadão à saúde somente era compatível com um sistema de
1887 seguridade social bem mais amplo do que o existente. Ressaltou que a previdência social foi

radicalmente “mutilada” em relação ao previsto na Constituição, o que torna difícil recomposição do sistema de seguridade social. Disse que, ao defender a EC nº. 29, de certo modo, afastava-se do debate da seguridade social, pois se defendia verbas para saúde. Era, pois, necessário pensar na forma de reorganização do sistema de seguridade social após vinte anos da sua “criação”. Enfatizou que a intenção seria relacionar-se com os problemas concretos que ocorriam em relação ao SUS, principalmente sobre o Pacto de Gestão. Assim, a 13ª deveria nacionalizar o debate sobre o Pacto de Gestão, inclusive dos Termos de Compromisso, focando-se na idéia de mudança do modelo de atenção. Explicou que no Eixo II seria feito debate sobre qual o projeto institucional que era capaz e adequado para mudança do modelo de atenção, reforçando a necessidade de organização de uma rede de serviços. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para as considerações do Pleno. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, avaliou que o Eixo II era bastante didático e sugeriu explicitar a necessidade de avaliação, por parte dos municípios, da gestão do Sistema e da gerência dos serviços à luz dos princípios e diretrizes do SUS. Conselheiro **José Eri Medeiros** reforçou a necessidade do debate sobre seguridade social, com enfoque no financiamento, uma vez que um percentual era da saúde. No mais, salientou a importância de retomar o debate sobre a necessidade de criação do conselho de seguridade social. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu que, no debate da seguridade social, fosse tratada a questão da geração do emprego e manutenção e melhoria da previdência, principalmente, o que diz respeito à revisão dos benefícios previdenciários para as aposentadorias e pensões. Também salientou a necessidade de defender a assistência social no contexto dos seus benefícios, inclusive, a concessão do BBC - benefício continuado. Ressaltou ainda que, para os idosos, era preciso melhorar os atuais benefícios e, para os que precisavam de emprego, gerar emprego para garantir um benefício digno capaz de propiciar sobrevivência e qualidade de vida. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** avaliou que, para além das relações internas do SUS, era preciso discutir o Sistema nas relações internacionais, considerando a assistência à saúde para estrangeiros no Brasil e a necessidade de acordos bilaterais de atenção com outros países. Conselheira **Lígia Bahia** informou que a Costa Rica, que possuía sistema universal, cobrava o atendimento dos turistas. Também destacou que havia no Brasil “uma indústria de saúde de atendimento ao turista”, porque muitos procedimentos tinham custo menor no Brasil em relação a outros países. Dessa forma, concordou com a abordagem proposta pela Conselheira Carmem Lúcia. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** destacou a importância de a 13ª Conferência apontar a necessidade de estados e municípios repensarem o pagamento do SUS por ato médico, porque o desvio nesse tipo de procedimento era muito alto (30%). Conselheira **Francisca Valda da Silva** avaliou que o Eixo II trazia o debate importante sobre a necessidade de politizar o significado da seguridade social e de defender o projeto da reforma sanitária. Além disso, pontuou a necessidade de ampliar a capacidade de produção de serviços como responsabilidade dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores. Também enfatizou a importância de debater o Pacto de Gestão, visando uma proposta de cobrança de responsabilidade de todos para melhor funcionamento do Sistema Público de Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, registrou que a ABRASCO indicou o Senhor Luis Augusto Facchini para representá-lo no Conselho e desejou-lhe boas-vindas. Conselheiro **Luis Augusto Facchini** agradeceu a menção e saudou os conselheiros. Disse que assumiria o desafio de substituir o Conselheiro José de Rocha Carneiro, Presidente da ABRASCO, no Conselho e de contribuir com as atividades do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** reafirmou que a questão no debate das conferências era o processo de politização e reafirmação das conquistas. Salientou que, no debate da seguridade, era central reafirmar os princípios constitucionais e assumir discussão de resistência (previdência, saúde e educação são direitos ou mercadorias?) Conselheira **Lígia Bahia** perguntou se seria possível a divulgação, pelo CNS, das teses das entidades sobre a 13ª Conferência, por entender que contribuiriam para o debate nas conferências estaduais e municipais. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que o questionamento da conselheira já havia sido objeto de debate no CNS e havia a preocupação de que o Conselho não fosse acusado de estar sendo instrumentalizado através de documentos. Diante disso, defendeu que as entidades que produzissem documentos os divulgassem nos seus próprios meios de comunicação. Conselheiro **Clóvis Boufleu** sugeriu que as entidades desencadeassem processo interno de debate que pudesse chegar às conferências municipais. Disse ainda que seria necessário integrar o sistema de seguridade social, que se encontrava absolutamente fragmentado em termos de identificação da situação do sujeito. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, argumentou que seria necessário acrescentar no título do Eixo II “o Pacto de Gestão”. Destacou que, na construção dos Termos de Compromisso, previstos no Pacto de Gestão, era preciso ressaltar a importância da participação dos conselhos de saúde nas três esferas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, apresentou síntese das falas dos conselheiros: ênfase do resgate da seguridade social em sua plenitude; superação da fragmentação entre saúde, previdência e assistência; debate das formas de gestão do Sistema e gerência dos serviços; defesa dos princípios do Sistema; discussão do Pacto, com

