



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

7
8 ATA DA CENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55

ITEM 1 – ABERTURA – Aos sete e oito dias do mês de julho do ano de dois mil e quatro, no Auditório *Emílio Ribas*, Ministério da Saúde, Edifício Sede, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Quadragésima Quarta Reunião Ordinária do CNS. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, procedeu à abertura dos trabalhos cumprimentando os Conselheiros e demais presentes à reunião. Em seguida, comunicou ao Plenário o falecimento do Conselheiro **Walmer José da Trindade Urtiga**, Coordenador da Entidade Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências (ONEDEF). Após esse comunicado, submeteu à apreciação do Plenário a pauta da reunião. O Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, esteve presente à abertura dos trabalhos da reunião, dirigindo-se ao Plenário do CNS nos seguintes termos: “Bom dia a todos e todas. Eu gostaria de saudar os conselheiros e conselheiras do Conselho Nacional de Saúde e ressaltar, mais uma vez, a importância do Conselho na definição das Políticas do SUS, na fiscalização das ações do Ministério da Saúde e no debate dos grandes temas que envolvem o Sistema Único de Saúde. A pauta da reunião apresenta alguns temas que temos trabalhado e para os quais temos construído propostas concretas. O primeiro deles é o debate sobre a questão do consumo do álcool. Como é de conhecimento de todos, nós montamos um grupo interministerial, no ano passado, que trabalhou durante vários meses na elaboração de um documento que apresenta basicamente quatro ou cinco eixos mais importantes. O primeiro eixo diz respeito ao Sistema Único de Saúde assumir a sua responsabilidade em relação ao atendimento à saúde das pessoas dependentes do álcool. Nesse sentido, nós temos um projeto pronto, a ser lançado, que envolve a ampliação do papel da Atenção Básica na capacidade de detecção e aconselhamento às pessoas que fazem uso abusivo de bebida alcoólica; a preparação de centros de referência para o atendimento às pessoas dependentes do álcool, ou seja, ampliar os nossos CAPES-AD; e preparar os hospitais gerais para o processo de desintoxicação, quando necessário, tirando dos hospitais psiquiátricos a responsabilidade de fazer esse tipo de atendimento. A proposta está pronta e será encaminhada para pactuação na Comissão Intergestores Tripartite. Essa proposta será, oportunamente, apresentada ao Plenário. Outro ponto importante da proposta é o reforço a ações que impeçam o acesso de crianças e adolescentes ao consumo do álcool. Isso significaria fortalecer uma ação, juntamente, com o Ministério Público, para fazer valer a lei. A legislação brasileira já prevê claramente que é crime a venda de bebida alcoólica a crianças e adolescentes ou permissão para que tenham acesso à bebida alcoólica. A idéia é fazer com que a lei seja efetivamente cumprida, com ações educativas e ações repressivas e aplicação da legislação que temos. Outro ponto importante diz respeito a álcool e trânsito. Nós temos projetos tramitando no Congresso Nacional que tratam da possibilidade do testemunho ter validade jurídica para os processos em que há envolvimento de pessoas alcoolizadas em acidentes de trânsito com prejuízo para terceiros. Eu tratei com o Presidente do Senado Federal a importância de agilizar a aprovação desse projeto, de autoria do Deputado **Beto Albuquerque**. Também é importante que Governo desenvolva ações educativas no sentido de demonstrar os eventuais prejuízos que o álcool pode gerar à saúde, tratando isso sem uma conotação repressiva, porque a nossa cultura absorve a questão do consumo do álcool e mudar a cultura não é uma questão simples. Aliado a isso, nós queremos que o Decreto Presidencial sobre redução de danos, que trata de uma série de questões relativas ao uso inadequado do álcool, venha a ser publicado rapidamente. Um outro ponto que está em discussão é a questão do consumo de bebidas alcoólicas em rodovias. Há uma proposta inicial do grupo de não ter venda de bebidas alcoólicas ao longo das rodovias federais que será avaliada pelo Presidente da República. No caso das rodovias estaduais, a responsabilidade é dos governos estaduais. Já existem estados brasileiros com legislação com essa conotação. O Estado de São Paulo tem legislação que proíbe a venda de bebidas alcoólicas em estradas. Há a sugestão de regra mais dura para o funcionamento de bares, mas isso é legislação municipal. Já existem municípios estabelecendo um limite de horários para funcionamento de bares ou condições para que esse funcionamento aconteça. Há estatísticas demonstrando que o número de acidentes de trânsito, de agressões e de homicídios tem diminuído nesses lugares. Um exemplo é o município de Diadema que teve uma redução expressiva. Outros municípios que adotaram essa prática

56 também tiveram reduções significativas. Finalmente, a questão dos pontos de venda e publicidade. O
57 grupo fechou posição, no que diz respeito a pontos de venda. A proposta é de restrição em espaços
58 públicos, mas, nas escolas, hospitais, nos quais seria proibida a venda de bebida alcoólica. A proposta
59 está em avaliação e vamos nos posicionar sobre a mesma, muito embora existam interpretações de
60 que isso deveria ser legislação municipal. Estamos analisando essa questão. Outro ponto é a questão
61 dos preços como forma de diminuir o acesso e também como forma de ampliar a arrecadação do
62 estado. O grupo apresentou a sugestão de criar um fundo com aumento de impostos que pudessem ser
63 aplicados na área de urgências e emergências, no atendimento direto de pessoas dependentes do
64 álcool. Não há consenso sobre essa questão. Há uma outra proposta também relativa a preços. Esse
65 consenso não há porque o Ministério da Fazenda fala sobre a elevada carga tributária hoje no país e o
66 outro é o argumento de que um grande aumento do preço das bebidas pode levar ao incremento de
67 contrabando e de produção ilegal de bebida alcoólica. Há uma outra proposta de aumentar não a carga
68 tributária, mas os impostos sobre as bebidas. Como seria isso? Nós aumentaríamos os impostos para
69 as bebidas alcoólicas, especificamente o IPI e faríamos uma compensação com redução de impostos
70 para produtos de maior consumo pela população ou para produtos que não tenham caráter nocivo.
71 Estamos conversando e negociando sobre essas propostas, mas ainda não há nenhuma definição. No
72 que diz respeito à publicidade, a idéia é que possamos estabelecer, de fato, restrições. A proposta do
73 grupo de trabalho é de proibir a propaganda antes das 21 horas, mas há também a proposta de não
74 restringir o horário, mas sim a forma e determinadas imagens que são exploradas na publicidade de
75 cerveja e que poderiam ser modificadas. Eu tive uma primeira reunião com o Ministro **José Dirceu**. Tive
76 também uma reunião com o General **Félix**, que é o responsável pela SENAD. Há concordância sobre a
77 proposta de constituir um grupo permanente para tratar o tema do álcool. Há uma idéia de que fique
78 como está, um grupo interministerial desvinculado do Conselho Nacional Anti-Drogas, e dirigido pelo
79 Ministério da Saúde. Já foi criada uma câmara técnica no próprio Conselho Nacional Anti-Drogas que
80 ficaria responsável pela discussão permanente da política em relação ao álcool. Nós devemos reunir o
81 grupo na próxima semana para apresentar o resultado das primeiras discussões. Eu devo me reunir
82 com o Ministro **Antônio Palocci** para discutir esse tema do preço das bebidas alcoólicas. O General
83 **Félix**, o Ministro **José Dirceu** e eu deveremos ter uma reunião para discutir a questão do lócus do grupo
84 permanente que trabalhará a questão do álcool, e uma reunião com o grupo geral para que possamos
85 chegar a uma proposta compacta e, a partir daí, retomar o diálogo com os segmentos interessados
86 como ONGs, sociedades vinculadas à questão do controle do álcool, com a indústria da bebida e com o
87 Conselho de Auto-regulamentação Publicitária. Eu espero que ao longo do mês de julho já possamos
88 ter um conjunto de proposições... (*Interrupção*)...Nesse ano, a lei prevê uma regulamentação da
89 Emenda Constitucional nº 29, em não havendo a regulamentação, a permanência do critério atual.
90 Tivemos uma primeira discussão no Governo e a idéia é manter as coisas como estão. A Emenda nº
91 29, para o próximo ano, poderia ser aplicada nos moldes em que foi aplicada no ano passado. Nós
92 estamos concluindo esse processo de encontro orçamentário para concretizar o cumprimento da
93 emenda no ano passado. Uma parte do recurso não tinha sido empenhada, mas será empenhada
94 como parte do orçamento do ano passado. O recurso corresponde a R\$ 570 milhões. Desse modo,
95 vamos cumprir a Emenda Constitucional nº 29. A nossa idéia é cumprí-la também para esse ano, e
96 para o próximo ano prevalecerá o critério atual até para que a discussão sobre a regulamentação,
97 eventualmente, possa ser retomada mais à frente, com mais participação, com mais abrangência, com
98 mais debate. É totalmente desnecessário fazer esse debate agora. O documento que foi a público é
99 uma opinião de um grupo de pessoas da equipe econômica. Não foi objeto de discussão no Governo.
100 Obviamente que, no momento em que vier a ser objeto de discussão do Governo, nós vamos reafirmar
101 nossa posição totalmente favorável à manutenção das vinculações constitucionais e recursos para a
102 saúde, para a educação e para ciência e tecnologia. Esse debate ainda não foi aberto. Era basicamente
103 isso que eu gostaria de colocar. Estou à disposição para responder a indagações". Após o
104 pronunciamento, Conselheira **Maria Leda de R. Dantas**, em nome do Colegiado do CNS, homenageou
105 o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, pelo seu aniversário. O Ministro da Saúde
106 agradeceu a homenagem e manifestou satisfação pelo apoio do CNS à gestão do Ministério da Saúde.
107 Após a homenagem, foi aberta inscrição para intervenções dos Conselheiros sobre o pronunciamento
108 do Ministro da Saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** iniciou sua intervenção aludindo para
109 a reportagem *A porta do inferno*, de Conceição Lemes, que denunciava a realidade caótica dos
110 hospitais da rede pública. Nessa linha, disse que seria necessário promover amplo debate no âmbito do
111 CNS e da Comissão Intergestores Tripartite sobre o modo como estava sendo realizada a
112 descentralização dos serviços de saúde, bem como o comprometimento dos gestores municipais e
113 estaduais com o Sistema Único de Saúde. Comentou sobre o fato de a qualidade das ações de saúde
114 relativas a AIDS ter diminuído após a descentralização dos serviços, em função da falta de
115 comprometimento dos gestores, principalmente, dos municipais, com as questões relativas a

116 DST/AIDS. Acrescentou que esse era um problema verificado nos demais programas da saúde. Nessa
117 linha, chamou a atenção para a importância de a questão ser tratada no debate sobre o Plano Nacional
118 de Saúde. Por fim, disse que seria importante a participação do Ministro da Saúde, Presidente do CNS,
119 na discussão do Plano Nacional de Saúde. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** registrou
120 preocupação com a possibilidade de desvinculação dos recursos da saúde e da educação e as
121 consequências dessa atitude nos estados e municípios. Nessa linha, encaminhou que o CNS
122 repudiasse a iniciativa da equipe econômica do governo de questionar a vinculação dos recursos da
123 saúde e educação e de incluir a proposta de desvinculação na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).
124 Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** ressaltou que a COFIN/CNS discutiu o possível interesse
125 da equipe econômica na desvinculação de recursos de áreas sociais e considerou que, apesar de não
126 ser uma posição oficial manifestada do Governo, o fato merecia a atenção do CNS. Nessa linha, propôs
127 que o Plenário interferisse de forma mais positiva no processo de regulamentação da EC nº 29. Além
128 disso, solicitou que o Ministro da Saúde intervisse no sentido de garantir a participação do Ministro da
129 Fazenda, **Antônio Palocci**, no debate sobre o tema no CNS. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury**
130 manifestou preocupação com o fato de as diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica,
131 aprovada pelo Plenário do CNS, não estarem contempladas no Plano Nacional de Saúde. Disse que
132 seria necessário rediscutir a questão, considerando a tentativa da imprensa de articular a falta de
133 medicamentos na ponta à Farmácia Popular. Conselheiro **Cristiano Cláudio Torres** aproveitou a
134 oportunidade para agradecer à Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), na pessoa da
135 Conselheira **Zilda Arns Neumann**, pelo convite para participar do revezamento da tocha olímpica no
136 Brasil. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** manifestou o apoio da COBAP às iniciativas do Ministro da
137 Saúde. Conselheiro **Paulo César Augusto de Souza** parabenizou o Ministro da Saúde pela iniciativa de
138 elaboração do Plano Nacional de Saúde, contudo, sinalizou o fato de o Plano não prever o aumento do
139 número de profissionais das equipes de Saúde da Família e não tratar das zoonoses. Conselheira
140 **Graciara Matos de Azevedo** comentou sobre as notícias veiculadas na imprensa a respeito dos planos
141 de saúde e, nesse sentido, perguntou qual era a posição do Ministério da Saúde sobre o tema. Em
142 resposta às intervenções dos Conselheiros, o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**,
143 manifestou-se nos seguintes termos: "Em relação ao Plano Nacional de Saúde, creio que o Conselho
144 deve fazer as correções necessárias. A Política de Assistência Farmacêutica é absolutamente clara.
145 Não mudou nada. O objetivo concreto é ampliar o acesso, ampliar a distribuição gratuita de
146 medicamento no SUS e tornar o consumo de medicamentos racional e seguro. A farmácia popular é
147 parte da estratégia da Política de Assistência Farmacêutica. Não há nenhum problema em se fazer as
148 mudanças necessárias no Plano. No que diz respeito à questão do programa de Saúde da Família, que
149 foi citada em relação ao Plano, em princípio, a nossa posição é que a atual composição da equipe não
150 deva ser modificada. Não significa que os demais profissionais não tenham importância ou relevo, mas
151 nós estamos falando de Atenção Básica. Por exemplo, eu acredito que o profissional de psicologia, de
152 psiquiatria, o farmacêutico, o profissional de reabilitação, embora já existam alguns programas de
153 reabilitação nas comunidades, são profissionais de retaguarda no programa Saúde da Família, tanto
154 para ajudar no processo de treinamento permanente dos que compõem a equipe e que estão na ponta,
155 quanto para serem referência nos casos em que as equipes do PSF não sejam capazes de resolver.
156 Inclusive, já ampliamos a composição da equipe. Atualmente, todas as equipes têm que contar com
157 dentista e auxiliar de consultório dentário, além de alguns outros profissionais como técnico em higiene
158 dental. Nós não podemos ter uma equipe que envolva todas os profissionais, ao contrário, nós estamos
159 trabalhando com políticas que envolvam os profissionais nos pontos especificamente de sua
160 responsabilidade. Por exemplo, o Programa Farmácia Popular procura fortalecer o papel do
161 farmacêutico na Política de Assistência Farmacêutica. As farmácias que estamos montando, aquela
162 que vamos montar em parceria com a rede filantrópica, com estados e municípios, têm a obrigação de
163 funcionar com o farmacêutico todo o tempo, inclusive, com o farmacêutico exercendo assistência
164 farmacêutica, orientando com noções de promoção e prevenção em saúde, orientando como deve ser o
165 consumo do medicamento, falando sobre o consumo racional, explicando questões que as pessoas
166 precisam saber. Estamos elaborando um projeto nacional de política de traumato-ortopedia em que a
167 política de reabilitação vai desempenhar um papel fundamental. Nesse caso, o profissional de
168 reabilitação vai encontrar um *lócus* importante, inclusive, para o trabalho na comunidade na área da
169 Atenção Básica. Ainda em relação aos farmacêuticos, por exemplo, a farmácia popular tem um
170 componente que é a venda de medicamentos na rede privada para hipertensão e diabetes, isso se tudo
171 der certo nas negociações que estamos fazendo com a indústria. As farmácias que serão credenciadas,
172 obrigatoriamente, terão que cumprir rigorosamente a legislação sanitária, entre elas, a questão da
173 presença do farmacêutico o tempo inteiro. Temos feito um processo de ampliação importante na área
174 de saúde mental. Vivemos a crise da contratualização dos prestadores com as operadoras. Desde o
175 ano passado, nós definimos claramente a necessidade do estabelecimento de contratos entre hospitais

176 e operadoras, entre profissionais e operadoras, no sentido não somente de garantir direitos e deveres
177 de ambas as partes, mas, principalmente, de garantir informação adequada e um quadro estável para
178 os usuários. Isso foi aprovado pela direção da ANS. Essa contratualização está começando a ser feita.
179 Nesse processo surge a disputa entre os profissionais de saúde e as operadoras. Nós fomos
180 fortemente pressionados a assumir uma posição, não de mediação, mas de determinação de valores, o
181 que não nos compete nem do ponto de vista legal, nem creio que vem a ser da nossa competência do
182 ponto de vista político. Na verdade, essa é uma relação entre privados. O poder público, ao regular um
183 mercado como esse, deve criar as condições para que os usuários possam estabelecer opções
184 informadas, mas não de definir o valor de uma consulta ou procedimento. Assumimos a posição de
185 trabalhar na mediação política. Nesse sentido, já conseguimos alguns resultados importantes. As
186 empresas de medicina de grupo já conseguiram chegar a um acordo. As empresas de autogestão
187 também já conseguiram chegar a um acordo, assim como as cooperativas. Apenas as seguradoras que
188 continuam resistindo a esses acordos. Os valores estão em negociação entre os profissionais com a
189 ABRANGE, os profissionais com a UNIMED, os profissionais com a autogestão, os profissionais com as
190 seguradoras. Espero que brevemente essa questão se resolva. Nós instruímos a ANS para estimular as
191 pessoas que, por conta dessa disputa de valores de remuneração venham a ser desassistidas, a
192 anunciar a operadoras que nós estamos autuando, multando por não cumprimento da cláusula
193 contratual de garantia de atendimento. Esse é um ponto que nós focamos nossa atenção e começamos
194 a trabalhar. Outro ponto que gerou uma situação complicada diz respeito à migração. A idéia da
195 migração e adaptação dos contratos foi discutida num fórum da saúde suplementar, no ano passado,
196 com a participação de entidades do consumidor, operadoras, e ficou absolutamente claro que o
197 processo de migração é necessário, porque as pessoas que têm contratos anteriores a 1998 não só
198 não podem desfrutar legalmente das coberturas que a legislação de 1998 garante, como também, por
199 conta da decisão recente do Supremo de que a legislação de 1998 não se aplica aos contratos
200 anteriores a questão do valor das mensalidades. Eu refuto como infeliz a decisão de uma entidade de
201 defesa dos consumidores de entrar na justiça e conseguir liminar suspendendo a migração, ao mesmo
202 tempo em que as empresas estão começando a lançar mão da decisão do Supremo Tribunal Federal
203 para colocar reajustes absolutamente abusivos nos valores dos contratos. O argumento de que o
204 Código de Defesa do Consumidor garante a cobertura que a lei propõe, no meu ponto de vista, é
205 completamente falacioso tanto que as pessoas estão sendo praticamente obrigadas a pagar esses
206 reajustes. Estamos estudando uma forma de entrar na justiça para que o reajuste não possa recuperar
207 coisas do passado. A lei que determinou o Plano Real define que não pode haver recuperação de
208 perdas contratuais ou de valores de contratos que ultrapassem um ano. Há pessoas recebendo
209 propostas de seguradoras com reajustes de 20, 40 e 80% de aumento. Essas pessoas estão
210 desprotegidas porque os seus contratos não estão na legislação de 1998. Quem está dentro da
211 legislação de 1998 tem o preço do seu contrato controlado. Só pode ter o reajuste de 11,75% que foi
212 dado nesse ano. Criou-se uma situação absolutamente confusa e complexa. Quem vai garantir que as
213 pessoas possam pagar seus planos de saúde? Quem vai garantir que a pessoa que chega no hospital
214 será, de fato, atendida? É muito simples dizer para a pessoa entrar na justiça e pedir que se aplique o
215 Código de Defesa do Consumidor, se não tem um promotor em cada hospital na hora em que ela será
216 atendida. Nem todos os juízes dão todas as liminares que as pessoas pedem. Nós tentaremos seguir
217 nessa linha. Para as empresas que estão querendo aplicar esses reajustes estamos tentando encontrar
218 uma forma jurídica para nos contrapor e tentar impedir que isso se viabilize. Espero que haja bom
219 senso por parte da justiça para que a migração aconteça. A migração é um ato voluntário. Que base a
220 justiça tem para dar uma liminar para algo que é voluntário? As pessoas têm sido orientadas para, ao
221 receber a proposta, procurar a ANS. Há um disque-seguro saúde somente para dar informação e
222 também os PROCONs. Todo mundo pode avaliar se quer migrar ou não. Se essa situação continuar,
223 qual será o reajuste que essas operadoras aplicarão no próximo ano para quem está abrangido pela
224 legislação anterior a 1998. Será o que está previsto no contrato ou o que eles quiserem aplicar?
225 Estamos tentando estabelecer esse debate. Eu devo me reunir amanhã com o Presidente em exercício
226 da ANS para tentarmos encaminhar essa questão. Essa é uma questão grave e acredito que o
227 Conselho Nacional também deveria refletir sobre isso. Eu vou tentar convocar uma reunião de
228 emergência da Câmara de Saúde Suplementar da qual o Conselho faz parte para tentarmos resolver
229 esse imbróglio lá. Estou alerta para essa questão. Em relação ao texto citado, eu não tenho
230 conhecimento. Ontem, na televisão, foi divulgada uma pesquisa que nós fizemos sobre o SUS e o tema
231 da qualidade do atendimento é o de maior preocupação da população. Para isso, nós estamos
232 iniciando um piloto de um futuro programa. Não sei se vocês terão tempo hoje ou amanhã para
233 apresentarmos a primeira versão do projeto que vamos iniciar no Rio de Janeiro a partir de quinta-feira,
234 que é um programa que procura melhorar a qualidade do atendimento. Envolve desde a reestruturação
235 do trabalho nas unidades de saúde passando por uma nova lógica no atendimento de emergência. A