1949 ênfase no Pacto de Gestão; e discussão do Sistema nas relações internacionais. Definido esse ponto,
1950 foi iniciada a discussão do Eixo III – “A participação da sociedade na efetivação do direito humano à
1951 saúde – A Participação como Princípio para a Garantia de Relações Éticas e Compromissadas com a
1952 Efetivação do Direito Humano à Saúde.” Conselheira **Lúgia Bahia**, na apresentação desse eixo,
1953 destacou que a saúde era pioneira na construção de uma relação institucional de participação social
1954 setorial e possuía avaliação sobre o potencial dessa participação, as restrições desse formato
1955 institucionalizado de participação e como se podia avançar. Ressaltou que, neste Eixo III, não se
1956 deseja repetir as decisões de conferências anteriores, mas sim, definir forma para reorganização do
1957 sistema de participação social. Disse que a intenção era avançar para além da agenda de prioridades já
1958 definidas, com respostas, por exemplo a perguntas como: os conselhos podem reunir-se com outros
1959 conselhos? Como viabilizar a intersetorialidade, proposta no Eixo I, no que se refere à participação
1960 social? Como potencializar as instâncias de participação social? Conselheira **Maria Izabel da Silva**
1961 disse que o debate do Eixo III deveria iniciar com a reflexão sobre a necessidade de reforçar o caráter
1962 dos conselhos de saúde de formulação, controle e deliberação da política de saúde. Também destacou
1963 ser preciso fomentar a identificação da rede de controle social da saúde, verificando como os atores da
1964 área da saúde se articulam com essa rede. Conselheiro **José Eri Medeiros** ressaltou que a Política de
1965 Educação Permanente para o Controle Social no SUS foi publicada e a intenção era que os
1966 conselheiros ultrapassassem o limite da institucionalidade da sua representação e contribuíssem no
1967 processo de educação. Dessa forma, disse que seria preciso definir a forma de buscar novos parceiros.
1968 A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, salientou que no novo eixo, que trata da
1969 participação da sociedade, o grande desafio referia-se ao fortalecimento do Controle Social, que era
1970 possível com controle social organizado. Explicou que esse era o principal problema, em virtude da
1971 eleição dos conselheiros nas conferências sem a articulação do movimento social, o que levava à
1972 solicitação ao CNS e a outras articulações que concedessem a condição de enfrentamento das
1973 situações que ocorriam nos municípios. Nesse sentido, enfatizou que o CNS deveria assumir como
1974 bandeira a eleição dos conselheiros a partir de movimentos sociais organizados. Também disse que
1975 era preciso promover debate sobre dotação orçamentária, visando garantir na LDO e LOA a dotação
1976 que possibilitava a autonomia dos conselhos para planejar as suas ações. Por fim, ressaltou ser
1977 essencial falar da experiência do CNS para os demais conselheiros. Conselheiro **Geraldo Adão**
1978 **Santos** reiterou a necessidade de debater a reestruturação dos conselhos municipais de saúde,
1979 visando o fortalecimento das ações. Também, considerou que era preciso tratar da necessidade de
1980 criação das comissões de comunicação, a fim de se garantir as interações entre os conselhos nas três
1981 esferas. Com essa reestruturação, os conselheiros trabalhariam a qualidade de atendimento das
1982 pessoas. Salientou ainda a necessidade de avaliar os serviços prestados, envolvendo a participação do
1983 usuário. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse que, na discussão do controle social, era
1984 tarefa do CNS apostar na “desalienação” do modo que a sociedade identificasse nesse espaço o seu
1985 significado de interferir nos rumos. Também considerou ser importante incluir no debate do controle
1986 social a questão da democracia e a sua operação. O representante do FSM, **Valdevir Both**, da
1987 Comissão Organizadora da 13ª Conferência, destacou a importância de aprofundar o debate da
1988 participação da comunidade no controle social. Também disse ser importante promover debate de
1989 como a participação da sociedade influenciaria nas políticas públicas. Ressaltou ainda a necessidade
1990 de estabelecer processo mais qualificado de monitoramento das decisões das conferências.
1991 Conselheira **Maria Emínia Ciliberti** disse que a principal questão a ser tratada nesse Eixo referia-se à
1992 participação da sociedade de forma mais ampla. Também considerou importante indicar como os
1993 conselhos, as conferências e a comunidade poderiam ter um olhar específico para inclusão das
1994 populações vulneráveis. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** pontuou que a SGEP, por meio da Política
1995 Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, poderia contribuir para melhoria na gestão nos estados
1996 e municípios. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** registrou a sua satisfação com a defesa da
1997 proposta de criação do Conselho de Seguridade Social. Conselheiro **Clóvis Boufleur** reforçou a
1998 necessidade de refletir sobre o caráter deliberativo dos conselhos e, para ilustrar, destacou que foram
1999 poucas as decisões do CNS efetivamente implantadas pela gestão. Conselheira **Eufrásia Santos**
2000 sugeriu que fosse incluído outro item no Eixo III nos seguintes termos: como implantar a Política de