236 proposta será trazida para discussão no Conselho. Na quinta-feira, faremos o lançamento de um piloto
237 no Rio de Janeiro. Esse tema da qualidade é uma das nossas maiores preocupações. Os Conselheiros
238 já conhecem a posição do Ministério da Saúde sobre a dupla porta, tanto que na discussão que
239 estamos fazendo com os hospitais universitários federais um dos pontos é que esses hospitais sejam
240 100% SUS, no máximo em quatro anos, que já é um prazo longo. Não faz sentido uma instituição
241 pública funcionar com dupla porta. Eu não posso intervir naquilo que não é da alçada do Ministério da
242 Saúde, a não ser que a lei seja modificada. No que diz respeito ao Ministério da Saúde, a nossa
243 posição será sempre no sentido de que não haja dupla porta, mas uma porta única e um atendimento
244 igual e adequado. Por último, com relação à questão da vinculação, creio que o Conselho poderia fazer
245 um convite para o Ministro **Antônio Palocci**. Eu não sei a disponibilidade dele, mas pode ser que alguma
246 outra pessoa venha. A posição do Ministério da Saúde é muito clara: devemos manter a vinculação.
247 Podemos discutir de que forma essa vinculação deva ser feita para não gerar distorções em relação a
248 outras políticas sociais, mas a vinculação é essencial até porque o nosso país ainda gasta pouco com
249 saúde. É importante dizer que não é uma posição do Ministério da Fazenda, mas o trabalho de um
250 grupo de pessoas que estão no Ministério da Fazenda. Creio que seja importante afirmarmos nossa
251 posição e debater essa questão, mas não é uma posição de Governo até o presente momento. Era
252 basicamente isso que eu gostaria de apresentar. Irei verificar a possibilidade de se apresentar a
253 proposta do Plano de Melhoria da Qualidade de Atenção à Saúde para que o Conselho discuta e tome
254 uma posição. Obrigado". A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que a
255 questão da descentralização das ações e serviços de saúde era um dos temas da pauta de debate do
256 GT de Normatização. Disse também que o CNS estava acompanhando as reuniões da Câmara de
257 Saúde Suplementar e na reunião da Comissão de Saúde Suplementar, prevista para ser realizada nos
258 dias 24 e 25 de julho de 2004, o tema seria tratado. **A propósito da vinculação de recursos, foi acordado**
259 **que o Ministro da Fazenda, Antônio Palocci, seria convidado a participar de debate no CNS sobre a**
260 **vinculação de recursos dos setores da saúde e educação.** Conselheira **Maria Natividade G. S. T.**
261 **Santana** ressaltou que o CNS debateria a questão somente com o Ministro da Fazenda, **Antônio**
262 **Palocci**. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** registrou a ausência dos representantes do governo e
263 ressaltou a importância de garantir a participação dos mesmos até o final da reunião. **APROVAÇÃO DA**
264 **ATA DA 143ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – Não havendo destaques, a Ata da 143ª Reunião**
265 **Ordinária foi aprovada.** **ITEM 2 – POLÍTICA PÚBLICA DE CONTROLE DO CONSUMO DO ÁLCOOL E**
266 **APRESENTAÇÃO DO MOVIMENTO PROPAGANDA SEM BEBIDA** – Conselheiro **Mário César**
267 **Scheffer** assumiu a coordenação dos trabalhos, convidando para compor a mesa o Presidente do
268 Conselho Regional de Medicina de São Paulo, **Clóvis Francisco Constantino**, o Representante da Área
269 Técnica de Saúde Mental/MS, **Francisco Cordeiro**, o Coordenador da Unidade de Álcool e Drogas da
270 Universidade Federal de São Paulo, **Ronaldo Laranjeiras**, e o Representante da Sociedade Brasileira
271 de Psiquiatria, **João Carlos Dias**. Em seguida, passou a palavra ao Presidente do Conselho Regional de
272 Medicina de São Paulo, **Clóvis Francisco Constantino**. O Presidente do Conselho Regional de Medicina
273 de São Paulo, **Clóvis Francisco Constantino**, iniciou a sua apresentação cumprimentando o Plenário e
274 agradecendo a oportunidade de tratar do Movimento "Propaganda sem Bebida", iniciativa patrocinada
275 pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo e pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da
276 Universidade Federal de São Paulo. Explicou que há algum tempo um grupo de entidades denominado
277 "Aliança Cidadã pelo Controle do Álcool" vinha discutindo a necessidade de implementação de políticas
278 públicas de controle do álcool e definição de legislação específica que tivesse impacto direto na
279 redução do consumo de bebidas alcoólicas. Explicou que, dentre as metas definidas pela Aliança
280 Cidadã, destacava-se a aprovação de lei específica proibindo ou restringindo a propaganda e a
281 promoção de bebidas alcoólicas. De tal maneira, surgiu o Movimento Propaganda sem Bebida, que
282 defendia a limitação da propaganda de cerveja e outras bebidas alcoólicas nos meios de comunicação
283 e em eventos esportivos, culturais e sociais, semelhante à legislação atual que restringe as
284 propagandas de cigarro. Explicou que o Movimento sugeria, além de normas rígidas de restrição das
285 propagandas, o aumento do preço ou taxação das bebidas alcoólicas, com destinação de recursos
286 arrecadados para prevenção e tratamento de dependentes; fiscalização e aplicação do Estatuto da
287 Criança e do Adolescente (ECA) no que diz respeito à venda de bebidas alcoólicas a crianças e
288 adolescentes; e controle rigoroso de motoristas alcoolizados, de acordo com o Código Brasileiro de
289 Trânsito. Informou que cerca de duzentas entidades aderiram ao Movimento, dentre elas, entidades de
290 defesa do consumidor, igrejas, universidades, serviços de saúde, entidades médicas, conselhos
291 profissionais, ONGs, grupos de apoio, o que demonstrava o interesse da sociedade no controle do
292 consumo do álcool. Nessa linha, solicitou o apoio do CNS, bem como das entidades que o compõem,
293 ao Movimento. Além disso, falou sobre a campanha de recolhimento de um milhão de assinaturas para
294 sensibilizar o Governo Federal e o Congresso Nacional a aprovar, em regime de urgência, lei específica
295 que restringe a publicidade de bebidas alcoólicas. Destacou que a mudança de legislação seria

necessária, considerando que a Lei nº 9.294/96, que regulamenta a propaganda de bebidas alcoólicas no país, legislava apenas sobre produtos com teor alcoólico acima de 3%, o que excluía cervejas e vinhos. Acrescentou que a publicidade das bebidas alcoólicas que se enquadravam na Lei era livre na faixa entre 21h e 6h, além disso, vinhetas de patrocínio eram permitidas em qualquer horário. Além disso, disse que era liberado o patrocínio em eventos culturais e esportivos. Ressaltou que o consumo de álcool consistia em dos mais graves problemas de saúde e segurança do país, considerando que era responsável por mais de 10% de todos os casos de adoecimento e morte no país; provocava 60% dos acidentes de trânsito; era detectado em 70% dos laudos cadavéricos de mortes violentas; transformava 18 milhões de brasileiros em dependentes; estava ligado ao abandono de crianças, a homicídios, delinquência, violência doméstica, abusos sexuais, acidentes e mortes prematuras. Frente a esse cenário, manifestou-se satisfeito pela criação do grupo interministerial para definir medidas de controle do consumo do álcool no país. Por fim, explicou que o Movimento estava consciente das dificuldades a serem enfrentadas na luta pelo controle do álcool, tendo em vista o poderoso *lobby* da indústria do álcool, contudo, ressaltou que a adesão do Controle Social e da sociedade civil garantiria bons resultados. O representante da Área Técnica de Saúde Mental/MS, **Francisco Cordeiro**, falou sobre a política do Ministério da Saúde de combate ao álcool, destacando, a princípio, que havia uma lacuna em relação à política de álcool e drogas do país. Citou as iniciativas do Ministério da Saúde em relação ao combate ao álcool, ressaltando, a princípio, a estratégia dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), que consistiam em unidades de caráter humanizado e de base comunitária. Explicou que os CAPS começaram a ser implantados em 2002 e atualmente havia 534 Centros funcionando no país, sendo 63 CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD). Disse que a rede de atendimento psicossocial estava em expansão e a meta era atingir 650 CAPS implantados até o final de 2004, sendo mais trinta CAPS Álcool e Drogas. Ressaltou que, em 2003, o Ministério da Saúde publicou a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, o que ajudava a suprir a lacuna na área. Além disso, falou sobre o GT Interministerial para elaboração de Políticas Públicas do Álcool, instituído em 2003 pelo Presidente da República, que contou com a participação de quatorze órgãos governamentais. Disse que foram realizadas várias reuniões com organismos ligados ao tema e no dia 13 de maio de 2004 o relatório final dos trabalhos do Grupo Interministerial foi entregue ao Ministro da Saúde. Destacou, dentre as propostas do Grupo, a restrição da propaganda de bebidas alcoólicas entre as 6h e 23h. Explicou que as propostas do GT estavam sendo discutidas com vários órgãos da esfera federal. Por fim, informou que a Área de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem publicado materiais sobre o tema e, a propósito, citou a publicação “Álcool e Redução de Danos” que, dentre outros aspectos, apresentava as diretrizes do Ministério da Saúde para a redução do consumo de álcool. O Coordenador da Unidade de Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo, **Ronaldo Laranjeiras**, iniciou sua explanação cumprimentando o Plenário e manifestando satisfação em tratar do tema do combate ao consumo de álcool no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Explicou que o custo social do consumo do álcool era extremamente alto, em virtude de vários fatores, dentre eles, o baixo custo das bebidas alcoólicas no país. Ressaltou que dentre as várias estratégias que governos, em diferentes países, têm utilizado para controlar os problemas relacionados ao consumo de álcool, era a regulação do preço e das taxas que incidem sobre as bebidas alcoólicas. Informou que uma pesquisa realizada em Diadema, São Paulo, mostrou que os jovens conseguem comprar bebidas alcoólicas em 100% dos estabelecimentos. Nessa linha, disse que seria necessário definir medidas de prevenção capazes de promover mudanças de ambiente e da cultura brasileira em relação ao álcool para mudar a situação atual. Chamou a atenção para a importância de aproveitar a experiência bem sucedida do combate ao consumo do cigarro no país no combate ao consumo de bebidas alcoólicas, considerando que o aumento do consumo de cerveja no país era resultado das propagandas de bebidas. Nesse sentido, destacou a necessidade de a sociedade civil mobilizar-se, com apoio de vários setores, no sentido de combater o *lobby* da indústria de bebidas alcoólicas, de propagandas enganosas e irresponsáveis. Por fim, sinalizou a importância do Controle Social em aderir à luta pela redução do consumo de álcool no país. O representante da Associação Brasileira de Psiquiatria, **João Carlos Dias**, destacou que a psiquiatria era um dos ramos da medicina mais impactado pelo consumo do álcool no país. Acrescentou que o público mais atingido pela propaganda de bebidas era os jovens. Explicou que seria necessário mudar a cultura de consumo de álcool vigente no país, com a participação dos vários setores da sociedade e divulgação de informações corretas. Nesse sentido, enfatizou o papel importante do CNS na regulação social do consumo do álcool. Concluídas as apresentações, foram abertas inscrições para pronunciamento do Plenário. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** falou sobre as dificuldades a serem enfrentadas no combate ao consumo do álcool no país, dentre elas, a cultura do álcool vigente e os interesses econômicos das indústrias de bebidas alcoólicas e até mesmo do Governo. Nessa linha, ressaltou a importância de iniciativas da sociedade civil, a exemplo do Movimento “Propaganda sem Bebida”. Sugeriu que o CNS apoiasse a causa do Movimento e

356 divulgasse a proposta em todos os estados. Conselheira **Vera Lúcia M. Vita** propôs que o CNS
357 participasse ativamente do Movimento “Propaganda sem Bebida”. Conselheiro **Moisés Goldbaum**
358 colocou a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) à disposição para
359 participar do Movimento “Propaganda sem Bebida” e sugeriu que o CNS acolhesse integralmente a
360 proposta e participasse ativamente do Movimento. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** cumprimentou os
361 expositores pela apresentação e comentou sobre os efeitos do consumo do álcool em populações
362 indígenas e, nesse sentido, sugeriu que fosse incluído item específico na Lei sobre o tema. Além disso,
363 propôs que o CNS manifestasse publicamente o seu apoio e sua integração ao Movimento
364 “Propaganda sem Bebida” e que o tema fosse pauta do Conselho no decorrer de 2004. Conselheiro
365 **Júlio Strubing Müller Neto** manifestou satisfação em participar do debate sobre o consumo de álcool no
366 âmbito do CNS. Ressaltou que o alcoolismo era um dos mais graves problemas de saúde pública do
367 país e, por essa razão, carecia de ser enfocado como uma prioridade de Governo. Desse modo,
368 enfatizou a importância da participação de representantes dos três Poderes no Movimento. Além disso,
369 sugeriu que uma parte dos recursos oriundos do aumento dos preços dos impostos de bebidas
370 alcoólicas fosse utilizada em campanhas publicitárias contra o consumo de álcool. O representante da
371 Área Técnica de Saúde Mental/MS, **Francisco Cordeiro**, fez uso da palavra para esclarecer que havia
372 Projetos propondo a utilização do recurso da indústria de bebida alcoólica no tratamento dos danos
373 causados pelo consumo de álcool. Conselheiro **Cristiano Cláudio Torres** sugeriu que as campanhas
374 publicitárias de combate ao consumo de álcool fossem feitas por vítimas do alcoolismo. Conselheira
375 **Nildes de Oliveira Andrade** parabenizou os expositores e registrou o apoio da Associação dos Celíacos
376 do Brasil (ACELBRA) ao Movimento. O representante da Associação Brasileira de Psiquiatria, **João**
377 **Carlos Dias**, explicou que a bebida sem álcool possuía cerca de 3% de álcool, nesse sentido, falou
378 sobre a proposta de retirar da legislação a denominação “não alcoólica” das bebidas. Conselheiro
379 **André Luiz B. de Carvalho** ressaltou que a informação era uma das principais ferramentas para
380 enfrentar o problema do alcoolismo no país. Acrescentou que o Plano Nacional de Saúde previa
381 medidas voltadas ao combate do consumo de álcool. Nessa linha, registrou as iniciativas dos gestores
382 estaduais e municipais contra o consumo de bebidas alcoólicas e manifestou apoio ao “Movimento
383 Propaganda sem Bebida”. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** registrou a importância de trabalhar a
384 questão do alcoolismo com os aposentados e pensionistas. Nesse sentido, sugeriu que fosse feita
385 articulação com o setor do Ministério da Saúde responsável por tratar a saúde do idoso, a fim de dar
386 conotação política ao trabalho com os aposentados. Lamentou o fato de os jogadores do Brasil,
387 campeões da copa de 2002, terem desfilado pelas ruas de Brasília no carro de uma indústria de bebida
388 alcoólica. Dessa forma, chamou a atenção para que o mesmo não ocorresse com os atletas das
389 Olimpíadas 2004. Conselheiro **Luiz Alberto Silva** enfatizou a importância de o CNS participar
390 ativamente do Movimento. Ressaltou que a sociedade estava consciente dos efeitos do consumo de
391 álcool e, a propósito, registrou a aceitação da sociedade no que diz respeito à proibição de venda de
392 bebidas alcoólicas nas festas realizadas nas escolas. Por fim, sugeriu que fosse enviada à Central
393 Globo de Produções nota de repúdio do CNS ao quadro do Programa “Zorra Total”, no qual o humorista
394 **Tom Cavalcanti** interpreta o personagem “João cana brava”, por entender que se trata de um
395 desserviço ao SUS. Sobre essa questão, o Presidente do Conselho Regional de Medicina de São
396 Paulo, **Clóvis Francisco Constantino**, esclareceu que foi enviada nota à Central Globo de Produções no
397 final do mês de maio de 2004, chamando a atenção para os efeitos negativos do quadro em relação ao
398 alcoolismo e ao SUS. Dessa maneira, após cinco dias da data da nota, por iniciativa do humorista **Tom**
399 **Cavalcanti**, o quadro saiu do ar. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** cumprimentou a iniciativa do
400 Movimento “Propaganda sem Bebida” e colocou a Confederação Nacional das Associações de
401 Moradores (CONAM) à disposição para colaborar com o Movimento. Conselheira **Solange Gonçalves**
402 **Belchior** explicou que o alcoolismo não era visto como doença e, a propósito, registrou o fato de os
403 trabalhadores da saúde não terem formação acadêmica sobre álcool e drogas e sua relação com outras
404 patologias. Nesse sentido, ressaltou a importância de ações voltadas à educação dos trabalhadores da
405 saúde no tratamento ao alcoolismo. O representante da Associação Brasileira de Psiquiatria, **João**
406 **Carlos Dias**, destacou a importância de iniciativas no sentido de incluir o estudo dos fatores que
407 causam a síndrome da dependência na formação dos especialistas da área da saúde. **Após essas**
408 **manifestações**, o Plenário aprovou os seguintes encaminhamentos: elaborar moção de apoio CNS ao
409 Movimento “Propaganda sem Bebida”; e mobilizar os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, por
410 intermédio da Secretaria-Executiva do CNS, a participarem do Movimento “Propaganda sem Bebida” e
411 coletarem assinaturas para o abaixo-assinado pela aprovação de lei que limite as propagandas de
412 cerveja e outras bebidas alcoólicas. O Coordenador da Unidade de Álcool e Drogas da Universidade
413 Federal de São Paulo, **Ronaldo Laranjeiras**, manifestou satisfação frente à inserção do CNS na luta da
414 sociedade contra o consumo de bebidas alcoólicas no país. Por fim, salientou que a limitação de
415 propaganda de bebidas alcoólicas nos meios de comunicação era uma medida eficaz e sem custo no

416 combate ao alcoolismo. O representante da Área Técnica de Saúde Mental/MS, **Francisco Cordeiro**,
417 agradeceu a oportunidade de participar do debate e reafirmou o compromisso do governo com o
418 combate ao alcoolismo. O coordenador da mesa agradeceu a presença dos convidados e encerrou os
419 trabalhos do período da manhã do primeiro dia de reunião. No segundo dia de reunião, a Secretaria-
420 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, fez a leitura da **Moção do CNS de apoio ao Movimento**
421 **"Propaganda sem Bebida"**, que foi aprovada. **ITEM 3 – EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA 2003 E**
422 **EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE JANEIRO A MAIO DE 2004 – Relatório da COFIN/CNS –** A
423 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, convidou para compor a mesa os
424 Conselheiros membros da COFIN/CNS **André Luiz de Oliveira e Júlia Maria Roland** e saudou os
425 representantes do Ministério da Saúde convidados a participar da reunião para prestar esclarecimentos
426 sobre os motivos da baixa execução orçamentária de um conjunto de Programas do Ministério da
427 Saúde. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** iniciou a discussão do item, destacando pontos do relatório
428 da reunião da COFIN/CNS, realizada no dia 06 de julho de 2004, na qual foram tratados os seguintes
429 temas: **1) regulamentação da EC nº 29; 2) discussão sobre a LDO e LOA 2005; 3) execução**
430 **orçamentária de 2003; 4) execução orçamentária de 2004 (1º semestre); e 4) situação do não**
431 **cumprimento da EC nº 29 em 2001, 2002 e 2003.** Em relação à execução orçamentária 2003, explicou
432 que a COFIN/CNS identificou cinco programas que apresentaram maior impacto na baixa execução
433 orçamentária em 2003, considerando como ponto de corte 80% de execução, sendo eles: **1) Programa**
434 **Sangue e Hemoderivados (10,93% liquidado); 2) Implantação do Cartão do SUS (65,34% liquidado); 3)**
435 **Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem (61,56% liquidado); 4) Reaparelhamento de**
436 **Unidades do SUS/MS (78,96% liquidado); e 5) Outros Programas (78,59% liquidado),** sendo: Sistema
437 **Nacional de Informações em Saúde do SUS; Formação Continuada de Recursos Humanos para o**
438 **SUS; Capacitação de Servidores Públicos Federais em Processo de Qualificação e Requalificação;**
439 **Núcleos de Reabilitação para Portadores de Deficiência; Promoção de Educação em Saúde por meio**
440 **de Mobilização Comunitária; Implementação das Ações de Saúde da família; Controle das Doenças**
441 **Cardiovasculares; Controle das Doenças Reumáticas; Controle da Diabetes Mellitus; Saúde Ocular e**
442 **Prevenção das Cegueiras; Incentivo (Bônus) ao Paciente Portador de Agravo Mental; Projeto de**
443 **Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF); Incentivo (Bônus) aos Pacientes**
444 **com Tuberculose; Incentivo (Bônus) aos Pacientes com Hanseníase em Tratamento Curado;**
445 **Tratamento da Hanseníase e Outras Dermatoses; Implantação de Serviços de Saúde Mental e**
446 **Prevenção ao Uso de Álcool e Drogas; Implantação dos Serviços para Tratamento de Agravos da**
447 **Saúde do Trabalhador; Implantação de serviços Extra-hospitalares de Assistência ao Idoso; Estudos e**
448 **Pesquisa de Prevenção de Morbimortalidade de Causas Externas; Estudos e Pesquisas de Doenças**
449 **Crônico-degenerativas; Estudos e Pesquisas sobre Saúde Mental; Estudos e Pesquisas sobre agravos**
450 **à Saúde do Trabalhador; Estudos e Pesquisa de Saúde de Portadores de Deficiência; Estudos e**
451 **Pesquisa sobre Saúde do Idoso; Promoção e Eventos – Doenças Crônico-Degenerativas; e**
452 **Acreditação Hospitalar de Redes Pública, Federal, Estadual e Municipal.** Explicou que a COFIN, devido
453 ao número significativo de casos constantes no item “Outros Programas”, optou por solicitar aos
454 responsáveis informações por escrito sobre os motivos desencadeantes deste processo. Apresentado
455 esse cenário, abriu a palavra aos representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde presentes
456 à reunião para prestar esclarecimentos sobre os motivos da baixa execução orçamentária dos
457 Programas. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), **Valcler Fernandes**, ressaltou, a
458 princípio, que seria necessário rever a metodologia de apresentação da execução orçamentária do
459 Ministério da Saúde, com detalhamento sobre os dados, em virtude de a execução estar associada aos
460 limites definidos para o empenho do Ministério da Saúde. Acrescentou que, após a definição das
461 dotações orçamentárias para cada Programa, frente às necessidades de Governo, havia um bloqueio
462 de determinadas dotações definido a partir da capacidade de arrecadação. Explicou que esse era um
463 dos motivos da baixa execução orçamentária de alguns Programas. Além disso, destacou que a
464 liquidação das despesas gerava os números relativos aos Restos a Pagar. O Coordenador-Geral de
465 Orçamento e Financiamento do Ministério da Saúde, **Arionaldo Bonfim Rosendo**, ressaltou que o saldo
466 relativo a ações e serviços de saúde ao final de 2003 foi de R\$ 829.061.796 e desse montante R\$ 793
467 milhões estavam bloqueados, logo, não poderiam ser empenhados. Dessa forma, explicou que o saldo
468 final de despesas não empenhadas, em 2003, totalizava R\$ 36 milhões. Destacou que a explicação
469 maior para a baixa execução orçamentária de determinados Programas residia na necessidade de
470 eleição de determinadas ações que não puderam ser executadas na íntegra, em virtude de orçamento
471 contingenciado. A representante da ABRASCO na COFIN/CNS, **Rosa Maria Marques**, ressaltou que a
472 COFIN/CNS tinha conhecimento do contingenciamento orçamentário. Nessa linha, perguntou quais
473 foram os critérios utilizados na definição dos programas prioritários. O Subsecretário de Planejamento e
474 Orçamento (SPO/MS), **Valcler Fernandes**, explicou que, para a definição dos programas prioritários,
475 eram utilizados critérios como a garantia da continuidade dos programas e ações em desenvolvimento,

476 o acompanhamento da execução dos programas e ações, associado à dotação orçamentária, entre
477 outros. O Coordenador-Geral de Orçamento e Financiamento do Ministério da Saúde, **Arionaldo Bonfim**
478 **Rosendo**, ressaltou que para a definição de contingenciamento, o Ministério da Saúde considerava uma
479 série de critérios, de tal maneira, explicou que eram passíveis de contingenciamento as ações não
480 destinadas a custeio de serviços já prestados e os créditos aprovados no último trimestre do ano. A
481 Coordenadora do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF/MS),
482 **Patrícia Raupp Machado Leal**, prestou esclarecimentos sobre a execução orçamentária do PROESF
483 em 2003. Explicou, a princípio, que havia uma expectativa de início do Projeto em 2002, assim, foi
484 definida uma programação orçamentária extremamente alta. No entanto, não foi possível iniciar a
485 execução do orçamento, em virtude de o acordo de empréstimo ter sido assinado em dezembro de
486 2002. Disse que tal fato teve reflexo negativo na proposta orçamentária de 2003, considerando que não
487 houve nenhuma execução em 2002. Ressaltou que o processo de contratação de municípios foi
488 extremamente moroso e somente em setembro de 2003 foi possível repassar o primeiro recurso.
489 Destacou que o PROESF era um programa prioritário, assim, nenhum município teve o processo
490 licitatório adiado ou cancelado por conta do não recebimento do recurso. O representante da
491 Coordenação da Política de Sangue e Hemoderivados/MS, **Paulo Henrique Dantas Antonino**, reafirmou,
492 a princípio, que um dos determinantes da baixa execução orçamentária do Ministério da Saúde em
493 2003 foi o contingenciamento orçamentário. Contudo, ressaltou que o Programa Sangue
494 Hemoderivados não sofreu prejuízos significativos em função desse contingenciamento, em virtude da
495 determinação de Governo de retorno da Política de Sangue ao Ministério da Saúde, que se encontrava
496 sob a responsabilidade da ANVISA, na perspectiva de integrar as ações e programas de saúde.
497 Explicou que foi executada uma série de ações programadas para 2003, comprometendo, inclusive, o
498 orçamento 2004. Ressaltou que o orçamento 2004 seria insuficiente para a implementação das ações,
499 assim, seria necessário aumento do orçamento para 2005. O representante da Coordenação-Geral de
500 Fomento e Cooperação Técnica do DATASUS/MS, **Carlos Vanderley Soares**, prestou esclarecimentos
501 sobre a implantação do Cartão SUS. Ressaltou que, considerando a realidade da administração pública
502 federal e a conjuntura de 2003, a execução orçamentária do Programa de Implantação do Cartão SUS
503 (65%) era razoável. Em relação à execução no primeiro semestre de 2004, reconheceu que o
504 percentual de execução era baixíssimo, em decorrência, dentre outros aspectos, de mudanças no
505 Programa. Ressaltou que o Programa encontrava-se em fase de reavaliação e absorção de tecnologia
506 utilizada na implantação do projeto piloto. Explicou que a meta era implantar o Cartão SUS em 2.000
507 municípios até o final do Governo **Lula**. Para isso, disse que seria necessário grande investimento nos
508 municípios para a aquisição de tecnologias necessárias à implantação e utilização efetiva do Cartão.
509 Informou que seria feita análise dos processos no decorrer do período eleitoral, para que, em novembro
510 de 2004, fosse iniciada a liberação do orçamento 2004, visando a implantação de infra-estrutura nos
511 municípios. Explicou que estava em processo de aquisição cerca de R\$ 50 milhões para o Programa e
512 aguardava-se melhor momento para serem adquiridos pelo Ministério da Saúde, uma vez que a
513 determinação atual era de reabastecimento de hemoderivados, retrovirais, preservativos e
514 medicamentos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** mostrou preocupação com o fato de o recurso
515 do Programa de Implantação do Cartão SUS ter sofrido contingenciamento. Nessa linha, pediu
516 esclarecimentos sobre o percentual de distribuição do Cartão SUS, considerando que, em Goiânia,
517 para distribuição de medicamentos seria exigida a apresentação do Cartão. Conselheiro **Clóvis A.**
518 **Boufleur** entregou à coordenação da mesa Carta de um médico do Estado de São Paulo, enviada ao
519 Ministério da Saúde, questionando os critérios da Política do PROESF 2004 para nova manifestação,
520 por parte do Ministério, em virtude de a resposta não ter sido considerada satisfatória. Registrhou
521 também que a baixa execução orçamentária do Programa de Sangue e Hemoderivados tem sido
522 recorrente nos últimos cinco anos. Por fim, solicitou que fosse avaliado o percentual de distribuição do
523 Cartão SUS nos 44 municípios pilotos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** enfatizou a importância de
524 o CNS ter acesso às ações programadas e executadas do Programa de Sangue e Hemoderivados,
525 considerando que se tratava de uma das áreas estratégicas para o SUS. Além disso, perguntou sobre a
526 situação da implantação do Cartão SUS no país. Em resposta às intervenções, O Subsecretário de
527 Planejamento e Orçamento (SPO/MS), **Valcler Fernandes**, manifestou preocupação com a iniciativa de
528 exigir a apresentação do Cartão SUS para obter medicamentos, considerando que essa não era a
529 orientação do Ministério da Saúde, pois o acesso ao medicamento era um direito e o Cartão era um
530 meio para garantí-lo. Explicou que houve uma redução no que diz respeito às ações fragmentadas no
531 âmbito do Ministério da Saúde, visando dar maior transparência à realidade das políticas
532 implementadas. Informou também que o Ministério da Saúde estava promovendo mudanças no modelo
533 de gestão do Programa Sangue e Hemoderivados, o que contribuiria para reverter a situação da baixa
534 execução orçamentária nos últimos anos. Disse ainda que foi realizado encontro com gerentes dos
535 hemocentros para discutir as prioridades, os avanços e os desafios da Política de Sangue e

Hemoderivados no país. O representante da Coordenação-Geral de Fomento e Cooperação Técnica do DATASUS/MS, **Carlos Vanderley Soares**, explicou que o processo de implantação do Cartão SUS era extremamente complexo e dependia da realização de uma série de ações que, em sua maioria, demandava tempo, dentre elas, o cadastramento da população, a definição do número de identificação social, por parte da Caixa Econômica Federal e a fabricação dos cartões. Informou que foram entregues nos 44 municípios do Projeto Piloto cerca de 15 milhões de cartões e mais 15 milhões de cartões estavam em fase final de fabricação e seriam entregues pelas empresas vencedoras da licitação. Além disso, disse que seria feita nova licitação para a fabricação de mais 50 milhões de cartões. Ressaltou que a implantação do Projeto seria acelerada nos últimos dois anos de Governo, em virtude da incorporação de novas tecnologias, da definição de parcerias com os municípios para a aceleração do processo de cadastramento da população e disponibilização de recursos para criação do ambiente tecnológico. O representante da Coordenação da Política de Sangue e Hemoderivados/MS, **Paulo Henrique Dantas Antonino**, ressaltou que o processo de discussão da Política de Sangue e Hemoderivados tem sido feito de forma participativa, o que contribuía para um quadro da execução orçamentária de 2004 melhor em relação aos últimos cinco anos. Informou que a Coordenação da Política de Sangue e Hemoderivados/MS estava desenvolvendo uma série de ações, dentre elas, destacou a implantação do Programa Hemovida Ambulatorial nos hemocentros. Por fim, reafirmou o compromisso da Coordenação da Política de Sangue e Hemoderivados/MS com a valorização do SUS no processo de construção da Política de Sangue e Hemoderivados do país. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou posicionamento político em relação ao critério para o contingenciamento orçamentário. Conselheiro **André Luiz B. de Carvalho** explicou que para a efetiva implantação do Cartão SUS seria necessária parceria entre as três esferas de gestão. Ressaltou que seria necessário priorizar todos os municípios brasileiros para a distribuição do Cartão SUS, a fim de que a população conhecesse e apoiasse o Programa. Conselheiro **Júlio Strubing Müller Neto** ressaltou que o processo de avaliação do orçamento não poderia ser feito a partir da análise exclusiva da execução orçamentária. Além disso, levantou algumas questões para reflexão do Plenário, dentre elas, os motivos da baixa adesão aos Programas e a burocratização dos mecanismos de transferência de recursos. Por fim, lembrou que, conforme disposto na Constituição Federal/98, os recursos da saúde e educação eram vinculados, logo, não poderiam sofrer contingenciamento. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** ressaltou que o Governo teria de assumir a responsabilidade pelo contingenciamento dos recursos da saúde. Cumprimentou a COFIN/CNS pelo trabalho, em especial pela apresentação de dados que serviriam de subsídio para o cumprimento do papel dos Conselheiros no que diz respeito à prestação de contas do orçamento da saúde. Conselheira **Silvia Marques Dantas** disse que seria necessário definir nova metodologia para análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde, no sentido de otimizar o debate sobre as metas previstas e alcançadas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, registrou que não se sentiu contemplada nas respostas em relação ao Cartão SUS. Apresentou a seguinte proposta de encaminhamento em relação à exigência de apresentação do Cartão SUS para a entrega de medicamentos: que o Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, o CONASS e o CONASEMS, considerando as dificuldades no que diz respeito à implantação do Cartão SUS, enviasse recomendação às Secretarias Municipais para que não houvesse nenhuma atitude que impedissem o acesso a direitos garantidos, a pretexto da apresentação do Cartão, até que se atingisse um percentual superior a 90% de implantação. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que a avaliação da execução orçamentária de 2003 tinha como propósito levantar subsídios para o debate do Plano Nacional de Saúde e do Orçamento 2005. O representante da Coordenação-Geral de Fomento e Cooperação Técnica do DATASUS/MS, **Carlos Vanderley Soares**, colocou-se à disposição para detalhar os dados sobre o Projeto de Implantação do Cartão SUS aos interessados em outro momento. Explicou que havia várias experiências positivas no que diz respeito à implantação do Cartão SUS, de tal maneira, citou o caso de Aracaju/Sergipe onde o Cartão foi implantado nas 44 Unidades de Saúde da Capital. Explicou que não tinha conhecimento da iniciativa de Goiânia de exigir a portabilidade do Cartão para a disponibilização de medicamentos. Ressaltou que essa não era uma orientação do Ministério da Saúde, mas sim uma decisão exclusiva do gestor local. Nessa linha, endossou a proposta de recomendação às Secretarias Municipais para esse tipo de iniciativa não volte a acontecer. Conselheiro **André Luiz B. de Carvalho** informou que foi encaminhada Portaria do Ministério da Saúde aos municípios, recomendando o cadastramento progressivo dos pacientes de quimioterapia, radioterapia, terapia renal para efeito do repasse dos recursos financeiros. Acrescentou que, em nenhum momento, a Portaria recomendava restrição ao acesso. Conselheiro **Júlio Strubing Müller Neto** apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: que não houvesse restrição de acesso ou de transferência de recursos até que houvesse um percentual de implantação do Cartão superior a 90%. O Coordenador-Geral de Orçamento e Financiamento do Ministério da Saúde, **Arionaldo Bonfim Rosendo**, explicou que o orçamento era um

596 sistema que sinalizava os pontos que demandavam maiores informações e esclarecimentos sobre os
597 recursos alocados e não executados. Ressaltou também que nenhuma área do Ministério da Saúde foi
598 impedida de executar qualquer tipo de ação por conta do contingenciamento orçamentário. Enfatizou
599 que o Ministério da Saúde cumpria a Emenda Constitucional nº 29 no que diz respeito ao montante de
600 recurso a ser destinado à área da saúde a cada ano, desse modo, os valores que sofreram
601 contingenciamento extrapolavam o limite mínimo a ser aplicado para ações e serviços de saúde. O
602 Subsecretário de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), **Valcler Fernandes**, chamou atenção para o
603 alto nível do debate, apesar da dificuldade em relação à falta de um conjunto de informações que
604 contribuiriam na avaliação da execução orçamentária. Explicou que para otimizar o debate sobre a
605 execução foi elaborado um sistema de planejamento, programação e monitoramento capaz de associar
606 os dados da execução orçamentária aos dados da execução física do Ministério da Saúde. Agradeceu
607 a presença dos representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde que participaram do debate,
608 o que demonstrava uma atitude de respeito para com o CNS. Por fim, colocou-se à disposição para
609 prestar os maiores esclarecimentos. **A propósito da Implantação do Cartão SUS, houve consenso em**
610 **relação à proposta de envio de recomendação, por parte do Ministério da Saúde, às Secretarias**
611 **Municipais para que não houvesse nenhuma atitude que impedisse o acesso a direitos garantidos a**
612 **pretexto da apresentação do Cartão SUS até que se atingisse um percentual de implantação superior a**
613 **90%.** Concluído o debate sobre a execução orçamentária 2003, foi iniciada a discussão a respeito da
614 regulamentação da EC nº 29. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** informou que a regulamentação da
615 EC nº 29 foi pautada para debate na Comissão de Seguridade Social e Família no dia 30 de julho de
616 2004, contudo, não houve sessão por falta de quorum. Desse modo, o debate foi remarcado para 07 de
617 julho de 2004, no Plenário 7 da Câmara Federal, às 10 horas. Explicou que a sessão para debate da
618 EC nº 29 ocorreu na data prevista e o Deputado **Guilherme Menezes** apresentou o seu substitutivo.
619 Informou que após leitura do voto do relator, o Deputado **Ribamar** (PSB/MA) pediu vistas ao
620 substitutivo. Entretanto, vários deputados solicitaram a retirada do pedido de vistas, que foi acatada
621 pelo solicitante. Ressaltou que após essa decisão, o Deputado **Darcísio Perondi** (PMDB/RS)
622 apresentou novo pedido de vistas e houve nova tentativa de sensibilização, porém sem sucesso.
623 Destacou que, na tentativa de manter a proximidade da discussão e não correr o risco de adiá-la para
624 outubro de 2004 (previsão dos próprios parlamentares presentes no Plenário), o Presidente da Frente
625 Parlamentar da Saúde solicitou ao Presidente da Comissão de Seguridade e Família, Deputado
626 **Eduardo Paes** (PSDB/RJ), a convocação de uma reunião extraordinária da Comissão para o dia 08 de
627 julho de 2004, após transcorridas as duas sessões plenárias regimentais necessárias para o
628 vencimento do tempo do pedido de vistas. Disse que ao final da reunião, o Presidente da Comissão
629 convocou uma nova reunião para o dia 09 de julho de 2004, sexta-feira, às 15 horas, no entanto, havia
630 grande preocupação sobre a possibilidade de não haver quorum suficiente (mínimo 15 Deputados) para
631 a realização da sessão na data prevista. Acrescentou que, caso a Lei de Diretrizes Orçamentárias fosse
632 votada na data prevista, 08 de julho de 2004, certamente, não haveria quorum para a realização da
633 sessão. Além disso, registrou a preocupação da COFIN/CNS com o recente depoimento na mídia da
634 equipe econômica do governo sobre o interesse na desvinculação do orçamento de verbas aplicáveis
635 pela União em áreas sociais (saúde e educação). Em relação aos informes, apresentou as seguintes
636 propostas de encaminhamento da COFIN/CNS: **a)** que o CNS estudasse uma estratégia urgente de
637 mobilização e articulação com os parlamentares para a próxima reunião da Comissão de Seguridade
638 Social e Família que será realizada em 09 de julho de 2004; e **b)** que o CNS convidasse o Ministro da
639 Fazenda, **Antônio Palocci**, para debater tal questão na próxima reunião ordinária do CNS. Conselheiro
640 **Alexandre de Oliveira Fraga** registrou a afirmação do Ministro da Saúde, no seu pronunciamento na
641 abertura da reunião, de que o debate sobre a regulamentação da EC nº 29 ocorreria no próximo
642 período. Falou, ainda, sobre o documento do especialista, **Gilson Carvalho**, registrando o possível
643 interesse do Governo na desvinculação de recursos para a saúde e educação. Frente a esse cenário,
644 disse que seria importante retomar o processo de mobilização no sentido de garantir o cumprimento da
645 EC nº 29 e sua imediata regulamentação. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
646 ressaltou que seriam necessárias duas frentes de ações, uma voltada ao Executivo e outra ao
647 Legislativo. Em relação ao Executivo, endossou a sugestão de solicitar audiência com o Ministro da
648 Fazenda, **Antônio Palocci**, para discutir a vinculação dos recursos da saúde e educação. Sobre o
649 Legislativo, sugeriu que um grupo de Conselheiros fosse até o Congresso Nacional no dia seguinte
650 para sensibilizar os líderes do governo sobre a importância da regulamentação da EC nº 29.
651 Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** endossou o encaminhamento apresentado e acrescentou
652 que seria necessário monitorar o andamento do processo de votação da Lei de Diretrizes
653 Orçamentárias para definição de ações junto ao Congresso Nacional em relação à Emenda.
654 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ressaltou que os desdobramentos da Plenária Extraordinária,
655 realizada no mês de maio de 2004, não tiveram a repercussão esperada nos estados e municípios.