2001 Educação Permanente para o Controle Social, observando a necessidade dos diversos atores.
2002 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** apresentou síntese das falas dos conselheiros, sendo:
2003 reorganizar o sistema de participação social; quais as condições para efetivação da participação;
2004 aprimorar os instrumentos do controle social; efetivar e fortalecer a democracia; construir novos
2005 caminhos; importância da rede de proteção social e a relação do controle social; necessidade de
2006 ultrapassar o limite institucional dos conselhos; garantir a participação da população – acesso ao direito
2007 e capacidade de analisar e se colocar nesse direito; importância do processo eleitoral democrático; e
2008 importância da dotação orçamentária; ênfase ao retorno à comunidade do que se trabalha no controle
2009 social. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou que fosse contemplada reflexão sobre as

condições de exercício de poder, considerando o momento atual de resistência ao movimento de retirada de direitos. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** ressaltou que essa questão já estava contemplada. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que o debate visava definir subsídios para definição de linha de intervenção comum do CNS nas conferências municipais e estaduais de saúde, o que não impedia aprofundar outras questões. Nesse sentido, informou que as intervenções dos conselheiros seriam sistematizadas e solicitou que fosse indicado um conselheiro para fazer a revisão final. Conselheira **Francisca Valda da Silva** solicitou que constasse na síntese do debate do Roteiro a necessidade de avançar da democracia representativa para a participativa. Conselheira **Maria Natividade Santana** disse que organização deveria também ser contemplada ao tratar de participação e democracia. No mais, salientou ser importante tratar também da gestão participativa. Na sequência, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, apresentou e concedeu a palavra à Conselheira **Maria Helena Machado**, representante do Ministério da Saúde, que destacou o item I do Eixo III para propor a reformulação da redação. A propósito, acordou-se que a conselheira apresentaria proposta de redação alternativa, por escrito. Entendendo que havia consenso sobre os pontos discutidos, o Presidente do CNS abriu a palavra ao Senhor **Arlindo Fábio**, do Canal Saúde, que apresentou informe sobre as atividades desse Canal em relação à 13ª Conferência. Destacou que o primeiro programa do Canal Saúde sobre a 13ª Conferência foi realizado no dia 28 de maio de 2007, com interatividade e contou com intensa participação de grupos de discussão (secretarias estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde). Disse que, no dia 25 de junho de 2007, seria realizado o segundo programa do Canal sobre a 13ª Conferência, com ênfase ao temário da Conferência e solicitou a participação do CNS e a indicação de nomes para participar dessa atividade. Também salientou a necessidade de os conselheiros indicarem pautas a serem tratadas nas matérias dedicadas à 13ª Conferência. Disse que a intenção era avançar no sentido de contribuir com os conteúdos que seriam objeto de debate das conferências municipais e o mesmo seria feito em relação às conferências estaduais. Na etapa nacional, informou que seria feita a cobertura diária permanente. Informou ainda que seriam produzidos *spots* para rádio e que as 1.200 emissoras que transmitiam a programação da Radiobrás se incorporariam ao esforço de mobilização para a 13ª Conferência. Falou que o Canal Saúde, em articulação com a Radiobrás, faria a cobertura de algumas conferências estaduais. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, destacou que a idéia era manter contato da comunicação do CNS com o Canal Saúde e a Radiobrás. Assim, tão logo fosse definido, o calendário das conferências municipais seria socializado. O Senhor **Arlindo Fábio**, do Canal Saúde, também disse que estava dialogando com a SGP/MS a possibilidade de produzir DVDs sobre os programas do Canal Saúde a ser distribuído conforme a definição do Conselho. Além disso, destacou a proposta de, ao término da Conferência, produzir DVD relatando todo o processo, a ser distribuído junto com o relatório da Conferência. Também comunicou que, na página do Canal Saúde, estava disponibilizada a agenda de programas do Canal Saúde sobre a 13ª Conferência e seria incluído *link* do Canal para a 13ª. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** perguntou se seriam incluídos *spots* na televisão aberta. Conselheiro **Jurandir Frutuoso** salientou a necessidade de o Canal cobrir as conferências dos municípios com menos de 20 mil habitantes, por entender que contribuiria para a otimização dessas conferências. Conselheira **Maria Izabel da Silva** sugeriu o envio de informe do CNS aos conselhos de saúde e entidades sobre os programas e outras ações a respeito da 13ª Conferência. Também colocou a rádio da CUT à disposição para divulgar a Conferência. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que a Comissão de Comunicação elaborou projeto considerado ideal, mas não havia orçamento, por exemplo, para ações na televisão aberta. Contudo, afirmou que as ações a serem desenvolvidas iriam atingir a cobertura prevista. Solicitou ainda que fosse disponibilizada síntese das ações previstas do Canal Saúde a respeito da 13ª Conferência. Também disse que seria necessário dialogar com o Canal Saúde para a gravação de falas dos conselheiros sobre os temas da Conferência. Conselheira **Zilda Arns Neumann** ponderou sobre a possibilidade de parceria com emissoras e rádios das entidades e movimentos que compõem o CNS para divulgação da 13ª Conferência. Citou, por exemplo, as Emissoras Católicas e as Rádios Conveniadas a Igrejas que poderiam contribuir nesse processo. O Senhor **Arlindo Fábio**, do Canal Saúde, informou que, na produção do vídeo, a intenção inicial era trabalhar com duas conferências municipais, uma com município de grande porte e outra com município menor, contudo, não foi possível. Informou ainda que o material a ser produzido pelo Canal Saúde seria disponibilizado às emissoras interessadas. Também reiterou a solicitação de indicação de nomes para participar do programa, a ser realizado no dia 25 de julho de 2007. Concluído esse ponto, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** apresentou proposta alternativa, elaborada pelas Conselheiras **Maria Helena Machado** e **Denise Torreão Corrêa da Silva**, de substituição do item 1 do Eixo III por dois itens: 1) avaliar o desempenho das competências legais das conferências para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes; e 2) avaliar o desempenho das competências legais dos conselhos para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na

instância correspondente inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida**, explicitou a sua opinião de que os itens não deveriam ser incluídos, pois a avaliação do desempenho levava ao debate sobre o caráter deliberativo das conferências e do conselho e estas questões já estavam resolvidas, ao menos no Conselho. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, ressaltou que os dois itens poderiam criar muitos problemas nas conferências municipais e, portanto, não deveriam ser incluídos. Sugeriu que na discussão do item 1, conforme a proposta original, fosse feita discussão sobre a importância da autonomia dos conselhos. Conselheira **Maria Natividade Santana** defendeu as propostas, por entender que o desempenho dos conselhos deveria ser avaliado, conforme o que determina a Lei. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, sugeriu que a avaliação do desempenho fosse feita a partir do debate acerca da autonomia dos conselhos. Conselheira **Maria Izabel da Silva** disse que não seria possível modificar o Roteiro, que já havia sido aprovado pelo CNS, inclusive divulgado na página do Conselho e seria reproduzido para distribuição. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, apresentou como proposta alternativa: propor no debate das conferências municipais e estaduais, além da avaliação da autonomia, conforme proposto no item 1, a avaliação do desempenho dos conselhos. **Não havendo posições contrárias, a proposta foi aprovada.** A seguir, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** apresentou proposta, elaborada pela Conselheira **Raquel Rigotto**, de cinco questões para nortear o debate do eixo 1 da 13ª CNS “Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento”, na perspectiva de facilitar o debate desse eixo, sendo elas: “**1)** Como o modelo de desenvolvimento atual se expressa no seu município/estado?; **2)** Quais as implicações deste modelo de desenvolvimento para a saúde e a qualidade de vida dos diferentes segmentos sociais que vivem em seu município/estado? Como ele se relaciona com os principais problemas locais de saúde?; **3)** De que forma as políticas públicas e os movimentos sociais, inclusive o controle social do SUS, podem participar desse processo, contribuindo para a justiça social e ambiental, a democracia, a qualidade de vida e a saúde de todos?; **4)** Que outros caminhos de desenvolvimento que promovam a saúde e a qualidade de vida podem ser apontados?; e **5)** Que outros caminhos para o modelo de atenção à saúde podem ser apontados?”. **Não havendo destaques, as questões foram aprovadas por unanimidade.** A seguir, Conselheira **Maria Izabel da Silva** informou que a CIST/CNS promoveu amplo debate sobre o Roteiro e elaborou texto para contribuir com a discussão. Para divulgação do texto da CIST e outros, perguntou sobre a possibilidade de criar *link* “Textos de contribuição para o debate”, na página do Conselho. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** considerou válida a iniciativa da CIST/CNS, todavia, disse que preocupava a disponibilização de documentos de contribuição para o debate por entender que contrariava a decisão do Pleno de não elaborar documento-base para a 13ª Conferência. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, concordou com a preocupação da Conselheira Eufrásia Cadorin. Também destacou que as entidades deveriam elaborar documento para subsidiar os debates nas conferências estaduais e municipais, mas via com grande preocupação a iniciativa de apresentar texto de Comissão para referenciar o debate. Nesse sentido, disse que a proposta da mesa era contrária à sugestão apresentada. Conselheira **Raquel Rigotto** concordou com as ponderações, contudo, falou sobre a possibilidade de abrir no sítio do CNS sala de leitura de textos com subsídios para a 13ª Conferência, explicitando claramente que se tratavam de textos que não foram discutidos no Pleno do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, lembrou que a Conselheira Lúcia Bahia havia apresentado essa proposta anteriormente e a presidência dos trabalhos informou que esse debate já estava vencido dado o entendimento de que Conselho não poderia dar margem à interpretação de que estava sendo instrumentalizado. Conselheira **Maria Izabel da Silva** disse que concordava com a ponderação de não incluir textos de entidades na página do CNS, contudo, não via nenhum problema em incluir o texto de uma comissão do Conselho. Apesar disso, salientou que não iria polemizar a discussão. **Dessa forma, o Pleno reafirmou a posição de não incluir textos de comissões e entidades sobre a 13ª CNS na página do CNS.