656 Informou que a Coordenação da Plenária, frente à possibilidade de a votação da regulamentação da
657 EC nº 29 ser adiada, propôs que houvesse movimento nas Conferências Temáticas de Saúde Bucal e
658 Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no sentido de mobilizar os delegados em prol da
659 regulamentação da EC nº 29. Explicou que uma das frentes de ação seria a ida dos delegados das
660 Conferências ao Congresso Nacional. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** explicou que não
661 era posição do Ministro da Saúde adiar o debate sobre a regulamentação da EC nº 29 para 2005,
662 assim, a sua colocação na abertura dos trabalhos da reunião possivelmente foi feita a partir da atual
663 conjuntura (processo eleitoral, recesso do Congresso Nacional) que poderia adiar a votação da
664 Emenda. O representante da Coordenação da Plenária de Conselhos, **Paulo Roberto V. Cardoso**,
665 apresentou as seguintes propostas em relação à regulamentação da EC nº 29: enviar recomendação
666 do Conselho Nacional da Saúde aos Conselhos Estaduais de Saúde, no sentido de mantê-los
667 mobilizados em torno da regulamentação da EC nº 29; encaminhar Ofício à Comissão de Seguridade
668 Social e Família e ao Deputado **Darcísio Perondi** (PMDB/RS), reafirmando a importância da
669 regulamentação da Emenda; divulgar informações sobre os últimos acontecimentos na página do CNS;
670 e informar o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul sobre a iniciativa do Deputado **Darcísio**
671 **Perondi** (PMDB/RS). Conselheiro **Eni Carajá Filho** disse que seria necessário verificar a viabilidade de
672 votação da regulamentação na data prevista (09 de julho de 2004, sexta-feira), assim sendo, propôs
673 que um grupo de Conselheiros fosse ao Congresso Nacional para tentar sensibilizar garantir a votação
674 da emenda. De outro modo, caso a regulamentação não fosse votada na data prevista, sugeriu que
675 fosse enviado aos estados um documento relatando os últimos acontecimentos e reafirmando a
676 importância de mobilização em torno da regulamentação. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**
677 explicou que o Ministro da Saúde, no seu pronunciamento na abertura da reunião, deixou claro que o
678 debate sobre a regulamentação da EC nº 29 ocorreria no próximo período. Em resposta, Conselheiro
679 **Crescêncio Antunes da S. Neto** ressaltou que a posição do Ministro da Saúde ia ao encontro da
680 posição do CNS de regulamentação da EC nº 29. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** elencou os
681 encaminhamentos apresentados em relação ao tema: monitorar o processo de votação da
682 regulamentação da EC nº 29; visitar os parlamentares da Comissão de Seguridade Social e Família no
683 dia seguinte (08 de julho de 2004); garantir a presença de Conselheiros na sessão de votação da
684 regulamentação prevista para 09 de julho de 2004, sexta-feira, ou utilizar o espaço das Conferências
685 Temáticas de Saúde Bucal e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde para mobilização em torno da
686 regulamentação da Emenda, caso não seja votada na data prevista; divulgar as últimas informações
687 sobre o tema na página do CNS; e informar o Conselho Estadual do Rio Grande Sul sobre a atitude do
688 Deputado **Darcísio Perondi** (PMDB – RS) de apresentar novo pedido de vistas à votação. Conselheiro
689 **Alexandre de Oliveira Fraga** acrescentou às propostas de encaminhamento as sugestões de visitar o
690 Líder do Governo no Congresso Nacional e agendar reunião com os líderes de partido no Congresso
691 Nacional. Além disso, sugeriu que o CNS repudiasse a possibilidade de desvinculação de recursos da
692 saúde e da educação. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** sugeriu que houvesse o
693 monitoramento das negociações na Câmara dos Deputados e o Plenário fosse informado sobre os
694 resultados para definição de encaminhamentos no dia seguinte. A propósito da vinculação de recursos,
695 propôs que fosse reafirmada a posição do CNS contra a desvinculação de recursos e fosse feito convite
696 ao Ministro da Fazenda, **Antônio Palocci**, para participar de debate sobre o tema no CNS. **O Plenário**
697 **endossou os encaminhamentos apresentados**. Definido esse ponto, foi iniciado debate sobre a
698 execução orçamentária do primeiro semestre de 2004. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** informou que
699 a COFIN/CNS realizou análise comparativa entre o liquidado no primeiro semestre de 2003 e o
700 liquidado no primeiro semestre de 2004, utilizando três filtros de seleção (redução do liquidado de 2003
701 para 2004; baixo valor liquidado até o final do semestre - inferior a 40%; e valores de liquidado acima
702 de 50% para o mesmo período). Disse que foi realizada ainda análise global da execução orçamentária
703 do primeiro semestre de 2004, comparando empenhado, liquidado e a liquidar, sendo adotado o ponto
704 de corte inferior a 45% de empenho. Explicou que na comparação da execução do liquidado de 2004
705 em relação ao mesmo período de 2003, observou-se que, de maneira geral, as unidades orçamentárias
706 apresentaram desempenhos semelhantes. Contudo, ao analisar a execução no interior de cada
707 unidade orçamentária, a distribuição apresentava mudanças importantes. Ressaltou que a Comissão
708 optou por considerar as prioridades governamentais e o volume de recursos de cada programa e
709 decidiu excluir programas de manutenção, atenção médica a servidores, modernização das unidades
710 de pesquisa, entre outros. Ao final do processo, informou que foram identificados doze Programas com
711 problemas que mereciam melhor detalhamento por parte de seus responsáveis, são eles: Programa de
712 Sangue e Hemoderivados; Qualificação Profissional do SUS; Fomento à Pesquisa em Ciência e
713 Tecnologia; Implantação do Cartão SUS; Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da
714 Família (PROESF); PROFAE; Medicamentos Excepcionais; Atenção à Saúde da Mulher, Criança,
715 Adolescente e Jovem; Farmácia Básica (PAB); Ações de Vigilância Epidemiológica; Sistema Nacional

716 de Vigilância em Saúde (VIGISUS); e Produção de Vacinas e Medicamentos. Explicou que a sugestão
717 da COFIN/CNS era de monitoramento contínuo dos Programas supracitados e convite aos
718 responsáveis para debate na Comissão. Feita essa apresentação, abriu a palavra para esclarecimentos
719 das áreas técnicas do Ministério da Saúde. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento (SPO/MS),
720 **Valcler Fernandes**, explicou que os Programas Sangue e Hemoderivados, Implantação do Cartão SUS
721 e PROESF apresentavam baixa execução orçamentária em razão dos motivos já explicitados, sendo,
722 reformulação do modelo e gestão, problemas relacionados à baixa adesão, entre outros. O
723 representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS, **Reinaldo Guimarães**,
724 agradeceu a oportunidade de tratar da execução orçamentária 2004 no âmbito do CNS, por entender
725 que contribuiria para otimizar a execução das ações previstas. Explicou que era responsável pelo
726 Programa de Fomento à Pesquisa em Ciência e Tecnologia que apresentou no primeiro semestre de
727 2004 uma execução inferior a 7% do total previsto. Ressaltou que a área de ciência e tecnologia estava
728 passando por reformulação e o modelo de apoio às ações de pesquisa científica e tecnológica estava
729 sendo revisto. Informou que a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS decidiu
730 estabelecer acordo de cooperação técnica com o Ministério da Ciência e Tecnologia para que as ações
731 de fomento à pesquisa fossem executadas pelo CNPq e FINEP, órgãos do Ministério da Ciência e
732 Tecnologia especializados na questão. Contudo, somente no mês de julho de 2004 foi possível vencer
733 os trâmites necessários ao estabelecimento do acordo. Informou que, além do acordo de cooperação
734 técnica, seriam apresentados dois documentos que iriam tratar da execução orçamentária de parte do
735 orçamento previsto, de forma a executar R\$ 29 milhões em agosto de 2004 e R\$ 28 milhões em
736 novembro de 2004, totalizando R\$ 57 milhões dos R\$ 77 milhões orçados, o que mudaria
737 consideravelmente o panorama da execução no primeiro semestre de 2004. Dito isso, reafirmou que a
738 baixa execução do Programa de Fomento à Pesquisa em Ciência e Tecnologia até o momento era
739 resultante da dificuldade na negociação dos canais para execução do orçamento 2004. Por fim,
740 ressaltou que o orçamento previsto certamente seria executado até o final de 2004. A representante da
741 Secretaria de Vigilância em Saúde, **Sônia Maria F. Brito**, fez uso da palavra para prestar
742 esclarecimentos sobre a situação da execução orçamentária do Sistema Nacional de Vigilância em
743 Saúde (VIGISUS) e das ações de vigilância epidemiologia. Explicou que o Projeto VIGISUS II teve de
744 ser negociado com o Banco Mundial e aguardava-se a aprovação do Senado Federal para ser
745 efetivado. Com isso, seria iniciada a execução orçamentária do montante orçado. Acrescentou que o
746 valor liquidado no primeiro semestre de 2004 referia-se a recurso utilizado para atender o Projeto
747 VIGISUS I. Feitos esses esclarecimentos, falou sobre as ações de vigilância epidemiologia. Informou
748 que as ações de vigilância epidemiológica abarcavam os seguintes Programas: Sistema Nacional de
749 Vigilância Epidemiológica; Controle de Surtos, Epidemias, Calamidades e Emergências
750 Epidemiológicas; Insumos Estratégicos para Prevenção de Controle de Doença; Sistema Nacional de
751 Controle das Doenças e Agravos não Transmissíveis; Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em
752 Saúde; Apoio a Vigilância, Prevenção e Controle das Hepatites Virais; e Apoio ao Sistema Nacional de
753 Laboratórios de Saúde Pública. Fez destaque às ações de vigilância epidemiológica e ambiental em
754 saúde que possuíam o orçamento de R\$ 847,98 milhões do qual R\$ 687 milhões referia-se ao Teto
755 Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças repassado Fundo a Fundo para as ações de rotina
756 na área de epidemiologia e controle de doenças. Ressaltou que uma das causas da baixa execução
757 das ações de vigilância epidemiológica referia-se ao atraso na definição de convênios. A Coordenadora
758 da Área de Planejamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde SGTES/MS,
759 **Odete Carmem Giaaldi**, tratou sobre os Programas de Educação e Formação Profissional do SUS. A
760 princípio, ressaltou que o orçamento era um indicador significativo, mas na análise da execução
761 orçamentária, seria necessário analisá-lo a partir de aspectos mais qualitativos. Acrescentou que seria
762 de fundamental importância avaliar os instrumentos de execução dos programas e ações ao analisar a
763 execução orçamentária. Destacou o fato de o Ministério da Saúde ter reservado orçamento significativo
764 para a área de educação e trabalho para o SUS. Contudo, disse que havia dificuldade de se operar a
765 partir das necessidades do Sistema. Explicou que a Coordenação da Área de Planejamento da
766 SGTES/MS estava discutindo com o CONASS e CONASEMS mecanismos para agilizar e flexibilizar o
767 repasse financeiro para execução de ações de formação e educação. Informou que dos R\$ 207 milhões
768 do orçamento de 2004 já havia sido comprometido o total de R\$ 68 milhões para execução de ações de
769 formação e educação aprovadas pelos Pólos de Educação Permanente de Saúde. Dessa forma, disse
770 que os dados apresentados em relação ao liquidado (7%) estavam defasados. Explicou que, a partir da
771 estratégia dos Pólos de Educação Permanente, a elaboração dos projetos de educação passaria a ser
772 local. Destacou que esse processo era mais moroso, contudo, mais rico pois fomentava a capacidade
773 de formular propostas a partir das necessidades do sistema local. Falou também sobre o PROFAE,
774 destacando que havia 75 mil alunos em sala de sala e mais 35 mil para ingresso até o mês de
775 novembro de 2004. Explicou que o orçamento do PROFAE em 2003 era de R\$ 90 milhões e foi

apresentada solicitação de suplementação orçamentária, de R\$ 145 milhões, aprovada em novembro 776
777 2003. Disse que, apesar da baixa execução orçamentária do Programa, em 2003, foi possível
778 comprometer significativamente os recursos da suplementação orçamentária, com inscrição de R\$ 108
779 milhões em Restos a Pagar. Desse total, explicou que foi executado R\$ 65 milhões, no primeiro
780 semestre de 2004, restando R\$ 43 milhões de saldo. Destacou que foi comprometido R\$ 77 milhões do
781 orçamento do PROFAE para 2004, por meio de contratos firmados com as instituições responsáveis
782 pela execução das ações do Programa. Dessa forma, o orçamento do PROFAE de 2004 foi
783 comprometido em R\$ 142 milhões. Destacou que a Política de Formação e Educação conseguiu
784 comprometer R\$ 210 milhões até julho de 2004, o que consistia em um montante extremamente
785 significativo. Por fim, falou sobre o Programa de estímulo às Universidades que implementaram
786 mudanças no sistema curricular do ensino médico, com repasse financeiro a 19 Instituições. Além
787 disso, informou que no dia 21 de julho 2004 seriam lançadas as diretrizes dos Ministérios da Saúde e
788 da Educação para o estímulo a mudança nas graduações em saúde. Assim, o sistema de estímulo às
789 Universidades se daria por adesão e não mais por seleção. Acrescentou que a adesão das
790 Universidades à proposta resultaria em desembolso significativo do orçamento. A Coordenadora do
791 Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF/MS), **Patrícia Raupp**
792 **Machado Leal**, falou sobre a execução orçamentária e financeira do PROESF no primeiro semestre de
793 2004. Explicou que havia expectativa de utilização de grande parte do recurso orçado, considerando
794 que foi empenhado R\$ 40 milhões e transferido R\$ 40 milhões. Acrescentou que faltava transferir cerca
795 de R\$ 50 milhões aos municípios. Informou que na última reunião da Tripartite foi aprovada a
796 habilitação dos estados para recebimento de recurso Fundo a Fundo do Plano de Monitoramento e
797 Avaliação. De tal forma, até o final de 2004 seria feita transferência de até 50% do recurso total na
798 ordem de U\$ 17 milhões. Além disso, disse que seria repassado recurso do saldo para estudo de linha
799 de base e recurso para incentivo de bolsas de mestrado e doutorado, que seriam viabilizadas por meio
800 do CNPq. Explicou que, caso houvesse saldo de recurso do orçamento 2004 a transferir, os municípios
801 com percentual superior a 80% de recurso transferido e com metas de coberturas alcançadas
802 receberiam recursos relativos a 2005 em 2004. O representante da Coordenação da Política de Sangue
803 e Hemoderivados/MS, **Paulo Henrique Dantas Antonino**, comentou sobre a execução orçamentária do
804 Programa Sangue e Hemoderivados no primeiro semestre de 2004. Informou que seria possível
805 executar 100% do orçamento repassado aos estados, por intermédio de convênio, para a estruturação
806 do Programa HEMOREDE. Explicou que alguns estados enfrentaram dificuldades na elaboração dos
807 Projetos, contudo, todos os estados tiveram seus Projetos aprovados e os recursos seriam transferidos.
808 Disse que o recurso do Programa Sangue e Hemoderivados foi descentralizado para a Secretaria de
809 Atenção à Saúde (SAS/MS). Acrescentou que, em 2003, o recurso era de R\$ 6 milhões e em 2004 na
810 ordem de R\$ 25 milhões. Disse que havia uma série de ações em curso e programadas, dessa
811 maneira, a expectativa era de 100% de execução orçamentária em 2004. Após essas considerações,
812 Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** pediu esclarecimentos sobre o fato de os dados apresentados
813 pelos representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde a respeito do PROESF e dos
814 Programas de Educação e Formação Profissional não corresponderem aos dispostos na planilha de
815 execução orçamentária e financeira de 2004. O Coordenador-Geral de Orçamento e Financiamento do
816 Ministério da Saúde, **Arionaldo Bonfim Rosendo**, explicou que o Plenário estava discutindo a execução
817 orçamentária de 2004 que estava acontecendo, utilizando os dados parciais do dia 30 de julho de 2003,
818 o que dificultava a análise. Explicou que as planilhas apresentadas demonstravam dados do SIAF
819 sobre o montante empenhado até 30 de julho. No entanto, grande parte do orçamento 2004 estava
820 comprometida em função de contratados firmados. Dessa forma, disse que não havia divergência entre
821 os dados do SIAF e os apresentados pelos representantes das áreas técnicas/MS. A Coordenadora da
822 Área de Planejamento da SGTES/MS, **Odeté Carmem Gialdi**, explicou que os contratos eram
823 formalizados no valor integral e o Fundo empenhava o recurso no momento do pagamento. A
824 Coordenadora do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF/MS),
825 **Patrícia Raupp Machado Leal**, ressaltou que os dados que apresentara acerca do PROESF estavam de
826 acordo com aqueles apresentados na tabela de execução orçamentária e financeira do primeiro
827 semestre de 2004, sendo: crédito de R\$ 130 milhões, empenho de R\$ 40 milhões, liquidação de R\$ 21
828 milhões. Explicou que, dos R\$ 89 milhões de saldo, cerca de R\$ 50 milhões seriam transferidos Fundo
829 a Fundo para os municípios com carta de compromisso assinada e plano operativo aprovado; e R\$ 30
830 milhões transferidos Fundo a Fundo para os estados, correspondendo a 50% do volume total de
831 recursos para transferência aos estados habilitados. Acrescentou que os R\$ 9 milhões restantes seriam
832 desembolsados para estudo de avaliação de linha de base e para o desenvolvimento de bolsas de
833 doutorado e mestrado, por parte do CNPq. Por fim, disse que, caso houvesse dificuldade de transferir
834 os R\$ 50 milhões para os municípios, seria feito o adiantamento dos recursos de 2005 para os
835 municípios com bom desempenho físico e financeira, associado às metas. Conselheiro **Alexandre de**

Oliveira Fraga afirmou que não tinha a intenção de duvidar dos dados apresentados pela área técnica do Ministério da Saúde em relação à execução orçamentária. Entretanto, ressaltou que no momento da assinatura dos contratos e convênios com empenho de recurso era feito o empenho global do recurso e na medida em que o recurso era repassado, as parcelas eram “quitadas”. Conselheiro Eni Carajá Filho ressaltou a importância de repautar debate no CNS sobre os Pólos de Educação Permanente, considerando que alguns estados não gastavam o recurso repassado para as ações *in loco* de forma adequada. Além disso, enfatizou que seria importante avaliar os motivos determinantes da baixa execução orçamentária dos programas. Conselheira Silvia Marques Dantas solicitou que a área técnica do Ministério da Saúde responsável pelo Programa de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente e do Jovem fosse convidada a prestar esclarecimentos sobre a baixa execução orçamentária do Programa no primeiro semestre de 2004. Conselheiro Moisés Goldbaum cumprimentou o Ministério da Saúde pela intersectorialidade das suas ações e programas. A propósito, citou a iniciativa de estabelecimento de acordo entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia para execução das ações de fomento à pesquisa. Por fim, pediu maiores esclarecimentos sobre as bolsas de doutorado e mestrado que seriam financiadas com o recurso do PROESF. Conselheira Solange Gonçalves Belchior solicitou esclarecimentos sobre a baixa execução orçamentária, no primeiro semestre de 2004, dos Programas de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente e do Jovem, de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), da Farmácia Básica (PAB) e de Produção de Vacinas e Medicamentos. Por fim, pediu informações sobre os componentes do Programa Auxílio ao Servidor. Conselheiro Clóvis A. Boufleur destacou a satisfatória execução orçamentária do Programa de Controle de Endemias e, por outro lado, a baixa execução orçamentária do Programa de Saneamento no primeiro semestre de 2004. A Coordenadora do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF/MS), Patrícia Raupp Machado Leal, a propósito das bolsas de mestrado e doutorado financiadas pelo recurso do PROESF, explicou que seriam instituídas comissões, compostas por membros das diferentes áreas do Ministério da Saúde, do CAPS e do CNPq, com o propósito de levantar temas prioritários para serem desenvolvidos por pesquisas de mestrado e doutorado. O representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS, Reinaldo Guimarães, ressaltou que seria necessário considerar a variável da falta de instrumentos para implementar políticas novas ao avaliar a execução orçamentária financeira do Ministério da Saúde. Nesse sentido, disse que seria necessário definir novo modelo de gestão para as políticas inovadoras. O Coordenador-Geral de Orçamento e Financiamento do Ministério da Saúde, Arionaldo Bonfim Rosendo, teceu comentários sobre algumas das áreas citadas pelo Colegiado para as quais não estavam presente representante das áreas técnicas do Ministério da Saúde. Explicou que o orçamento relativo a Produção de Vacinas e Medicamentos era destinado ao abastecimento de medicamentos para municípios, por meio da FIOCRUZ. Dessa maneira, a baixa execução orçamentária era decorrente da impossibilidade da FIOCRUZ em produzir medicamentos para os municípios, por conta da inadimplência de alguns municípios e da prioridade na produção de medicamentos para o Ministério da Saúde. A propósito da Farmácia Básica, explicou que a proposta para 2004 foi trabalhada a partir da perspectiva de aumento de 50% dos recursos repassados aos estados e municípios, no entanto, não houve acordo para o exercício de 2004. Por essa razão, houve uma baixa execução orçamentária no primeiro semestre de 2004. O Ministério da Saúde publicou Portaria retroativa a fevereiro de 2004 dobrando os valores *per capita* repassados para a farmácia básica dos municípios (de R\$ 1,00 para 2,00). Sobre o Programa Auxílio ao Servidor, informou que contemplava auxílio transporte, alimentação e creche. A propósito das Ações de Saneamento Básico, ressaltou que a FUNASA estava desempenhando ações de saneamento em conjunto com o Ministério das Cidades. Acrescentou que a execução no primeiro semestre de 2004 era expressiva, considerando que foram empenhados R\$ 298 milhões nas ações de saneamento básico da FUNASA. Lembrou que o Saneamento Básico da FUNASA tinha de ser entendido junto com as Emendas Parlamentares de Saneamento. Assim, até o dia 02 de julho foi empenhado R\$ 60 milhões em saneamento de Emendas Parlamentares. Quanto às ações de saúde da mulher, explicou que o orçamento era destinado ao apoio a estados e municípios no desenvolvimento de ações. Explicou que a área de saúde da mulher possuía uma série de projetos, desse modo, ao longo do segundo semestre de 2004 o montante orçamentário seria executado em sua totalidade. Sugeriu ainda que fossem solicitados maiores esclarecimentos à área técnica do Ministério da Saúde responsável pelo Programa de Atenção à Saúde da Mulher. A propósito do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), informou que as ações não possuíam restrição no que diz respeito ao processo eleitoral, considerando que eram desenvolvidas por meio do CNPq. Por fim, colocou-se à disposição para maiores esclarecimentos, caso o Plenário não se sentisse contemplado com as respostas. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), Valcir Fernandes, ressaltou que a execução orçamentária dos Programas não era linear, em virtude de uma série de fatores, desde a incompetência na execução até o modelo de operação. Explicou que