** Na sequência, Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou breve informe sobre a última reunião da Comissão Organizadora, realizada no dia 1º de junho de 2007, que tratou das seguintes questões: comitê executivo; relatoria; prioridades da infra-estrutura e orçamento da etapa nacional; planejamento da coordenação de comunicação e informação; planejamento da coordenação de articulação e mobilização; e solicitação da Secretaria Municipal de Saúde para extensão de prazo da Conferência Municipal. Também comunicou a distribuição de proposta de questionário com dúvidas frequentes encaminhadas para o CNS sobre as Conferências de Saúde, a ser apreciado posteriormente. Concluído esse ponto, o Presidente do CNS encerrou os trabalhos da manhã do terceiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Ailson dos Santos, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Eufrásia Santos Cadorin, Flávio Heleno P. de Figueiredo, Francisca Valda da Silva, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Cláudio dos Santos, José Marcos Oliveira, José de Rocha Carneiro, Lúcia Bahia, Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira**

Andrade, Raquel M. Rigotto, Ruth Ribeiro Bittencout, Valdirlei Castagna e Zilda Arns Neumann. *Suplentes:* **Alceu José Peixoto Pimentel, Clóvis Adalberto Bouffleur, Denise Torreão Corrêa da Silva, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Mogadouro da Cunha, Geusa Maria Dantas Lélis, José Eri Medeiros, Luiz Antônio de Sá, Maria Emínia Ciliberti, Maria Helena Machado, Maria Laura C. Bicca, Maria Natividade G. S. T. Santana, Marília Coelho Cunha, Paulo César Augusto de Souza, Ronald Ferreira dos Santos, Valdenir França e Walter Gomes de Souza.** Reiniciando os trabalhos, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, com a colaboração da Secretária-Executiva do CNS, retomou a discussão da recomposição das Comissões do CNS. **1) Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH/CNS) - Conselheira Maria Natividade Santana** fez uma síntese da atuação da CIRH/CNS para explicitar as dificuldade de recompor a Comissão. A seguir, apresentou a proposta de composição da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH/CNS), que propõe dezessete integrantes, sendo: Gestores: 1) Titular - Ministério da Educação – ME; Suplente: Ministério da Educação – ME; 2) Titular Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; Suplente: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 3) Titular: Departamento de Gestão da Educação na Saúde – SGTES/DEGES; Suplente: Departamento de Gestão da Educação na Saúde – SGTES/DEGES; 4) Titular: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS; Suplente: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; 5) Titular: Ministério da Ciência e Tecnologia – MCT; Suplente: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE/MS; 6) Titular: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – SGTES/DEGERTS; Suplente: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – SGTES/DEGERTS; 7) Titular: Núcleo de Estudos e Pesquisa de Recursos Humanos da FIOCRUZ – NERHUS/ENSP; Suplente: Coordenação Geral de Recursos Humanos-CGRH/MS; Usuários: 8) Titular: Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; Suplente: Associação Brasileira de Autismo – ABRA; 9) Titular: Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; Suplente: Força Sindical; 10) Titular: Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP; Suplente: União Nacional dos Estudantes; Trabalhadores: 11) Titular: Federação Nacional dos Médicos – FENAM; Suplente: Conselho Federal de Odontologia – CFO; 12) Titular: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS/ FENTAS; Suplente: Associação Brasileira de Fisioterapia – ABEFISIO/FENTAS; 13) Titular: Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn/FENTAS; Suplente: Conselho Federal de Farmácia – CFF/ FENTAS; 14) Titular: Federação Interestadual de Odontologia-FIO/FENTAS; Suplente: Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE/FENTAS; 15) Titular: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Seguridade Social – CNTSS; Suplente: Associação Brasileira de Pós-Graduação e Saúde Coletiva – ABRASCO; 16) Titular: Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde – CNTS; Suplente: Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal – CONFETAM; e 17) Titular: Associação Brasileira de Pós-Graduação e Saúde Coletiva – ABRASCO; Suplente: Federação dos Sindicatos de Trabalhadores da Universidades Brasileiras – FASUBRA. Também comunicou que a coordenação seria definida após a recomposição da Comissão e, por fim, agradeceu aqueles que contribuíram para o trabalho da CIRH. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações dos conselheiros. Conselheira **Rosane Nascimento da Silva**, considerando o caráter de atuação e as peculiaridades da CIRH/CNS, propôs que fossem destinadas mais duas vagas, além das dezessete, para contemplar o coordenador e coordenador-adjunto. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** manifestou apoio à proposta de composição da CIRH. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** propôs que o coordenador e coordenador-adjunto fossem incluídos dentre os dezessete integrantes. Conselheira **Ligia Bahia** solicitou que fosse garantida a participação da Rede Unida na CIRH/CNS, na condição de titular, por entender que a Rede poderia contribuir no debate da Comissão, haja vista o acúmulo de conhecimento na área. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que foi um equívoco do Conselho definir que as comissões teriam doze integrantes e ressaltou que o debate da composição das comissões teria que ser político, portanto, era inadmissível a ampliação do número de vagas para apenas contemplar pleitos. Nesse sentido, disse que precisava ter clareza dos motivos para incluir mais dois integrantes na Comissão. Também disse que o Pleno deveria decidir sobre o pleito de participação da Rede Unida. Conselheira **Maria Helena Machado** destacou que a área de gestão do trabalho e educação era estratégica para o SUS e, portanto, justificava-se a composição da Comissão. Também disse que concordava com a proposta de destinar mais duas vagas à Comissão para contemplar a coordenação e a coordenação-ajunta. Conselheiro **José de Rocha Carneiro** colocou a vaga de suplente da ABRASCO à disposição para contemplar a Rede Unida. Conselheira **Ligia Bahia** disse que a Rede Unida pleiteava a participação na CIRH na condição de titular, portanto, não poderia aceitar, em nome da Rede, a oferta de vaga na suplência. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, ressaltou que o Plenário deveria decidir sobre as propostas de aumentar mais duas vagas na CIRH para contemplar a coordenação e a coordenação-ajunta e incluir um representante da Rede Unida. Conselheiro **Eri Carajá Filho** destacou que, no caso de ser destinada uma vaga para a Rede Unida,

seria prudente incluir mais uma entidade de usuário. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** sugeriu que fosse delegada à representação da comunidade científica a definição dos seus representantes na Comissão. Após considerações, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou em votação a seguinte proposta: **aprovar a composição da CIRH/CNS, destinando-se mais duas vagas, uma para o coordenador e outra ao coordenador-adjunto. A proposta foi aprovada por maioria dos presentes. Cinco Abstenções.** Na seqüência, procedeu à votação da proposta: destinar uma vaga à Rede Unida, na condição de titular. **A proposta recebeu dez votos favoráveis. Quatro votos contrários. A maioria dos conselheiros optou por abster-se da votação.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** informou que, conforme o Regimento Interno, a proposta estava aprovada, pois a maioria dos votos foi favorável. Conselheira **Maria Natividade Santana** solicitou que a mesa submetesse à votação a proposta de destinar uma vaga de suplente da ABRASCO para a Rede Unida. Conselheiro **José de Rocha Carvalho** informou que a sua proposta deveria ser apreciada, no caso de não ser destinada vaga à Rede Unida na titularidade. **Após considerações, chegou-se ao seguinte acordo: a CIRH/CNS discutirá o pleito de participação da Rede Unida, na condição de titular ou de suplente da ABRASCO. A representação da Rede será convidada a participar da próxima reunião da Comissão.**

2) Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST/CNS) – Conselheira Maria Izabel da Silva, coordenadora da CIST/CNS, apresentou a proposta de composição da CIST/CNS, que foi aprovada nos seguintes termos: *Titulares:* 1. Ministério da Saúde – MS; 2. Ministério da Previdência Social – MPS; 3. Ministério do Trabalho e Emprego – MTE; 4. Ministério da Educação – ME; 5. CONASS; 6. CONASEMS; 7. CNTSS (FENTAS); 8. CUT; 9. Força Sindical; 10. CGTB; 11. Confederação Nacional da Indústria – SESI; 12. CMP; 13. CONTAG; 14. ABRASCO; 15. UBM; 16. CNTS/FENTAS; 17. Entidades Médicas/FENTAS; *Suplentes:* 1. Ministério do Meio Ambiente – MMA; 2. SEPIR; 3. SPM; 4. Ministério da Agricultura; 5. Ministério da Indústria e Comércio; 6. Ministério Ciência e Tecnologia; 7. CONFETAM/FENTAS; 8. FASUBRA; 9. Força Sindical; 10. Entidade da Economia Informal; 11. CNA, CNC ou CNF; 12. Representante do Fórum de Pessoa com Deficiência; 13. MST; 14. FINAFITO; 15. Articulação de Mulheres Negras; 16. FNE/ FENTAS; 17. CFESS/FENTAS.

3) Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM/CNS) – Conselheira Carmen Lúcia Luiz apresentou a proposta de composição da CISM/CNS, que foi aprovada nos seguintes termos: *Titulares* - 1. Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLAM; 2. Usuário dos Serviços de Saúde Mental – MNLAM; 3. Familiares de Usuário de Saúde Mental – MNLAM; 4. Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; 5. Federação Brasileira de Hospitais – FBH; 6. CONASEMS; 7. Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde; 8. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; 9. Central Única dos Trabalhadores – CUT; e 10. Associação Brasileira de Autismo – ABRA. *Suplentes* - 1. Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; 2. Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial; 3. Associação Pró-Renais Crônicos - APREC-BRASIL; 4. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; 5. Conselho Federal de Farmácia – CFF; 6. CONASS; 7. Associação Brasileira de Odontologia – ABO; 8. Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP; 9. Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; 10. Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM. *Convidados Permanentes:* 1. Confederação Espírita Pan-Americana – CEPA; 2. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES; 3. Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 4. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH. Conselheira **Lígia Bahia** solicitou que a Comissão considerasse a solicitação do CEBES de compor a Comissão, como titular ou suplente, no caso de haver vacância de vagas por ausência de integrantes. **Não houve posições contrárias.**

4) Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – (CISI/CNS) – Conselheiro Ailson dos Santos apresentou a proposta de composição da CISI/CNS, que foi aprovada nos seguintes termos: *Titulares:* 1. Um representante Indígena – Região Norte; 2. Um Representante Indígena – Região Nordeste; 3. Um Representante Indígena – Região Centro-Oeste; 4. Um Representante Indígena – Região Sudeste; 5. Um Representante Indígena – Região Sul; 6. ABRASCO; 7. ABA; 8. CIMI; 9. Pastoral da Criança; 10. FUNASA; 11. FUNAI. *Suplentes:* 1. CONASS; 2. CONASEMS; 3. MEC; 4. Ministério do Meio Ambiente; 5. Ministério do Desenvolvimento Social; 6. Prestadores; 7. FENTAS (indicar a entidade); 8. Associação Brasileira de Enfermagem; 9. Ministério da Agricultura – EMBRAPA; 10. Ministério do Desenvolvimento Agrário; 11. Conselho Federal de Farmácia CFF.

5) Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia – (CICT/CNS) – Conselheiro José de Rocha Carvalho apresentou a proposta de composição da CICT, sendo: *Titulares:* 1) um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS ou do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; 2) um representante do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde; 3) um representante da CNI da área de Fármacos ou Equipamentos Médico-Hospitalares; 4) um representante da Federação das Sociedades de Biologia Experimental – FESBE; 5) um representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação e Saúde Coletiva – ABRASCO; 6) um representante da Academia Brasileira de Ciências – ABC; 7) um representante do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Ciência e Tecnologia

2254 - CNPq/MCT; 8) um representante da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
2255 do Ministério da Educação - CAPES/MEC; 9) um representante da Fundação Oswaldo Cruz –
2256 FIOCRUZ; e 10) um representante do Conselho Federal de Biologia – CFBio. *Suplentes:* 1) um
2257 representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS ou do Conselho Nacional de
2258 Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; 2) um representante do Ministério da Saúde do
2259 Departamento de Ciência e Tecnologia; 3) um representante da CNI da área de fármacos ou
2260 equipamentos médico-hospitalares; 4) um representante da Sociedade Brasileira de Vigilância de
2261 Medicamentos – SOBRAVIME; 5) um representante da Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; 6) um
2262 representante do Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente – FBOMS; 7)
2263 um representante da Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica – SBPPC; 8) um
2264 representante da Rede Unida; 9) um representante da Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial
2265 – ABDI; e 10) um representante do Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase
2266 - MORHAN. Também registrou que a ABRASCO continuaria na coordenação, sendo exercida pela
2267 Conselheiro **Luis Augusto Facchini**. Conselheira **Ligia Bahia** registrou menção de louvor ao
2268 Conselheiro **José de Rocha Carneiro**, que estava deixando a condição de conselheiro do CNS,
2269 considerando a sua contribuição para o fortalecimento do SUS. **Após debate, a proposta de**
2270 **composição da CICT foi aprovada, com ampliação de mais duas vagas, no seguinte formato: as**
2271 **representações do Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase**
2272 **(MORHAN) e do Fórum Brasileiro de ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente**
2273 **(FBOMS) passam a titulares; e as quatro vagas na suplência serão ocupadas pelas seguintes**
2274 **entidades que pleitearam a participação: FENAFAR; IDEC; representação dos estudantes; e**
2275 **CNBB. 6) Comissão Intersetorial das Pessoas com Patologias (CIPP) – Conselheira Nildes de**
2276 **Oliveira Andrade apresentou a proposta de composição da Comissão, que foi aprovada nos**
2277 **seguintes termos:** 1 – Titular: Juarez Pires de Sousa - ABRASO; Suplente: Cândida M. B. Carneiro -
2278 ABRASO; 2 - Titular: Lílian Aliche – ABRAZ; Suplente: FENAPHA; 3 – Titular: Sergio Sampaio –
2279 ABRAM; Suplente: Edgilson Barroncas - MORHAN; 4 – Titular - Nildes de O. Andrade – ACELBR;
2280 Suplente: Gerson de Souza Barreto - APREC-BRASIL; 5 – Titular: Sérgio Metzger - ADJ; Suplente:
2281 Raimundo Sotero de Menezes Filho – FENAD; 6 – Titular: Tânia M.O. Pietrobello – FBH; Suplente: José
2282 Marcos de Oliveira - FORUM/ONG AIDS; 7 – Titular: José Cláudio Santos – CMP; Suplente – FENTAS;
2283 8 – Titular: MS; Suplente: MC&T; 9 – Titular: CONASS; Suplente: MDS; 10 – Titular: CONASEMS;
2284 Suplente: entidades médicas. **7) Comissão Intersetorial de Práticas Complementares e Integrativas no**
2285 **SUS - Conselheiro Ailson dos Santos** registrou a solicitação de que fosse disponibilizava vaga de
2286 titular à representação indígena na Comissão Intersetorial de Práticas Complementares e Integrativas
2287 no SUS. Conselheiro **José Eri Medeiros**, coordenador adjunto da Comissão, destacou a importância
2288 de garantir a participação da representação indígena na Comissão. **O Plenário aprovou a inclusão de**
2289 **representante indígena, na condição de titular, na Comissão.** Finalizando, Conselheiro **Clóvis**
2290 **Bouffleur** informou que as propostas de composição da Comissão Intersetorial de pessoa com
2291 Deficiência – CISPDI e Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU foram aprovadas e as
2292 minutas de resoluções foram distribuídas para conhecimento do Pleno. Conselheiro **João Donizeti**
2293 reapresentou o pleito da Força Sindical de compor a CISMU. **Como encaminhamento, acordou-se**
2294 **que a Comissão deverá discutir o pleito da Força Sindical de compor a CISMU.** Na sequência,
2295 Conselheiro **Clóvis Bouffleur** colocou em discussão a representação do CNS na Coordenação
2296 Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde. **Como encaminhamento, foram homologados os**
2297 **nomes dos conselheiros Eni Carajá Filho e Abdias José dos Santos para representar o CNS na**
2298 **Coordenação. Concluído esse ponto, Conselheiro Clóvis Bouffleur submeteu à apreciação do**
2299 **Pleno a proposta de questionário com dúvidas frequentes encaminhadas para o CNS sobre as**
2300 **Conferências de Saúde, que foi aprovado por unanimidade e será disponibilizado na página do**
2301 **CNS.** A seguir, foi retomada a discussão dos itens que precisavam de indicação de conselheiros.