em 2004 havia uma diferença em relação ao empenho para convênios com os municípios, por conta da Lei Eleitoral. Apresentou a sugestão de agendar apresentações quadrimestrais sobre a execução orçamentária financeira dos Programas do Ministério da Saúde no CNS, a fim de definir um ciclo de avaliação e garantir a apresentação de dados mais detalhados. Por fim, agradeceu a oportunidade e a presença dos representantes de áreas técnicas do Ministério da Saúde. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** agradeceu a presença dos técnicos do Ministério da Saúde e passou a palavra ao Conselheiro **Luiz Fernando Eliotério**, membro da COFIN/CNS, para apresentação dos informes gerais do relatório da Comissão. Conselheiro **Luiz Fernando Eliotério** informou que foi apresentado o novo consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**, coordenador do Curso de Ciências Econômicas do Instituto Municipal de Ensino Superior de São Caetano do Sul (IMES) e professor da Fundação Getúlio Vargas (FGV), com experiência em administração pública. Disse, ainda, que apenas quatro estados responderam ao SIOPS em 2003, sendo São Paulo, Roraima, Mato Grosso e Tocantins. Além disso, destacou que mais de 5.000 municípios responderam sobre o ano base de 2002. Destacou a baixa resposta de municípios nos estados de Acre, Roraima, Amapá e Rio de Janeiro e, em contrapartida, o alto índice de respostas dos municípios dos estados do Ceará, Sergipe, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Disse que o novo SIOPS 2004 seria lançado em 09 de julho de 2004. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** comentou sobre a situação do não cumprimento da EC nº 29 em 2001, 2002 e 2003, destacando que a COFIN/CNS, em uma análise superficial, estimou um montante em torno de R\$ 1,8 bilhões relativo a diferença acumulada do não cumprimento da EC nº 29 nos referidos anos, sem levar em conta os Restos a Pagar. Acrescentou que não próxima reunião seria feita análise mais apurada. **Sobre a execução orçamentária 2003, foi acordado que a COFIN/CMS solicitaria às áreas técnicas do Ministério da Saúde responsáveis por “Outros Programas” justificativas por escrito sobre a baixa execução orçamentária.** A propósito da execução orçamentária 2004, foi acordado que seriam convidados a participar das reuniões da COFIN/CNS os responsáveis pelos programas com baixa execução orçamentária que não participaram da reunião do CNS. O relatório da COFIN/CNS foi aprovado por unanimidade. **ITEM 4 – PLANO NACIONAL DE SAÚDE** – O Subsecretário de Orçamento e Planejamento (SPO/MS), **Valcler Fernandes**, apresentou informe sobre o andamento do processo de discussão do Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela saúde do Brasil. Informou que foi distribuída aos Conselheiros para discussão a pré-proposta do Plano Nacional de Saúde/MS, que compreendia os princípios norteadores, os objetivos a serem alcançados, as diretrizes com as prioridades conferidas e as estratégias gerais adotadas, as metas a serem alcançadas, o modelo de gestão, monitoramento e avaliação do Plano e a análise da situação de saúde. Explicou que o documento incorporou as contribuições dos Conselheiros apresentadas no debate sobre o Plano, realizado na reunião ordinária de abril, e foi compatibilizado com o Relatório Preliminar da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Disse que foi realizada Oficina Macrorregional com gestores e Conselheiros na qual houve apresentação e debate das diretrizes do Plano e do diagnóstico da situação de saúde, bem como debate das diretrizes no âmbito de cada estado e macrorregião e definição de estratégias de articulação intergestores e Conselhos de Saúde. Ressaltou que houvera pouco conflito em relação às diretrizes, contudo, foi diagnosticada a insuficiência das diretrizes do objetivo setorial concernente à assistência farmacêutica. De tal maneira, foi incluída diretriz nesse sentido. Além disso, os participantes da Oficina ressaltaram a necessidade de definição de diretrizes sobre atuação intersetorial. Por fim, informou que foi incluída no Plano uma proposta de geração de modelo de planejamento e avaliação da gestão do SUS, partilhado entre as esferas federal, estadual e municipal. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que o Orçamento 2005 deveria ser discutido na Reunião Ordinária de agosto de 2004, pois o Projeto de Lei do Orçamento 2005 teria de ser apresentado até 31 de agosto 2004. Nesse sentido, sugeriu que o debate sobre o Plano Nacional de Saúde fosse tratado concomitantemente com o Orçamento de 2005. Devido o adiantado da hora, foi acordado que o encaminhamento em relação ao debate sobre o Plano Nacional de Saúde seria definido no segundo dia de reunião. A Secretaria-Executiva do CNS agradeceu a presença do Subsecretário de Orçamento e Planejamento (SPO/MS), **Valcler Fernandes**, e encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. **Sobre o item, foi acordado que os Conselheiros apreciariam a pré-proposta do Plano Nacional de Saúde e enviariam contribuições à Secretaria de Orçamento e Financiamento (SOF/MS).** A 145ª Reunião Ordinária do CNS, a ser realizada nos dias 04 e 05 de agosto de 2004, seria destinada à discussão, em especial, do Plano Nacional de Saúde e da proposta de Orçamento 2005. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** solicitou que constasse em ata a solicitação de que os Conselheiros representantes do Ministério da Saúde participassem do debate sobre o Plano Nacional de Saúde. **ITEM 5 – CONEP – RESOLUÇÃO SOBRE PESQUISA EM GENÉTICA HUMANA** – Conselheiro **Willian Saad Hossne** lembrou que o CNS, antes de iniciar o processo de elaboração das normas éticas de pesquisas com seres humanos, definiu áreas temáticas que, por sua complexidade e por não haver experiência no país, deveriam ser analisadas pelos comitês de éticas locais e pela CONEP/CNS, sendo: novos medicamentos, vacinas e

956 insumos; projetos de cooperação estrangeira; reprodução humana; pesquisas com povos indígenas;
957 biosegurança, projetos com novos procedimentos e genética humana. Ressaltou que, além da
958 Resolução nº 196/96, a CONEP/CNS apresentou normas complementares para as áreas temáticas
959 especiais: Novos Medicamentos, Vacinas e Testes de Diagnóstico (Resolução CNS nº 251/97);
960 Cooperação Estrangeira (Resolução CNS nº 292/99); Reprodução Humana (Resolução CNS nº
961 303/00); e Pesquisa com populações indígenas (Resolução CNS nº 304/00). Explicou que, em virtude
962 do crescimento do número de projetos com genética humana, a CONEP/CNS elaborou uma minuta de
963 Resolução com diretrizes para análise ética e tramitação dos projetos de pesquisas da área temática de
964 genética humana. Acrescentou que no ano de 2004 a CONEP/CNS examinou 1.550 projetos, o que
965 representa 10% dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Explicou que esses números
966 significavam que 90% dos projetos de pesquisa estavam sendo analisados nos Comitês de Ética Local,
967 com o monitoramento da CONEP/CNS, e que foram realizados em 2004 cerca de 15 mil projetos de
968 pesquisa envolvendo seres humanos no país. Além disso, disse que mais de 500 mil brasileiros
969 incluídos nos projetos de pesquisa seriam protegidos pela Resolução. Destacou que, em decorrência
970 da atuação da CONEP/CNS, atualmente as instituições tinham conhecimento dos projetos realizados
971 no seu âmbito e o sujeito da pesquisa participava do projeto de pesquisa sabendo de todas as suas
972 garantias. Informou também que a CONEP/CNS estava definindo banco de dados que possibilitava a
973 identificação dos projetos em desenvolvimento. Destacou que esse trabalho estava sendo desenvolvido
974 concomitantemente com um plano de capacitação dos membros dos Comitês de Ética em Pesquisa.
975 Explicou que a minuta de Resolução com as diretrizes para análise ética e tramitação dos projetos de
976 pesquisas em genética humana foi elaborada a partir da experiência acumulada nos últimos sete anos
977 na análise dos projetos de genética humana, das contribuições da Sociedade Brasileira de Genética e
978 da Sociedade Brasileira de Genética Clínica. Explicou que, após a incorporação das sugestões, a
979 minuta de Resolução foi colocada sob consulta pública e recebeu contribuições que foram
980 incorporadas, resultando no texto distribuído para apreciação e deliberação do Conselho. Feitos esses
981 esclarecimentos, passou a apresentar o mérito da minuta de Resolução, que contemplava as pesquisas
982 em genética básica, genética clínica, genética de comportamento, genética de população, pesquisa
983 moleculares e pesquisas com terapia genética. Falou sobre os aspectos éticos definidos na minuta,
984 dentre os quais, destacam-se: **a)** a pesquisa genética produz uma categoria especial de dados por
985 conter informação médica, científica e pessoal e deve por isso ser avaliado o impacto do seu
986 conhecimento sobre o indivíduo, sobre a família e sobre a totalidade do grupo a que o indivíduo
987 pertença; **b)** devem ser previstos mecanismos de proteção dos dados visando evitar a estigmatização e
988 a discriminação de indivíduos, famílias ou grupos; **c)** as pesquisas envolvendo testes preditivos deverão
989 ser precedidas, antes da coleta do material, de esclarecimentos sobre o significado e o possível uso
990 dos resultados previstos; **d)** os sujeitos de pesquisa deverão ter a opção de escolher entre serem
991 informados ou não sobre resultados de seus exames; **e)** os projetos de pesquisa deverão ser
992 acompanhados de proposta de aconselhamento genético quando for o caso; **f)** aos sujeitos de pesquisa
993 cabe autorizar ou não o armazenamento de dados e materiais coletados no âmbito da pesquisa, após
994 informação dos procedimentos definidos na Resolução sobre armazenamento de materiais biológicos;
995 **g)** todo indivíduo pode ter acesso a seus dados genéticos, assim como tem o direito de retirá-los de
996 bancos onde se encontram armazenados, a qualquer momento; **h)** para que dados genéticos
997 individuais sejam irreversivelmente dissociados de qualquer indivíduo identificável, deve ser
998 apresentada justificativa para tal procedimento para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pela
999 CONEP; **i)** deve ser observado o item V.7 da Resolução CNS nº 196/96, inclusive, no que se refere a
1000 eventual registro de patentes; e **j)** os dados genéticos resultantes de pesquisa associados a um
1001 indivíduo identificável não poderão ser comunicados nem ficar acessíveis a terceiros, notadamente a
1002 empregadores, empresas seguradoras e instituições de ensino, e também não devem ser fornecidos
1003 para cruzamento com outros dados armazenados para propósitos judiciais ou outros fins, exceto
1004 quando for obtido o consentimento do sujeito da pesquisa. Em seguida, apresentou o item da minuta de
1005 Resolução relativo à operacionalização, destacando que caberá a CONEP a aprovação final das
1006 pesquisas em genética humana que incluem: **a)** envio para o exterior de material genético ou qualquer
1007 material biológico humano para obtenção de material genético; **b)** armazenamento de material biológico
1008 ou dados genéticos humanos no exterior e no país, quando de forma conveniada com instituições
1009 estrangeiras ou em instituições comerciais; **c)** alterações da estrutura genética de células humanas
1010 para utilização *in vivo*; **d)** pesquisas na área da genética da reprodução humana (reprogenética); **e)**
1011 pesquisas em genética do comportamento; e **f)** pesquisas em que esteja prevista a dissociação
1012 irreversível dos dados dos sujeitos de pesquisa. Conselheiro **Moisés Goldbaum** pediu esclarecimentos
1013 sobre o significado de “pesquisas em que esteja prevista a dissociação irreversível dos dados dos
1014 sujeitos de pesquisa”. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** perguntou em que parte da Resolução era tratada
1015 a pesquisa em clonagem humana. Conselheiro **Eni Carajá Filho** perguntou se a Resolução garantia ao

usuário o direito ao retorno dos resultados da pesquisa em fetos. Conselheira Cleuza de Carvalho
Miguel solicitou informações sobre a situação de pesquisas de células-tronco em relação a células
autólogas para tratamento de esclerose múltipla. Conselheira Gilca Starling Diniz pediu informações
sobre o tratamento dado às pesquisas de células-tronco de embriões armazenados. Em repostas aos
questionamentos, Conselheiro Willian Hossne Saad explicou que por “dissociação irreversível dos
dados dos sujeitos de pesquisa”, entendia-se que a CONEP/CNS teria de analisar os casos de
dissociação do teste do indivíduo, tornando não mais identificável de quem era o material. Sobre a
clonagem humana e utilização de embriões, explicou que eram temas contemplados na Lei de
Biossegurança, afeta à Comissão Nacional de Biossegurança (CTNBio) e a CONEP/CNS não tinha
autoridade para dizer se as pesquisas em clonagem humana e utilização de embriões estavam
autorizadas ou não. Acrescentou que a Comissão Nacional de Biossegurança (CTNBio) estabeleceu
que todos os projetos de biossegurança teriam de ser apreciados pela CONEP/CNS e definiu uma
Resolução Normativa que proíbe a clonagem humana e a utilização de células embrionárias com
finalidade de pesquisa. Explicou que, caso fosse autorizada a realização de projetos em clonagem
humana e utilização de embriões em pesquisa, os mesmos teriam de ser analisados pela CONEP/CNS
do ponto de vista ético. Além disso, disse que, em qualquer projeto de pesquisa, seria assegurado o
direito ao retorno dos resultados. No que diz respeito à pesquisa com células-tronco, informou que,
entre 2003 e o primeiro semestre de 2004, foram analisados na CONEP/CNS cerca de trinta pesquisas
com células-tronco autólogas (do próprio indivíduo). Desse total, a maioria referia-se a pesquisas
conduzidas no Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia com utilização de células-tronco no tratamento de
insuficiência cardíaca grave. Enfatizou que os resultados dessa pesquisa foram altamente promissores.
Ressaltou também que a CONEP aprovou projeto de pesquisa com célula-tronco autóloga para pós-
infarto, acidente vascular cerebral e em lúpus eritematoso. Explicou que os resultados preliminares da
utilização de células-tronco em lúpus eritematoso não apresentaram tanto êxito quanto às demais
áreas. Informou também que a CONEP aprovou projeto de pesquisa em célula-tronco autóloga para
lesão de medula espinhal, apresentado pelo Instituto de Ortopedia do Hospital de São Paulo,
entretanto, ainda não havia resultados pois os trabalhos estavam no início. Explicou que nessa etapa a
preocupação da CONEP/CNS era com o método e sua eficiência, assim, a Comissão exigia a
apresentação de relatórios semestrais com os resultados dos projetos aprovados. Após esses
esclarecimentos, a Secretaria-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, colocou em votação a
minuta de Resolução sobre pesquisa em genética humana. **Não havendo destaques, a minuta de**
Resolução sobre pesquisa em genética humana foi aprovada por unanimidade. Conselheiro Willian
Hossne Saad agradeceu o Plenário pela aprovação e destacou que a Resolução estava em processo
de construção e, a partir da experiência, era passível de ser revista. A minuta de Resolução seria
numerada e encaminhada ao Presidente do Conselho Nacional da Saúde, Ministro Humberto Sérgio
Costa Lima, para homologação. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 6 da pauta. **ITEM**
6 – CONFERÊNCIAS TEMÁTICAS – 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em
Saúde – O Coordenador da Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde,
Reinaldo Guimarães, apresentou, a princípio, informe sobre o processo de organização da 2ª
Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Explicou que foi realizado um
número significativo de conferências municipais e regionais e que todos os estados realizariam as
etapas estaduais. Nesse ponto, chamou a atenção para o processo de mobilização de estados e
municípios. Ressaltou que os aspectos infraestruturais da Conferência foram definidos, com exceção
do local. Para isso, seria realizado “pregão” no dia 16 de agosto de 2004. Conselheiro Alexandre de
Oliveira Fraga perguntou se o fato de o “pregão” para escolha do local ainda não ter sido realizado
prejudicaria a realização da etapa nacional da Conferência. O Coordenador da Conferência de Ciência,
Tecnologia e Inovação em Saúde, Reinaldo Guimarães, explicou que o pregão para a escolha do local
seria realizado no dia 16 de agosto de 2004 e não prejudicaria a realização da Conferência.
Acrecentou que o local não fora definido anteriormente em virtude dos problemas ocorridos no âmbito
do Ministério da Saúde. Dito isso, o Coordenador da Conferência reapresentou a programação da
Conferência, em virtude de mudanças na composição das mesas diretoras e solicitou que o Colegiado
indicasse nome para representar e falar em nome do CNS na mesa de abertura. O Plenário indicou o
nome do Conselheiro Moisés Goldbaum para representar e falar em nome do Conselho Nacional da
Saúde na mesa de abertura. Os pontos principais do pronunciamento do Conselheiro constarão da
“Carta Eletrônica” que será encaminhada aos Conselheiros no dia 17 de julho de 2004. **Não havendo**
destaques, o Plenário aprovou a composição das mesas nos moldes apresentados, ficando a
Programação da Conferência nos seguintes termos: Dia: 25 de julho de 2004: 18h – Mesa Oficial de
Abertura: Humberto Sérgio Costa Lima - Ministro de Estado da Saúde; Eduardo Campos - Ministro de
Estado da Ciência e Tecnologia; Tarso Genro - Ministro de Estado da Educação; Horácio Toro Ocampo
– Representante da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; Reinaldo Guimarães –

1076 Coordenador Geral da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; **Gilson**
1077 **Cantarino O'Dwyer** - Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; **Luiz Odorico M. de**
1078 **Andrade** - Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; **Moisés Goldbaum** -
1079 Representante do Conselho Nacional de Saúde; Representante do Conselho Nacional de Educação – a
1080 ser indicado; **Eduardo Moacyr Krieger** - Presidente da Academia Brasileira de Ciências; **Ennio Candotti**
1081 - Presidente da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. 19h30 – Conferência Magna:
1082 Pesquisa em Saúde no Mundo: **Carlos Morel** – Fundação Oswaldo Cruz; Coordenador da mesa:
1083 **Reinaldo Guimarães** - Coordenador Geral da 2ª CNCTIS. 20h30 - Plenária de Aprovação do
1084 Regulamento da 2ª CNCTIS: Composição da Mesa Diretora: Coordenador: **Flávio Goulart** - Conselho
1085 Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Neide Barrigueli** - Fórum de Entidades
1086 Nacionais de Defesa dos Portadores de Patologias e Deficiência – FARBRA; **Mario Toscano** –
1087 Conselho Federal de Medicina (CFM); **Ricardo Gattass** – Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP);
1088 **Ricardo Luiz de Melo Martins** - Secretaria de Educação Superior (SESU); 22h – Apresentação de grupo
1089 musical. Dia: 26 de julho de 2004: 8h30 – 13h: Painel sobre o eixo temático Política Nacional de
1090 Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. 8h30 – 10h45: 1ª Parte do Painel: Política de Ciência,
1091 Tecnologia e Inovação em Saúde: Coordenador: **José Carvalheiro** - Conselho Nacional de Secretários
1092 Estaduais de Saúde (CONASS). Princípios e Eixos Condutores da Política de Ciência, Tecnologia e
1093 Inovação em Saúde: **Rita Barradas Barata** – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde
1094 Coletiva (ABRASCO). Complexo Produtivo da Saúde: Carlos Gadelha – Secretaria de Programas
1095 Regionais - Ministério da Integração Nacional. Modelo de Gestão da Política de Ciência, Tecnologia e
1096 Inovação em Saúde: **Reinaldo Guimarães** - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos -
1097 Ministério da Saúde. 11h – 13h: 2ª Parte do Painel Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em
1098 Saúde: Coordenadora: **Zilda Arns Neumann** – Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB).
1099 Superação das Desigualdades Regionais na Pesquisa em Saúde: **Malaquias Batista** - Universidade
1100 Federal de Pernambuco. Intersetorialidade no Fomento à Pesquisa em Saúde: **Manoel Barral Neto** –
1101 Ministério da Ciência e Tecnologia. Formação de Recursos Humanos para a Pesquisa em Saúde: **Jorge**
1102 **Guimarães** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Ministério da Educação.
1103 13h – 15h: Intervalo para o almoço. 15h – 19h: Painel sobre o eixo temático Agenda Nacional de
1104 Prioridades de Pesquisa em Saúde: Coordenador: **José Alberto Hermógenes de Souza** – Caixa de
1105 Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI. Situação de Saúde e Prioridades de
1106 Pesquisa em Saúde: **Maurício Barreto** – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
1107 (ABRASCO). Consenso Político e Prioridades de Pesquisa em Saúde: **Gastão Wagner de Souza** –
1108 Secretaria Executiva - Ministério da Saúde. Controle Social e Prioridades de Pesquisa em Saúde: **Jorge**
1109 **Beloqui** - Fórum ONG AIDS - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Responsabilidade
1110 Social do Pesquisador e Prioridades de Pesquisa em Saúde: **William Saad Hossne** - Comissão
1111 Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). 19h: Coquetel. Dia: 27 de julho de 2004: 8h30 – 19h:
1112 Plenária Temática da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – Composição da
1113 Mesa Diretora: Coordenador: **Moisés Goldbaum** – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde
1114 Coletiva (ABRASCO); **Antonia Angulo** – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos -
1115 Ministério da Saúde; **Francisca Walda da Silva** – Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn;
1116 Reinaldo Fernandes Danna – Ministério da Ciência e Tecnologia; **Carlos Alexandre Netto** –
1117 Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. 8h30h – 19h - Plenária Temática da Agenda
1118 Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – Composição da Mesa Diretora: Coordenador: **Ana**
1119 **Maria Costa** – Secretaria de Gestão Participativa - Ministério da Saúde; **Renato Cordeiro** – Federação
1120 de Sociedades de Biologia Experimental (FeSBE); **Maria Eugênia C. Cury** – Federação Nacional dos
1121 Farmacêuticos (FENAFAR); Manoel Barral Neto – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e
1122 Tecnológico – CNPq; **Eliezer Jesus Barreiro** – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Dia: 28
1123 de julho de 2004: 8h30 – 19h - Plenária Final da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e
1124 Inovação em Saúde - Composição da Mesa Diretora: Coordenador: **Nelson Rodrigues dos Santos** –
1125 Secretaria de Gestão Participativa - Ministério da Saúde; **Paulo Gadelha** – Associação Brasileira de
1126 Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); **André Luiz de Oliveira** – Confederação Nacional dos
1127 Bispos do Brasil (CNBB); **Noemy Tomita** - Conselho Federal de Biologia (CFBio); **Ana Lúcia Delgado**
1128 **Assad** – Ministério da Ciência e Tecnologia; **Ricardo Luiz de Melo Martins** – Secretaria de Educação
1129 Superior (SESU). Definido esse ponto, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
1130 apresentou os recursos recebidos em relação à Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em
1131 Saúde. A princípio, falou sobre o caso dos Estados da Bahia, do Piauí, do Maranhão e de Santa
1132 Catarina que elegeram delegados da saúde e dos setores da educação e ciência e tecnologia. Lembrou
1133 que a Conferência era intersetorial e que a definição das delegações seguiam critérios distintos, a
1134 delegação do setor saúde seguia a paridade definida na Resolução nº 333 e as delegações dos setores
1135 da educação e ciência e tecnologia outros critérios. Dessa forma, explicou que os Ministérios da

1136 Educação e Ciência e Tecnologia distribuíram as vagas entre as entidades nacionais, entretanto, as
1137 Conferências Estaduais dos referidos elegeram os delegados da saúde e também definiram os
1138 delegados da educação e ciência e tecnologia. Informou que o Coordenador da Conferência de
1139 Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde conversou com representantes dos Ministérios da Educação
1140 e Ciência e Tecnologia sobre a possibilidade de incluir os delegados definidos nos estados nas
1141 delegações nacionais após o encerramento das inscrições que se daria no dia 13 de junho de 2004. Em
1142 seguida, apresentou o recurso do Estado de Goiás que, apesar de não ter realizado a etapa estadual
1143 da Conferência, solicitava a inscrição de cinco participantes da Superintendência de Ciência e
1144 Tecnologia e Inovação em Saúde, Leide das Neves Ferreira/Secretaria de Estado da Saúde do Goiás.
1145 Falou também sobre o recurso do Conselho Estadual de Saúde, solicitando a ampliação do número de
1146 vagas de delegados para o Estado do Piauí. Por fim, apresentou a Moção do Conselho Estadual de
1147 Saúde de Tocantins, informando que o Estado não realizaria a etapa estadual, sob a justificativa de que
1148 não houve tempo hábil para organizá-la e repudiando a iniciativa do CNS de realizar a Conferência sem
1149 a ampla participação dos estados. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que o CNS tomou
1150 todas as iniciativas no sentido de incentivar a realização das etapas municipais e estaduais da
1151 Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Nesse sentido, propôs que os Estados que
1152 não realizaram Conferências Estaduais não participassem da etapa nacional, na perspectiva de
1153 fortalecer o debate do Controle Social nos estados e municípios. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu
1154 que o Plenário rejeitasse o recurso do Estado de Goiás. Considerou intempestiva a Moção de Repúdio
1155 do Estado de Tocantins ao CNS, considerando que o Estado teve tempo hábil para organizar a
1156 Conferência. Sobre essa questão, sugeriu que o CNS enviasse nota de esclarecimento sobre o
1157 processo de preparação e organização da Conferência. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**
1158 lamentou o fato de o Estado de Goiás não ter realizado a etapa estadual da Conferência. Entretanto,
1159 disse que a Superintendente de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, Leide das Neves
1160 Ferreira/SE/GO, era responsável por cuidar das vítimas do acidente com o Césio-137 e seria
1161 importante a sua participação na Conferência. Dessa forma, sugeriu que os delegados da entidade
1162 participassem da Conferência como convidados. Conselheiro **Luiz Alberto Silva** propôs que os
1163 delegados dos estados que não realizaram a etapa estadual participassem da etapa nacional como
1164 convidados. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** endossou a proposta de os delegados dos
1165 estados que não realizaram a etapa estadual participarem da etapa nacional como convidados,
1166 entretanto, com número definido. Ressaltou a importância de o CNS responder à Moção de Repúdio do
1167 Estado de Tocantins e discordou da proposta de ampliação do número de vagas para o Estado do
1168 Piauí. Conselheiro **André Luiz Oliveira** apresentou as seguintes propostas de encaminhamento em
1169 relação aos recursos: Goiás – destinar uma vaga para convidado; Piauí – não ampliar o número de
1170 vagas; e Tocantins – responder à Moção e lamentar a iniciativa. Conselheiro **Júlio Strubing Müller Neto**
1171 chamou a atenção para o número de estados que realizaram Conferências, apesar das dificuldades de
1172 realização das Conferências Municipais. Nessa linha, endossou a proposta de os delegados dos
1173 estados que não realizaram Conferência participarem da etapa nacional como convidados. A propósito
1174 dos casos dos Estados que elegeram delegados para os setores da educação e ciência e tecnologia, o
1175 Coordenador da 2ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Reinaldo Guimarães,
1176 sugeriu que, na eventualidade de vagas não preenchidas dos Ministérios da Educação e da Ciência e
1177 Tecnologia, houvesse negociação no sentido de serem cedidas duas vagas de delegados para cada
1178 estado (Bahia, Piauí, Maranhão e Santa Catarina), sendo uma vaga para o setor da ciência e tecnologia
1179 e outra para educação. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que os Estados da Bahia, do
1180 Piauí, do Maranhão e de Santa Catarina negociassem as vagas diretamente com os Ministérios da
1181 Educação e Ciência e Tecnologia. **Após essas sugestões, o Plenário aprovou os seguintes**
1182 **encaminhamentos em relação aos recursos apresentados:** 1) Goiás: o CNS destinará duas vagas de
1183 convidados para representantes do Conselho Estadual de Saúde do Goiás, sendo uma vaga para a
1184 Superintendência de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, Leide das Neves Ferreira/SE/GO; 2)
1185 Tocantins: a Secretaria-Executiva do CNS enviará um documento ao Conselho Estadual de Saúde com
1186 histórico sobre o processo de realização das Conferências de Saúde, chamando a atenção para a
1187 importância das mesmas na efetivação do Controle Social no SUS; e o CNS destinará duas vagas de
1188 convidados para representantes do Conselho Estadual de Saúde de Tocantins; 3) Piauí: o Plenário
1189 decidiu não atender à solicitação de alteração do número de vagas de delegados para o Estado; e 4)
1190 Bahia, Piauí, Maranhão e Santa Catarina: os Estados deverão negociar diretamente com os Ministérios
1191 da Educação e Ciência e Tecnologia vagas para os delegados dos setores da educação e ciência e
1192 tecnologia. Conselheira **Solange Belchior** sugeriu que fosse encaminhado Ofício do CNS aos estados
1193 que não realizaram Conferência, esclarecendo que o Conselho decidiu destinar vagas de convidados
1194 aos Conselhos Estaduais de Saúde para garantir a participação dos estados na Conferência, e
1195 lamentando o fato de não ter sido realizada as etapas estaduais. Definido esse ponto, a Secretaria-

1196 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que os conselheiros titulares receberam a ficha
1197 de inscrição da Conferência para ser preenchida. Ressaltou que os conselheiros titulares que não
1198 pudessem participar da Conferência teriam de entregar a ficha para o primeiro ou segundo suplente. *3ª*
1199 *Conferência Nacional de Saúde Bucal – Conselheira Graciara Matos de Azevedo* apresentou informe
1200 sobre o processo de realização da Conferência, destacando, a princípio, que todos os Estados
1201 realizaram as etapas estaduais. Informou que seria necessário substituir o Conselheiro Francisco
1202 Batista Júnior, palestrante do Painel Temático III - Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal,
1203 em virtude da impossibilidade de sua participação no painel. Ressaltou que o material publicitário da
1204 Conferência estava sendo rodado na gráfica e seria encaminhado aos estados tão logo fosse
1205 concluído. Informou que, após pregão para a escolha da empresa responsável pela organização da
1206 Conferência, foi definida a promotora de eventos “Daimon”. Acrescentou que a empresa escolheu o
1207 Minas Brasília Tênis Clube para a realização da Conferência, no qual seriam feitas as adaptações
1208 necessárias. Por fim, ressaltou que a participação do Presidente da República na Conferência estava
1209 assegurada. Após o informe, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o
1210 Plenário teria de definir nome para representar e falar em nome do CNS na mesa de abertura da
1211 Conferência. O Plenário aprovou o nome da Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** para representar
1212 e falar em do CNS na mesa de abertura da Conferência. Os pontos principais do pronunciamento da
1213 Conselheira constarão da “Carta Eletrônica” que será encaminhada aos Conselheiros no dia 17 de julho
1214 de 2004. Definido esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou os
1215 recursos recebidos em relação à *3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal*. Iniciou com a apresentação
1216 do protesto do Município de Nova Lima, Minas Gerais, informando que a ficha de inscrição de
1217 delegados entregue ao Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais não foi acatada. Explicou que a
1218 Comissão Organizadora solicitou esclarecimentos sobre a questão ao Conselho Estadual de Saúde de
1219 Minas Gerais, mas não houve resposta oficial à solicitação. Por essa razão, a Comissão Organizadora
1220 sugeriu que o CNS acolhesse o protesto do Município de Nova Lima. Conselheiro **Geraldo Adão
Santos**, explicou que, enquanto membro do Conselho Municipal de Saúde de Nova Lima, participou da
1222 comissão organizadora da conferência do município. Ressaltou que, ao tomar conhecimento do
1223 protesto, consultou a coordenadora da Conferência e foi informado que o documento foi enviado ao
1224 CNS em virtude da insatisfação frente ao tratamento dispensado aos delegados da Conferência. Além
1225 disso, disse que solicitara esclarecimentos ao Conselho Estadual e foi informado que o Município de
1226 Nova Lima não entregou a lista de delegados no local adequado. Explicou que o Conselho Municipal de
1227 Nova Lima trataria do assunto e formalizaria documento oficial ao Conselho Estadual de Saúde. Feito
1228 esse esclarecimento, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, falou sobre os
1229 recursos de Fortaleza e Belo Horizonte, explicando que as Conferências Estaduais de Minas Gerais e
1230 do Ceará não utilizaram o critério populacional na eleição dos delegados, mas sim o número de
1231 Divisões Administrativas. Explicou que o Regimento Interno da *3ª Conferência Nacional de Saúde
Bucal* não elaborou o ordenamento do processo eleitoral das Conferências Estaduais. Em sendo assim,
1233 a divisão das vagas por Regiões Administrativas dos Estados e não pelo critério populacional seria de
1234 responsabilidade da Plenária das Conferências Estaduais. Nesse sentido, explicou que a proposta da
1235 Comissão Organizadora era que o CNS defuisse, no Regimento Interno das próximas Conferências
1236 Temáticas, o ordenamento do processo eleitoral e, no momento, fosse feita articulação com as Capitais
1237 na tentativa de solucionar o impasse. Em seguida, apresentou o recurso da Ordem dos Advogados do
1238 Brasil (OAB) solicitando manifestação do CNS sobre a iniciativa da plenária da Conferência Estadual do
1239 Ceará de proibir a candidatura de delegados eleitos pelas Entidades Estaduais à etapa nacional.
1240 Explicou que a proposta da Comissão Organizadora era de enviar resposta do CNS à questão,
1241 conforme as orientações do Regimento Interno da *3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal* no que diz
1242 respeito à definição da delegação, considerando que houve descumprimento do Regimento. Por fim,
1243 falou sobre o recurso do Amazonas que denunciava irregularidades na eleição e composição da
1244 delegação do estado (delegados eleitos representando segmento distinto ao qual pertence) e falta de
1245 paridade na definição dos delegados para as etapas estadual e nacional (diminuição do número de
1246 delegados dos municípios). Citou o caso de um delegado de Parintins, Município do Amazonas, que ora
1247 aparecia como representante dos gestores, ora como profissional de saúde. Ressaltou que a Comissão
1248 Organizadora da Conferência pediu maiores esclarecimentos sobre o fato, mas não houve resposta.
1249 Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** explicou que a validade da Conferência Estadual do
1250 Amazonas poderia ser questionada, considerando que não houve paridade na definição dos delegados
nos municípios. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** explicou que, após análise dos documentos
disponíveis, o único problema encontrado foi o caso de um delegado do Município de Parintins, que na
etapa estadual aparecia como representante dos profissionais de saúde e na etapa nacional como
representantes dos gestores (suplente). Desse modo, propôs, caso não houvesse resposta por parte da
coordenação estadual da Conferência, que fosse solicitada a impugnação do registro do delegado

supracitado e indicado o primeiro suplente da lista dos gestores. Por fim, ressaltou a importância de o CNS registrar os equívocos cometidos pelo Conselho Estadual de Saúde do Amazonas para que não voltassem a acontecer. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu a suspensão do registro dos doze delegados eleitos para a etapa nacional até que se diligenciassem os fatos e, caso houvesse comprovação de comprometimento da paridade, a delegação do estado participasse da Conferência na condição de convidado. **Feitas essas contribuições, o Plenário aprovou os seguintes encaminhamentos para os recursos apresentados:** 1) protesto do Município de Nova Lima, Minas Gerais: o Plenário decidiu acatar o protesto do Município de Nova Lima; 2) Fortaleza e Belo Horizonte: o Plenário decidiu que o CNS definirá no Regimento Interno das próximas Conferências Temáticas o ordenamento do processo eleitoral; e, no momento, fará contato com as Capitais de Fortaleza e Belo Horizonte na tentativa de solucionar o impasse; 3) Solicitação da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB): o CNS responderá à questão, conforme as orientações do Regimento Interno da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal; e 4) Amazonas: a) suspender as inscrições dos delegados para a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal até que se diligenciem os fatos; b) enviar as dúvidas suscitadas dos documentos às partes por escrito; e c) realizar reunião com as partes envolvidas até o dia 20 de julho de 2004 para buscar soluções do problema. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** fez uso da palavra para informar sobre a impossibilidade de sua participação na Conferência Nacional de Saúde Bucal e, dessa maneira, solicitou que fosse indicado nome para substituí-lo na comissão de relatoria. O Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** irá substituir o Conselheiro Carlos Alberto Ebeling Duarte na comissão. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 7 da pauta. **ITEM 7 – AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS, CONCLUÍDO EM 31 DE MARÇO DE 2004** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz** convidou para compor a mesa o representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/MS), **José Ivo**, e a Secretária de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/MS), **Maria Luiza Jaeger**. Lembrou também os encaminhamentos definidos na última reunião do CNS sobre capacitação de conselheiros, sendo: composição de GT para tratar do tema e reunião com os membros do GT de capacitação anterior e do Comitê. Informou que não foi possível realizar a reunião, em virtude de problemas de agenda. O representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/MS), **José Ivo**, apresentou avaliação dos resultados do Subprojeto 1 – Capacitação de Conselheiros do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social, realizado nas 27 unidades federadas e concluído em 31 de março de 2004. Explicou que o executor do Projeto foi o consórcio feito entre a FIOTEC, a FUNCAMP, a FUBRA e a FUNDEP, regido por contrato de serviço de consultoria, mediante licitação internacional, assinado em 02 de julho de 2001. Ressaltou que a capacitação de Conselheiros era uma das reivindicações e deliberações de Conferências, Conselhos e Plenárias, assim, em novembro de 2000 foi realizada reunião entre o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde para capacitar conselheiros estaduais, conselheiros municipais das capitais e de um município de cada macrorregião. Concomitantemente a essa discussão, informou que surgiu a possibilidade de financiamento por parte do REFORsus. Explicou que, ao ser publicado o Edital em abril de 2001, aumentando a meta de capacitação para 50% dos membros dos Conselhos do país, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) convocou as Escolas de Saúde Pública e Núcleos Acadêmicos nos Estados. Ressaltou que os recursos financeiros disponibilizados eram aquém dos previstos nas discussões, entretanto, as entidades convidadas resolveram formar um consórcio para participar da licitação agregando quatro instituições (ENSP/FIOCRUZ, DMPS/FCM/UNICAMP, NESCON/UFMG e NESP/UnB), que foi declarado vencedor. Explicou que o Programa teve por objetivo prover os conselheiros de saúde de instrumentos para o exercício de suas atribuições, por meio da disponibilização de informações e conhecimentos necessários à efetividade do controle social no SUS; fomentar o conhecimento e a discussão sobre os princípios e diretrizes do SUS, as metas a serem alcançadas e os obstáculos reais que dificultam a sua efetivação; fortalecer a atuação dos conselheiros de saúde como elementos catalisadores da participação da sociedade no processo de implementação do SUS; contribuir para a formação de consciência sanitária que considere a compreensão ampliada de saúde e sua articulação com outras políticas públicas; e desenvolver estratégias e metodologias de capacitação e informação continuada de conselheiros de saúde. Explicou que, visando melhor distribuição das responsabilidades ao Consórcio, o território nacional foi dividido entre as consorciadas, ficando cada uma com a seguinte jurisdição para fins de organização/acompanhamento e apoio aos núcleos estaduais de capacitação de conselheiros: 1) ENSP/FIOCRUZ: a) abrangência: Região Nordeste e Estado do Rio de Janeiro; b) número de Estados: 10; e c) número de Conselheiros: 10.970; 2) NESP/UnB: a) abrangência: Região Norte, Centro-Oeste e Estado do Paraná; b) número de Estados: 12; e c) número de Conselheiros: 11.519; 3) NESCON/UFMG: a) abrangência: Estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Santa Catarina; b) número de Estados: 03; e c) número de Conselheiros: 10.692; 4) DMPS/FCM/UNICAMP: a)