2302 **Conferências Municipais de Saúde – Indicações:** **1) VI Conferência Municipal de Saúde de**
2303 **Abaetetuba/PA. Data: 5 e 6 de julho de 2007. Local: Abaetetuba/PA. O Conselho Municipal de Saúde**
2304 **de Abaetetuba convidou o CNS para participar como palestrante do eixo temático I: “Desafios para a**
2305 **efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de**
2306 **Desenvolvimento”. Data: 5 de julho de 2007. Não houve indicação. 2) VII Conferência Municipal de**
2307 **Saúde de Barra Mansa/RJ. Data: 14 e 15 de julho de 2007. Local: Barra Mansa/RJ. O Conselho**
2308 **Municipal de Saúde de Barra Mansa convidou o Conselho Nacional de Saúde para participar da**
2309 **Conferência. Indicação: Conselheiro José Marcos de Oliveira. 3) Conferência de Altamira/PA. Data: 3**
2310 **de junho de 2007. Indicação: Conselheiro Valdenir França. 4) Conferência de Jacareí/SP. Data: 4 de**
2311 **agosto de 2007. Indicação: Conselheiro José Marcos de Oliveira. 5) Conferência de Pirapora. Não**
2312 **houve indicação. 6) Conferência de Aracaju. Data: de 3 a 5 de agosto de 2007. Indicação: Conselheiro**
2313 **Raimundo Sotero ou Conselheiro Ailson dos Santos. 7) Conferência de Uberlândia/MG. Não houve**
2314 **indicações. Incluir na carta eletrônica. 8) IV Conferência Municipal de Saúde de Jaraguá do Sul/SC.**

2315 Data: 3 e 4 de agosto de 2007, em Jaraguá do Sul/SC. O Conselho Municipal de Saúde de Jaraguá do
 2316 Sul convidou o CNS para compor a mesa principal como palestrante no dia 3 de agosto, às 19h30.
 2317 *Indicação:* Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos. 9)** VI Conferência Municipal de Saúde de
 2318 Uberaba/MG. Data: 27 a 29 de julho de 2007. Local: Uberaba/MG. O Conselho Municipal de Saúde de
 2319 Uberaba convidou o CNS para ser palestrante na abertura da Conferência no dia 27 de julho, às 8h.
 2320 *Indicação:* Conselheiro **Eni Carajá Filho. 10)** Conferência Municipal de Saúde de São Sebastião do
 2321 Passé/BA. Data: 25 e 26 de julho de 2007. Local: São Sebastião do Passé/BA. O Conselho Municipal
 2322 de Saúde de São Sebastião do Passé convidou o CNS para participar da Conferência. Não houve
 2323 indicação. **11)** Conferência Municipal de Saúde de Alegrete/RS. Data: 5 a 7 de julho de 2007. Local:
 2324 Alegrete, RS. O Conselho Municipal de Saúde de Alegrete/RS convidou o CNS para a Conferência.
 2325 *Indicação:* Conselheiro **Wilson Valério.** Como indicação para as conferências, deverá se feita a
 2326 avaliação sobre a possibilidade de os conselheiros indicados terem as despesas custeadas por aquele
 2327 que fez o convite. Na seqüência, foi feita a definição dos participantes dos Congressos do CONASEMS
 2328 e da ABRASCO, sendo: **1)** Congresso do CONASEMS. *Encaminhamento do Plenário:* foram indicados
 2329 os seguintes nomes: Conselheira **Ana Cristhina Brasil;** Conselheiro **Francisco Batista Júnior;**
 2330 Conselheiro **Volmir Raimondi;** Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin;** Conselheira **Luciana Alves;**
 2331 Conselheiro **Clóvis Bouffleur;** **Geusa Dantas Lelis;** **Solange Belchior;** e **Ilara Sozi. 2)** Congresso da
 2332 ABRASCO. *Encaminhamento do Plenário:* foram indicados os seguintes conselheiros: **Carmen Lúcia**
 2333 **Luiz;** **Ailson dos Santos;** **Maria Laura;** **Wander Geraldo da Silva;** **Francisco Batista Júnior;** e
 2334 **Geusa Dantas Lelis.** Concluído esse ponto, foi iniciada discussão para escolha do Relator Geral e
 2335 Relator Adjunto da 13ª Conferência. **Após considerações, devido ao avançado da hora e do**
 2336 **esvaziamento do Plenário, os conselheiros decidiram, por maioria, adiar a indicação para a**
 2337 **próxima reunião do CNS.** A Comissão Organizadora da 13ª CNS deverá elaborar documento de
 2338 orientação para a relatoria nas conferências municipais. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a
 2339 tratar, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz,** encerrou os trabalhos da 174ª
 2340 Reunião Ordinária. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Ailson dos Santos,**
 2341 **Carmen Lúcia Luiz,** **Eufrásia Santos Cadorin,** **Francisca Valda da Silva,** **Geraldo Adão Santos,**
 2342 **Graciara Matos de Azevedo,** **João Donizeti Scaboli,** **José Cláudio dos Santos,** **José Marcos**
 2343 **Oliveira,** **José de Rocha Carvalheiro,** **Lígia Bahia,** **Maria Izabel da Silva,** **Nildes de Oliveira**
 2344 **Andrade,** **Ruth Ribeiro Bittencout,** **Valdirlei Castagna,** **Wilson Valério Lopes** e **Zilda Arns**
 2345 **Neumann.** *Suplentes:* **Alceu José Peixoto Pimentel,** **Clóvis Adalberto Bouffleur,** **Denise Torreão**
 2346 **Corrêa da Silva,** **Eni Carajá Filho,** **Francisco Mogadouro da Cunha,** **Geusa Maria Dantas Lélis,**
 2347 **Irineu Messias de Araújo,** **José Eri Medeiros,** **Luiz Antônio de Sá,** **Maria Emínia Ciliberti,** **Maria**
 2348 **Helena Machado,** **Maria Laura Bicca Carvalho,** **Maria Natividade G. S. T. Santana,** **Maria Thereza**
 2349 **Almeida Antunes,** **Rosane Maria Nascimento da Silva,** **Valdenir França** e **Walter Gomes de Souza.**