1316 abrangência: Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul; **b)** número de Estados: 02; **c)** número de
1317 Conselheiros: 10. 474. Ressaltou que no decorrer do Projeto houve uma série de problemas como o
1318 atraso no cronograma Projeto relativo à primeira fase (produção do material pedagógico, articulação do
1319 público e seleção de monitores) e segunda fase (formação de monitores e realização dos cursos no
1320 último semestre de 2002), coincidência com o período de eleições e insuficiência de base material na
1321 realização dos cursos. Ressaltou que para a operacionalização do Projeto foram desencadeados os
1322 seguintes passos: **1)** identificação do conjunto de instituições interessadas e passíveis de envolvimento
1323 no processo de capacitação, tomando como base mínima as seguintes instituições: Conselho Estadual
1324 de Saúde, Ministério Público, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de
1325 Saúde, Instituição Formadora em Saúde Coletiva e Entidades com experiência anterior em capacitação
1326 de conselheiros; **2)** reunião inicial nos Estados para definir as instituições participantes do curso,
1327 estabelecer os acordos necessários, cronograma preliminar de atividades e desencadear o processo do
1328 curso; **3)** formalização do Núcleo Estadual, assinatura de Termo de Compromisso entre a Coordenação
1329 Nacional e as Coordenações Estaduais, no que dizia respeito à operacionalização do Curso de
1330 Capacitação de Conselheiros; e **4)** elaboração pelo Núcleo Estadual, com o apoio do Consórcio, do
1331 Plano de Operacionalização do Curso, seguindo as definições e parâmetros explícitos no Termo de
1332 Compromisso, respeitando as peculiaridades regionais e locais. Após essas etapas, disse que foi feita a
1333 seleção de monitores e oficinas para a formação de monitores (Oficina preparatória; Oficinas em
1334 Campinas para coordenadores; e 11 Oficinas regionais). Acrescentou que a dinâmica político-
1335 pedagógica utilizada foi a de construção compartilhada do conhecimento, tendo o monitor como
1336 educador problematizador, e estruturação do processo formativo com 8 oficinas temáticas de 4 horas
1337 cada, totalizando 32 horas. Explicou que, no decorrer do processo de capacitação, foi enfrentada uma
1338 série de dificuldades como a prevalência em alguns locais de práticas pedagógicas tradicionais,
1339 conteúdo centrado em aspectos da gestão com pouca ênfase no papel e na atuação do conselheiro,
1340 tensionamentos causados pelo material pedagógico (formato unificado e temáticas gerais, atraso em
1341 sua confecção, utilização como guias e/ou apoio), insuficiência de um monitor/turma, turmas pequenas,
1342 custos duplicados e modelo de financiamento e gestão de recursos adotados (escassez de recursos
1343 financeiros, sendo R\$ 100,00 por conselheiro; repasses financeiros condicionados à conclusão dos
1344 produtos; e intervalo entre a apresentação dos relatórios e a liberação dos recursos, gerando
1345 dificuldades com os Núcleos Estaduais e atraso no cronograma). Ressaltou que, de 2001 a fevereiro de
1346 2003, o Projeto de Capacitação apresentou os seguintes resultados em relação às metas
1347 estabelecidas: **1)** Região Norte: **a)** Turmas capacitadas: 25%; e Conselheiros capacitados 18%; **2)**
1348 Região Centro-Oeste: Turmas capacitadas: 54%; e Conselheiros capacitados: 34%; **3)** Região
1349 Nordeste: Turmas capacitadas: 33%; e Conselheiros capacitados: 24%; **4)** Região Sudeste: Turmas
1350 capacitadas: 35%; e Conselheiros capacitados: 23%; e **5)** Região Sul: Turmas capacitadas: 41%; e
1351 Conselheiros capacitados: 35%. Desse modo, no país como um todo, apenas 37% de turmas e 26%
1352 dos conselheiros haviam sido capacitados após dois anos do início do Projeto. Ressaltou que, ao
1353 assumir a direção do Programa, o Departamento de Gestão e Educação em Saúde (DEGES/MS),
1354 tomou uma série de medidas no sentido de cumprir as metas definidas, sendo: **1)** dinamização do
1355 Comitê de Acompanhamento; **2)** negociações com o REFORsus; **3)** negociações com o Consórcio; **4)**
1356 realização de Oficina Nacional de Avaliação e Encaminhamentos; **5)** repactuação de metas entre os
1357 Estados e ampliação da capacitação para lideranças; e **6)** realização de oficinas de atualização
1358 pedagógica. Ressaltou que, a partir de tais iniciativas, foi possível alcançar os seguintes resultados ao
1359 final do Projeto: **1)** Região Norte: **a)** Turmas capacitadas: 107%; e Conselheiros capacitados 78%; **2)**
1360 Região Centro-Oeste: Turmas capacitadas: 104%; e Conselheiros capacitados: 73%; **3)** Região
1361 Nordeste: Turmas capacitadas: 85%; e Conselheiros capacitados: 77%; **4)** Região Sudeste: Turmas
1362 capacitadas: 102%; e Conselheiros capacitados: 77%; e **5)** Região Sul: Turmas capacitadas: 50%; e
1363 Conselheiros capacitados: 47%. Desse modo, foi possível capacitar no país 88% das turmas e 70% dos
1364 43 mil Conselheiros definidos como meta. Ressaltou que Projeto teve os seguintes resultados e
1365 produtos: **1)** Público capacitado: 1.311 turmas; 31.021 Conselheiros; e 480 monitores; **2)** Recurso Pago:
1366 R\$ 3.603.784,80 dos R\$ 4.504.731,00 acordados; **3)** Material Pedagógico Produzido: Guia do Monitor;
1367 Guia do Conselheiro; e Caderno de Atividades; **4)** Vídeos instrucionais produzidos: A Pedagogia da
1368 Experiência; Movimentos Sociais por uma Política de Saúde; Controle social; Conversando sobre a
1369 Agenda dos Conselhos; e Financiamento, Metas e Planejamento; e **5)** Cadastro dos conselheiros
1370 capacitados. Destacou também alguns dos resultados alcançados que não foram definidos ou
1371 acordados no Termo de Referência e no contrato do Projeto, sendo: **1)** adequação do processo
1372 formativo a partir das necessidades dos conselheiros; **2)** ampliação da participação na capacitação para
1373 além de conselheiros, incluindo lideranças e movimentos sociais; **3)** desencadeamento de movimentos
1374 para a continuidade do processo formativo em alguns locais; **4)** monitores capacitados comprometidos
1375 com o Controle Social; e **5)** iniciativa de alguns estados para capacitação, produção de material e

1376 avaliação do processo. Citou também as lições apreendidas, dentre as quais, destacam-se: 1) em
1377 relação à Política de Fortalecimento de Controle Social: **a)** desenvolvimento de processos permanentes
1378 de capacitação de conselheiros no âmbito de uma política de fortalecimento do controle social ampliada
1379 que inclua segmentos sociais e estratégias diversificadas, diferentes de programas e ações pontuais; e
1380 **b)** desencadeamento do processo de construção da política de fortalecimento do controle social de
1381 forma descentralizada, ascendente, respeitando as singularidades locais e as diversidades pactuadas
1382 por municípios, estados e União, envolvendo atores da sociedade civil; 2) em relação ao material
1383 pedagógico: **a)** elaboração de materiais de apoio e de referência para os processos de formação em
1384 âmbito nacional e criar condições para a elaboração de materiais de caráter mais localizado; e **b)**
1385 construção do material junto com os envolvidos, respeitando e articulando os vários tipos de
1386 conhecimento, a realidade dos conselheiros e os diversos tipos de materiais; 3) em relação aos
1387 recursos financeiros: necessidade de investimento de recursos dos municípios, estados e União para a
1388 formação ampliada de conselheiros, com uma lógica adequada e formas flexíveis de financiamento e
1389 gestão dos mesmos a fim de dar conta das exigências e dinâmica que emanam dos processos
1390 formativos; 4) em relação à operacionalização do processo: **a)** necessidade de construir redes de apoio
1391 e articulação para viabilizar e sustentar tanto a capacitação, quanto outras estratégias de fortalecimento
1392 do controle social; **b)** importância de refletir sobre as ênfases temáticas e a opção metodológica dos
1393 processos formativos de conselheiros e de agentes sociais para a gestão social das políticas públicas,
1394 considerando que a perspectiva da educação problematizadora e compartilhada requer um
1395 aprofundamento permanente; e **c)** a necessidade de refletir sobre o perfil dos educadores, sua
1396 formação, os processos e a forma de escolha dos mesmos para novos processos de formação.
1397 Concluída a apresentação, os Conselheiros manifestaram-se sobre o tema. Conselheiro **Eni Carajá Filho**
1398 sugeriu que o GT de Capacitação, composto na última reunião do CNS, utilizasse como diretriz de
1399 trabalho o Manual para Capacitação de Conselheiros de Saúde, aprovado no CNS. Ressaltou a
1400 importância de verificar as regiões onde restava recursos do Projeto, considerando que monitores em
1401 alguns locais não foram pagos. Informou que a 12ª Plenária de Conselhos de Saúde, a realizar-se em
1402 novembro de 2004, teria como ponto central o debate sobre a formação de recursos humanos da saúde
1403 e a capacitação de Conselheiros de Saúde. Por fim, destacou como ponto positivo do Projeto o fato de
1404 ter despertado os Conselheiros para o exercício político do Controle Social. Conselheiro **André Luiz B. de Carvalho**
1405 cumprimentou o expositor pela apresentação, entretanto, destacou preocupações que
1406 permaneciam. A princípio, enfatizou a necessidade de fortalecer as entidades locais, para que possam
1407 exercer o papel de executoras de projetos nas suas regiões. Além disso, ressaltou a importância de
1408 divulgar o perfil dos Conselheiros do Brasil, na perspectiva de identificar as fragilidades do Controle
1409 Social. Por fim, sugeriu que, para os próximos projetos, a didática pedagógica fosse construída de
1410 forma ascendente, a partir das necessidades dos Conselheiros. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**
1411 perguntou se os resultados apresentados concernentes ao Estado do Rio Grande do Sul tinham
1412 por base a meta total do Projeto ou a meta proposta pelo Consórcio. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**
1413 chamou a atenção para o fato de o processo organizativo e a condução do Projeto terem sido
1414 feitos pelos gestores, sem a ótica do Controle Social, o que se configurava em um dos grandes
1415 problemas do Projeto. Acrescentou que um dos principais entraves enfrentados no desenvolvimento do
1416 Projeto foi a falta de envolvimento dos gestores municipais. Ressaltou que o GT criado pelo CNS para
1417 tratar do tema teria grandes tarefas, considerando que em 2004 haveria mudanças em grande parte
1418 dos Conselhos Municipais. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** ressaltou a importância de envolver as
1419 instituições no processo de capacitação e de definir melhores critérios para a escolha dos monitores.
1420 Conselheiro **Cristiano Cláudio Torres** elogiou o material utilizado no Projeto de Capacitação,
1421 considerando que foi um dos que mais se aproximou da realidade do Conselheiro. Além disso,
1422 ressaltou que o maior obstáculo do processo de capacitação era a falta de capacitação dos gestores.
1423 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou qual a meta do Projeto em relação ao número de
1424 Conselheiros a serem capacitados e se havia possibilidade de realizar levantamento do número de
1425 Conselheiros capacitados por segmento. Enfatizou ainda a necessidade de realização de cursos de
1426 capacitação para Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de garantir a gestão eficiente e
1427 compatível às exigências do SUS. O representante da Coordenação da Plenária de Conselhos de
1428 Saúde, **Paulo Roberto V. Cardoso**, reafirmou que a Política de Fortalecimento do Controle Social era
1429 reconhecida pelos três segmentos e não poderia refletir apenas a visão do gestor. Assim sendo,
1430 deveria ser avaliada e acompanhada pelas três esferas de gestão. Disse, também, que seria importante
1431 avaliar o impacto do curso e formar uma rede de Conselhos. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**,
1432 a princípio, ressaltou a importância de o processo de capacitação ser feito de forma articulada com os
1433 vários setores (educação, saúde, justiça, entre outros). Apresentou como críticas ao processo o fato de
1434 a regionalização ter sido feita sem debate e a agenda do Conselheiro não ter sido considerada.
1435 Ressaltou ainda que o processo de capacitação não podia ser dissociado do Polo de Educação

1436 Permanente. Por fim, perguntou se foi feita avaliação do desempenho dos Conselheiros capacitados no
1437 seu local de atuação. Conselheira **Gilca Starling Diniz** ressaltou que o conselheiro era um instrumento
1438 de promoção de mudança da realidade, nessa perspectiva, perguntou qual foi a contribuição do Curso
1439 de Capacitação nesse sentido. Afirmou também que seria de fundamental importância a atuação de
1440 conselheiros no sentido de capacitar a sociedade sobre o Controle Social. Concluiu ressaltando que
1441 seria necessário construir o material pedagógico e o projeto político-pedagógico a partir da realidade
1442 local. Em resposta às intervenções do Plenário, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na
1443 Saúde (SGTES/MS), **Maria Luiza Jaeger**, explicou, que não havia intenção, por parte do Ministério da
1444 Saúde, de dar continuidade ao processo de forma centralizada ou de criar um Consórcio para isso.
1445 Afirmou que a proposta do Ministério era definir diretrizes gerais para o processo de educação
1446 permanente, com a participação do Conselho Nacional de Saúde, da Plenária Nacional de Conselhos
1447 de Saúde, entre outros atores. Além disso, destacou que seria necessário definir processo de
1448 capacitação dos gestores enquanto membro do Conselho de Saúde. Enfatizou que a utilização de
1449 material pedagógico adequado à realidade local otimizou a capacitação de Conselheiros. Informou que
1450 havia vários cadastros de Conselheiros no âmbito do Ministério da Saúde e, dessa forma, seria
1451 necessário agrupá-los, visando a definição de um cadastro único de Conselhos e de Conselheiros para
1452 ser disponibilizado no DATASUS. Ressaltou que, apesar do comprometimento das instituições
1453 componentes do Consórcio com o Controle Social, o Programa de Capacitação de Conselheiros
1454 apresentou uma série de problemas. Nesse sentido, disse que os materiais pedagógicos deveriam
1455 estar adequados aos princípios e diretrizes do Sistema. O representante da Secretaria de Gestão do
1456 Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/MS), **José Ivo**, explicou que reconhecia a necessidade de
1457 promover uma avaliação qualitativa e sistemática do Projeto e, a propósito, informou que foi solicitada
1458 ao REFORSUS avaliação nesse sentido. Endossou a importância do envolvimento das entidades no
1459 processo de capacitação, considerando que algumas apenas indicavam os Conselheiros para
1460 representá-las e não participavam do debate sobre a temática da saúde. Afirmou que a capacitação
1461 deveria prover os Conselheiros de instrumentos capazes de contribuir na formulação de políticas nos
1462 seus movimentos, agindo como educadores. A propósito dos recursos, explicou que foi resolvida
1463 pendência que estava impossibilitando o pagamento dos Núcleos Estaduais, dessa forma, os
1464 pagamentos seriam feitos até o final de agosto de 2004. Por fim, afirmou que o momento era de
1465 definição de Política de Fortalecimento do Controle Social, com elaboração de propostas de formação
1466 contundentes nesse sentido. **Sobre a questão, foi acordado que será realizada reunião entre o GT de**
1467 **Capacitação do CNS e a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, com data a ser**
1468 **definida posteriormente, para tratar dos resultados do Projeto.** A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**
1469 **Aparecida da Cruz**, agradeceu os convidados e encerrou os trabalhos do período da manhã do
1470 segundo dia de reunião. **ITEM 8 – FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA: PACTO DA ATENÇÃO**
1471 **BÁSICA; PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL;**
1472 **CIRURGIAS ELETIVAS** – A Diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna**
1473 **Fernandes**, explicou, a princípio, que apresentaria pontos do Financiamento da Atenção Básica, alguns
1474 aprovados no âmbito da Tripartite e outros em discussão. Iniciou enfatizando que o Saúde da Família
1475 era uma estratégia para a organização e fortalecimento da Atenção Básica como o primeiro nível de
1476 atenção à saúde no SUS, tendo por princípios o caráter substitutivo, a integralidade e hierarquização, a
1477 territorialização, a equipe multiprofissional, a responsabilização e vínculo com a população e o estímulo
1478 à participação e ao controle social. Comentou sobre a evolução da execução orçamentária dos
1479 incentivos do programa Saúde da Família de 1998 a 2004, com destaque à execução de 98,5% dos
1480 recursos destinados ao PAB variável do Saúde da Família. Ressaltou que o orçamento 2004 para o
1481 PAB variável era de R\$ 2,7 bilhões e para o PAB fixo era de R\$ 2,1 bilhões. Destacou que, além desse
1482 orçamento, havia os incentivos da vigilância sanitária em torno de R\$ 53 milhões, da vigilância
1483 epidemiológica na ordem R\$ 650 milhões e da assistência farmacêutica básica na ordem de
1484 aproximadamente R\$ 270 milhões. Informou que, conforme dados de maio de 2004, havia cerca de
1485 20.560 equipes de Saúde da Família, 4.610 municípios assistidos e incremento de 83% das equipes de
1486 saúde bucal. Citou as metas propostas para Atenção Básica/Saúde da Família, sendo elas: dobrar em
1487 quatro anos o número de equipes da Saúde da Família, alcançando 100 milhões de pessoas; ampliar a
1488 cobertura da Saúde da Família, especialmente, nas capitais e grandes municípios; ampliar as ações de
1489 saúde bucal; ampliar os recursos para custeio da atenção básica chegando a 50% cobertos com
1490 repasses federais; e aumentar a retaguarda de ações de média complexidade, com ampliação da
1491 resolubilidade da Atenção Básica. Apresentou também as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde
1492 em 2003 para a ampliação dos repasses federais para o custeio da atenção básica à saúde, dentre as
1493 quais, destacam-se: atualização da Base Populacional (IBGE 2002) na competência abril 2003;
1494 alteração no valor do Piso da Atenção Básica Ampliada (PABA), passando de R\$ 10,50 para 12,00 *per capita*/ano, a partir da competência abril de 2003; aumento de 20% nos valores dos incentivos de

1496 custeio do Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal a
1497 partir da competência maio de 2003; alteração das faixas de cobertura populacional para os municípios
1498 com mais de 100.000 habitantes, a partir da competência maio de 2003; instituição do Incentivo
1499 Adicional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde que representa a 13ª parcela a ser paga
1500 para o agente comunitário de saúde; e alteração do parâmetro para implantação da Saúde Bucal,
1501 possibilitando a relação de uma equipe para cada Equipe de Saúde da Família. Tratou também do
1502 Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), que visa apoiar a
1503 conversão do modelo de Atenção Básica à Saúde nas grandes cidades brasileiras. Lembrou que, antes
1504 de iniciar a execução, o PROESF foi apresentado ao Plenário do CNS. Sobre a execução orçamentária,
1505 informou que dos R\$ 70,3 milhões para repasse aos municípios foram transferidos R\$ 39 milhões,
1506 representando uma transferência de 40% dos recursos comprometidos. Destacou também as seguintes
1507 alterações no financiamento do PROEDF para competência maio de 2004: atualização da base
1508 populacional dos municípios (IBGE 2003) - 2.238.447 novos habitantes; reajuste nos valores dos
1509 incentivos financeiros do PACS (custeio e adicional – 13º repasse); e incentivo para implantação das
1510 equipes de saúde bucal na ordem de R\$ 6.000,00 e um segundo incentivo para compra de
1511 equipamentos odontológicos para cada equipe de saúde bucal na modalidade 2. Acrescentou que foi
1512 aprovado na Tripartite, para competência julho de 2004, financiamento para promoção da equidade em
1513 saúde cujo objetivo era ampliar o acesso à saúde de populações em situação de desigualdade social,
1514 por meio da estratégia Saúde da Família, considerando as diversidades regionais e utilizando uma
1515 política de financiamento apoiada no princípio da eqüidade. De tal maneira, os municípios de menor
1516 porte, com dificuldades de fixação dos profissionais de saúde da família, teriam um incremento de 50%
1517 na tabela de transferência de recursos para o Saúde da Família, sendo eles: municípios da região
1518 amazônica com menos de 50 mil habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor
1519 ou igual a 0,7; e nas demais regiões os municípios com menos de 30 mil habitantes e com Índice de
1520 Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7. Acrescentou que as equipes de saúde bucal
1521 também teriam um incremento nesse conjunto de municípios. Informou que a proposta atenderia cerca
1522 de 3.500 municípios, beneficiando 30 milhões de pessoas. Apresentou também a proposta de
1523 ampliação de 50% do valor dos incentivos do Saúde da Família e Saúde Bucal pagos atualmente a
1524 municípios que não se enquadram nos critérios supracitados e possuíam população remanescente de
1525 quilombos ou assentamentos. Afirmou que as medidas eram de extrema importância na promoção da
1526 equidade em saúde. Falou também sobre a iniciativa de revisão dos parâmetros de cobertura dos
1527 agentes comunitários de saúde na zona rural dos municípios da Amazônia Legal, com redução do
1528 número de pessoas acompanhadas por Agente Comunitário de Saúde que passaria a ser de, no
1529 mínimo 280 e no máximo de 320, com um impacto previsto de 7.435 novos agentes comunitários de
1530 saúde, com incremento de R\$ 1,7 milhões mensais. Teceu comentários sobre a estratégia de
1531 ampliação e implantação dos serviços especializados de odontologia, com financiamento do Ministério
1532 da Saúde, estados e municípios. Apresentou também as propostas de equipes em transição para a
1533 estratégia do Saúde da Família, que visava a ampliação de 40% do valor da equipe de Saúde da
1534 Família (dois médicos de 20h); e equipes matriciais de apoio, visando a resolutividade no âmbito da
1535 saúde mental, da reabilitação, atividades físicas e práticas complementares. Informou que a proposta
1536 das chamadas equipes em transição seria discutida para pactuação na próxima reunião da Tripartite.
1537 Por fim, informou que estavam em fase de discussão as práticas complementares e medicinas naturais
1538 no âmbito da Atenção Básica. Concluída a apresentação, passou à assessora técnica da Coordenação
1539 de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica/MS, **Cinthia Kalyne de A. Alves**, para
1540 apresentação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. A assessora técnica da Coordenação de
1541 Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica/MS, **Cinthia Kalyne de A. Alves**, explicou que o Pacto
1542 de Indicadores da Atenção Básica era um instrumento nacional de monitoramento e avaliação das
1543 ações e serviços de saúde referentes à atenção básica cuja missão era monitorar e avaliar a Atenção
1544 Básica, instrumentalizando a gestão e fomentar/consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de
1545 gestão do SUS. Ressaltou que, para institucionalizar a avaliação da Atenção Básica, foram definidos
1546 vários projetos estratégicos, dentre eles, a dinamização do pacto. Enfatizou que o pacto era um
1547 instrumento formal de negociação entre gestores das três instâncias de governo, com o objetivo de
1548 negociar metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados.
1549 Explicou que o elenco de indicadores do pacto era definido anualmente a partir de um processo
1550 colegiado de discussão, envolvendo as áreas técnicas do Ministério da Saúde, representantes do
1551 CONASS e CONASEMS e o resultado do consenso era apresentado a CIT para aprovação. Sobre esse
1552 aspecto, ressaltou a importância da participação do Controle Social na definição do elenco de
1553 indicadores. Citou dados sobre o número de indicadores selecionados para pactuação nos últimos
1554 anos, sendo 1999 - 41 indicadores; 2000 - 30 indicadores; 2001 - 17 indicadores; 2002 - 22 indicadores;
1555 2003 - 20 indicadores; e 2004 - 20 indicadores. Destacou como avanços em relação ao Pacto a

definição do Pacto 2004 em 2003 por meio da Portaria nº 2.394, de 19 de dezembro de 2003, e a constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde para analisar, negociar e homologar o Pacto 2004, por meio da Portaria nº 122, de 30 de janeiro de 2004. Apresentou as características do Pacto, dentre as quais, destacam-se: instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica; teve origem no processo de organização da atenção básica; abrange em seu processo dimensões técnicas, políticas e da organização das instituições gestoras da saúde. Explicou que, em 2003, evidenciou-se a insuficiente participação do controle social e dos gestores das três instâncias de gestão do SUS no processo de pactuação, o insuficiente aporte de informações aos conselheiros para acompanhar os processos de definição de metas, programação das ações e avaliações e o insuficiente apoio técnico (aos gestores, profissionais e conselheiros) para a elaboração e acompanhamento do pacto por parte do Ministério e das Secretarias de Saúde. Frente a esse cenário, informou que foram tomadas as seguintes medidas: **a**) o Ministério da Saúde pautaria o tema Pacto de Indicadores da Atenção Básica (Pacto AB) em reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e, em articulação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pautaria o mesmo em reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); **b**) as Coordenações Estaduais de Atenção Básica, em articulação com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, pautariam o tema Pacto AB em reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e em reuniões dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES); **c**) as coordenações estaduais da atenção básica iriam estimular a participação dos conselheiros no processo do Pacto AB – 2004 (reuniões para análise e homologação do pacto); e **d**) o Ministério da Saúde forneceria instrumentos aos conselhos de saúde para participação no processo. Informou que foi definida uma série de medidas, visando o aperfeiçoamento do Pacto, dentre as quais, destacam-se a criação de Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde para acompanhamento do Pacto/2004 no âmbito federal; acompanhamento do Processo de Pactuação nos estados; e estímulo à participação dos Conselhos de Saúde no processo de pactuação no âmbito estadual. Apresentou também o calendário de discussão sobre o Pacto 2004: 1) análise dos indicadores por área técnica com base na proposta metodológica previamente elaborada pelo GT/MS; 2) oficina com GT em 07 de maio de 2004 para análise dos dados estaduais; 3) elaboração de quadro-síntese e Parecer Técnico pela CAA/DAB e encaminhamento aos estados para análise; 4) prazo para o retorno dos estados: até o dia 09 de julho de 2004; 5) novo prazo para homologação do Ministério da Saúde: 20 de julho de 2004; 6) apresentação do Pacto AB no Fórum de Descentralização; e 7) aprovação na Tripartite em 19 de agosto de 2004. Explicou que os próximos passos seriam avançar no monitoramento dos indicadores como subsídio para avaliação da atenção básica, envolvendo outras áreas do Ministério da Saúde (auditoria e do FNS) na utilização dos resultados da avaliação como efetiva ferramenta da gestão; aperfeiçoar a cooperação técnica aos estados e municípios para o monitoramento dos indicadores do Pacto AB, por meio de apoio integrado, e do acompanhamento dos planos estaduais para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação; divulgar a metodologia de análise dos indicadores do Pacto: Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Conselhos de Saúde; definir critérios com GT Pacto 2004 para reconhecer experiências exitosas em torno do processo de pactuação; divulgar o resultado do processo de pactuação 2004 para CIT e CNS; e envolver os Conselhos de Saúde no processo de institucionalização da avaliação da Atenção Básica. Por fim, destacou as expectativas para o processo do Pacto em 2005, sendo: analisar a coerência, pertinência, validade e pactuabilidade dos indicadores de acordo com as diretrizes atuais do Ministério da Saúde; incluir o critério de aprovação das metas propostas para pactuação pelos Conselhos de Saúde como requisito à homologação do processo Pacto AB-2005; e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica-2003 e para o ano 2004: número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade, taxa de mortalidade infantil e proporção de nascidos vivos com baixo peso. Concluída a apresentação, passou a palavra ao gerente do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna/MS, **Adison França**, para apresentação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna. O gerente do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna/MS, **Adison França**, iniciou sua apresentação destacando dados sobre a mortalidade materna e neonatal no país. Informou que em 2002 houve mais de 2.000 óbitos de mulheres por complicações da gravidez, aborto, parto ou puerpério e mais de 38.000 óbitos de crianças com até 28 dias de vida. Acrescentou que para a definição dos números relativos à mortalidade maternidade trabalhava-se com o fator de correção (1,4 vezes o número de óbitos registrados), por conta das dificuldades relacionadas ao sub-registro e à subnotificação. Ressaltou que as principais causas da mortalidade materna eram: hipertensão, hemorragia, aborto, infecção puerperal, doenças do aparelho circulatório, problemas respiratórios e circulatórios, prematuridade e baixo peso, infecção perinatal e hemorragias. Explicou que as principais determinantes da mortalidade materna eram a baixa qualidade da assistência prestada, a oferta insuficiente de profissionais capacitados para atuar na atenção obstétrica e neonatal, o reconhecimento restrito da magnitude da

1616 questão enquanto problema de saúde pública e precárias condições socioeconômicas. Frente a esse
1617 contexto, explicou que foi elaborado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna que tem
1618 por objetivo articular ações de governo e da sociedade civil, envolvendo diferentes atores sociais na
1619 qualificação da atenção a mulheres e recém-nascidos, visando a redução da mortalidade materna e
1620 neonatal. Explicou que a meta do Pacto era reduzir a mortalidade materna e neonatal em 15% até o
1621 final de 2006, salvando vidas de 300 mulheres e 5.700 recém-nascidos. Informou que o Pacto foi
1622 construído a partir da articulação com gestores e sociedade civil, com a realização do Seminário
1623 Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Explicou que o Pacto foi lançado pelo Presidente da
1624 República em 08 de março de 2004 e aprovado na Tripartite em 18 de março de 2004. Citou as ações
1625 estratégicas do Pacto dentre as quais se destacam: efetivar pactos municipais e estaduais; qualificar e
1626 humanizar a Atenção à Saúde da Mulher e da Criança; garantir acolhimento ao parto; assegurar o
1627 direito ao acompanhante e ao alojamento conjunto; tornar resolutiva a atenção ao parto e ao
1628 nascimento; qualificar o atendimento às urgências/emergências; expandir a Atenção à Saúde da Mulher
1629 e da Criança; ampliar as ações de planejamento familiar; garantir educação permanente dos
1630 profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal; e fortalecimento de Projetos de
1631 Premiação de Serviços Exemplares. Falou também sobre a proposta de utilização de recursos do
1632 Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) na intensificação de
1633 ações de qualificação da atenção à mulher e ao recém nascido. Explicou que o recurso era proveniente
1634 do orçamento de 18 municípios que optaram por não aderir ao PROESF, com montante de US\$ 10
1635 milhões (R\$ 31,17 milhões) previsto no Componente 1 do Programa. Ressaltou que os critérios para a
1636 distribuição dos recursos consideravam os seguintes fatores epidemiológicos: taxa de letalidade
1637 materna hospitalar (2003); taxa de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias) (2002); taxa de
1638 mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias) (2002); e taxa de mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias)
1639 (2002). Concluída a apresentação, passou a palavra ao Coordenador-assistente da Coordenação Geral
1640 de Média Complexidade (DAE/SAS), **Joselito Pedrosa**, para explanação da Política para Procedimentos
1641 Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade. O Coordenador-Assistente da Coordenação Geral de
1642 Média Complexidade (DAE/SAS), **Joselito Pedrosa**, explicou, a princípio, que a nova Política para
1643 Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade foi elaborada a partir da pesquisa de dados
1644 secundários no período de 1998 a 2002 em relação a usuários e gestores. Destacou alguns dos
1645 resultados da pesquisa dentre os quais se destacam: usuários - universo pesquisado: 457.118 usuários
1646 dos mutirões em 2002; amostra obtida: 64.223 usuários; amostra válida: 63.482 usuários; 946 usuários
1647 declararam não ter realizado a cirurgia; gestores: universo pesquisado: 593 gestores (capitais,
1648 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal e estados); amostra obtida e válida: 193 gestores;
1649 72% dos gestores desconhecem a fila de espera; e segundo os gestores, não foi possível a
1650 identificação e quantificação da demanda reprimida nem a organização da rede. Frente a esses dados,
1651 foi elaborada a proposta de Política para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade,
1652 com base nas seguintes diretrizes: ampliar a resolutividade da rede de Atenção Básica, garantindo a
1653 integralidade da atenção; melhorar a qualidade da atenção, reduzindo as filas
1654 (agilização/humanização); organizar a referência/contra-referência; fortalecer a gestão local e estadual;
1655 direcionar os recursos FAEC para ações efetivamente estratégicas (sob a ótica das necessidades e da
1656 gestão local/regional); garantir maior transparéncia e controle dos recursos; viabilizar a implementação
1657 de estratégias que não fiquem restritas apenas aos procedimentos elencados nos mutirões nacionais;
1658 identificar a demanda existente; e implementar mecanismos eficazes de regulação, controle e
1659 avaliação. Ressaltou que o público alvo da Política eram os municípios em Gestão Plena do Sistema
1660 Municipal com população acima de 50.000 habitantes; os municípios habilitados em Gestão Plena do
1661 Sistema Municipal que fossem pólos de microrregião/macrorregião de saúde cuja população de
1662 referência fosse igual ou maior que 50 mil habitantes; e os estados habilitados pela NOAS 01/02
1663 poderiam elaborar projetos para áreas de abrangência não contempladas por meio de projetos
1664 apresentados pelos municípios. Explicou que a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos
1665 contemplava um rol de procedimentos cirúrgicos eletivos definidos a partir de dados fornecidos pelos
1666 gestores em relação ao estrangulamento e da demanda reprimida. Disse que a Política devia ser
1667 focada em necessidades regionais, identificadas a partir das filas de espera e possibilitar o
1668 desenvolvimento de rotinas e protocolos clínicos, além de permitir a organização da rede e controle e
1669 avaliação do processo. Acrescentou que seria feita a prorrogação dos Mutirões Nacionais até dezembro
1670 de 2004, com a configuração atual, a fim de garantir a implantação da Política. Explicou que o
1671 financiamento teria como referência o gasto total, em 2003, com os mutirões nacionais (R\$
1672 227.387.572,67), com opção de reprogramação destes recursos sob responsabilidade do gestor; o
1673 incremento de recursos de custeio previsto para ampliação dos procedimentos cirúrgicos eletivos,
1674 correspondente a R\$ 1,00 *per capita*/ano, aplicado à população total a ser contemplada, conforme fluxo
1675 de referência, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite. Acrescentou que para a ampliação de

procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, os estados e municípios deveriam estabelecer em seus projetos, os novos procedimentos a serem realizados, identificando a demanda, e instituir uma meta física compatível com o incremento previsto. Disse que os estados e municípios habilitados poderiam optar pela manutenção dos mutirões nacionais nos moldes atuais, pelo prazo de 6 meses; e/ou pela reprogramação dos mutirões em desenvolvimento (catarata, varizes, próstata e retinopatia); ou pela adesão à nova estratégia de ampliação de procedimentos eletivos de média complexidade, com ou sem manutenção dos mutirões nacionais. Prosseguiu destacando os critérios para adesão à proposta, sendo eles: 1) as Secretarias de Saúde Estaduais deveriam encaminhar ao Ministério da Saúde, os projetos aprovados pelas Comissões Intergestores Bipartite, pactuados e aprovados pelos respectivos conselhos de saúde, quando oriundos dos pólos de microrregiões; 2) os estados habilitados pela NOAS 01/02 poderiam elaborar projetos para as áreas de abrangência não contempladas por meio de projetos apresentados pelos municípios; 3) os municípios pólos de microrregião de saúde habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal cuja população de referência seja igual ou maior que 50 mil habitantes, deveriam encaminhar projetos as Secretarias de Estado para que as mesmas possam submeter à discussão e aprovação na Comissão Intergestores Bipartite; 4) a partir da segunda reprogramação, prevista após 6 meses, os procedimentos dos mutirões nacionais deveriam atender aos mesmos requisitos definidos na presente proposta; 5) os estados e municípios deveriam realizar levantamento da oferta de serviços e da demanda para os Procedimentos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade incluídos na proposta, por meio da identificação do usuário, que deveria constar do projeto a ser encaminhado à Coordenação Geral de Média Complexidade Ambulatorial/MS; 6) o somatório dos projetos encaminhados por Unidade Federada (Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde) não poderia ultrapassar o limite financeiro do incremento previsto; 7) a definição do objeto e o dimensionamento das metas dos projetos deveriam levar em conta a população total de referência pactuada por microrregião/macrorregião; e 8) o prazo máximo de execução dos projetos seria de 6 meses, podendo o estado e o município elaborarem novos projetos por iguais períodos, na medida da necessidade. Enfatizou que os projetos seriam elaborados de acordo com modelo a ser padronizado pela Coordenação Geral de Média Complexidade Ambulatorial/MS, que incluiria dados do paciente, da rede e da população de referência, contemplando a identificação dos serviços de referência que participariam da estratégia para configurar a Rede de Realização dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, assinados pelos gestores municipais e estadual e listagem dos pacientes que seriam submetidos às cirurgias eletivas, definidas no projeto, com especificação dos procedimentos a serem realizados. Disse que o controle da realização dos procedimentos seria efetivado por meio dos seguintes mecanismos: a) envio pela Secretaria de Gestão Participativa de carta e contato telefônico com usuários; e b) o DERAC/SAS estava desenvolvendo um aplicativo para autorização de AIH e APAC e construindo um banco de dados que permitiria cruzar os procedimentos realizados. Acrescentou que para a elaboração do projeto seria estudada a possibilidade de ser oferecido ao gestor um software que permitisse o acompanhamento da fila de espera. Além disso, informou que, após seis meses de execução da estratégia de ampliação dos procedimentos cirúrgicos eletivos, seria realizado "Seminário Nacional de Avaliação", previsto para novembro de 2004. Por fim, ressaltou que a Portaria de Política de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos foi assinada em 02 de julho de 2004 e publicada no Diário Oficial em 05 de julho de 2004. Concluída a explanação, concedeu a palavra à Coordenadora da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem/MS, **Thereza de Lamare F. Netto**, para a apresentação das diretrizes para garantia da atenção integral à saúde dos adolescentes privados de liberdade. A Coordenadora da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem/MS, **Thereza de Lamare F. Netto**, iniciou a explanação, esclarecendo que, a partir do levantamento do IPEA sobre a atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade, constitui-se um GT, composto pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Direitos Humanos, Fórum Nacional dos Dirigentes das Medidas Sócio-educativas, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, para estabelecer diretrizes que garantissem atenção integral à saúde dos adolescentes privados de liberdade em todas as unidades do Brasil. Explicou que as diretrizes tinham por objetivo organizar os serviços de saúde conforme os princípios do SUS e cumprir a Constituição Federal e Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de modo a garantir os direitos fundamentais a que todos os adolescentes eram destinatários. Feitos esses esclarecimentos iniciais, apresentou o panorama atual da população de adolescentes em regime de internação e internação provisória no país. Informou que havia 11.835 jovens e adolescentes em regime de internação e internação provisória, distribuídos em 201 unidades sócio-educativas, localizadas em 94 municípios e nos 27 Estados, sendo 95% adolescentes do sexo masculino, com maior concentração na faixa etária de 15 a 18 anos. Acrescentou que o Estado de São Paulo concentrava 42% do total de meninos internados, 85% dos adolescentes que entravam nas instituições eram usuários de drogas e de cada 10 mil adolescentes nessa faixa etária, dez praticaram algum delito que resultava em uma medida sócio-educativa. Destacou que, ao

mesmo tempo, a realidade do atendimento público de saúde nas instituições apresentava uma série de problemas, dentre eles: a maioria dos serviços funcionava nas próprias instituições e 98% das equipes eram contratadas pelas Fundações ou Secretarias afins; tímida atuação das Secretarias Estaduais de Saúde no aporte às necessidades de atendimento e manutenção dos serviços existentes; fragilidade do sistema de referência e contra referência; 38% das instituições possuem ambulatório e 51,8% não possuem, das que não possuem ambulatório a maioria faz os encaminhamentos para o SUS, com dificuldade de agendamento, as outras encaminham para a rede privada; ausência de assistência aos dependentes químicos e de ações de saúde mental; 22% realizam distribuição de preservativo; e 57% encaminham para exame de HIV. Explicou que, com intuito de mudar essa realidade, o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres elaboraram diretrizes para garantir a atenção integral à saúde do adolescente privado de liberdade em todas as Unidades do Brasil. Disse que as diretrizes foram estabelecidas em uma minuta de Portaria Interministerial que define as competências gerais do Ministério da Saúde, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e cria o incentivo para a atenção à saúde de adolescentes em regime de internação e internação provisória, a ser repassado pelo Ministério da Saúde. Acrescentou que para operacionalizar as diretrizes, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) elaborou minuta de portaria que estabelece as normas, os critérios e os fluxos para a implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas. Ressaltou que os objetivos das Portarias eram garantir e promover a atenção integral à saúde do adolescente privado de liberdade, respeitando suas necessidades sociais e singularidades; cumprir a Constituição Federal, as Leis Orgânicas da Saúde e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); e organizar os serviços de saúde dentro dos princípios do SUS. Apresentou os principais aspectos da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), a saber: sugestão de composição da equipe de saúde: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário; o atendimento seria realizado em unidade de saúde localizada dentro da unidade de internação, cadastrada no CNES; garantia do acesso dos adolescentes à assistência de média e alta complexidade, por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI) com aprovação da Comissão Intergestoras Bipartite; e o cálculo do Incentivo teria como critério o valor do incentivo da Saúde da Família mais o valor do incentivo da Saúde Bucal (cobertura 1), totalizando R\$ 54.012,00/ano: para o atendimento de até 40 adolescentes, seria repassado 25% do valor total; para o atendimento entre 41 e 100 adolescentes, seria repassado 60% do valor total; e para o atendimento acima de 101 adolescentes, seria repassado 100% do valor total por equipe de saúde, sendo que cada equipe seria responsável por até 180 adolescentes, com valor total do incentivo/ano de R\$ 5.193.253,80. Apresentou os requisitos para a habilitação das unidades sócio-educativas, sendo: 1) assinar o Termo de Adesão; 2) elaborar o Plano Operativo Estadual; 3) aprovar o Plano Operativo Estadual nos Conselhos Estadual de Saúde, Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente e na Comissão Intergestores Bipartite; 4) comprovar o encaminhamento do projeto físico do serviço de saúde à Vigilância Sanitária estadual ou municipal, com vistas ao licenciamento do serviço; 5) comprovar a avaliação sanitária de funcionamento das unidades de internação e internação provisória, realizada pela Vigilância Sanitária; e 6) credenciar as unidades e os profissionais de saúde das unidades de internação e internação provisória no CNES. Por fim, apresentou os anexos da Portaria da SAS/MS e suas definições, a saber: a) Anexo I - define que a atenção à saúde de adolescentes seria realizada por meio de ações de promoção de saúde; práticas educativas; e de assistência à saúde, compreendendo o acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial; saúde sexual e saúde reprodutiva; imunização; saúde bucal; saúde mental; controle de agravos; e assistência à vítima de violência; b) Anexo II - estabelece a padronização física mínima da unidade de saúde localizada nas unidades de internação e internação provisória, de acordo com a Resolução ANVISA RDC nº 50/02; c) Anexo III – orienta a elaboração do Modelo de Plano Operativo Estadual; e d) Anexo IV – apresenta Modelo de Termo de Adesão que deveria ser formalizado pela Secretaria Estadual, do Distrito Federal ou Municipal de Saúde e a Secretaria Gestora Estadual do Sistema Sócio-Educativo. Concluiu a apresentação, convidando o Plenário do CNS a participar da solenidade comemorativa pelos 14 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no dia 14 de julho de 2004, na qual a Portaria da SAS seria assinada. Concluídas as apresentações, os Conselheiros manifestaram-se sobre os programas apresentados. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** cumprimentou os expositores pelas apresentações e teceu comentários sobre alguns aspectos. Chamou a atenção para a importância dos pactos, entretanto, reafirmou a necessidade de serem debatidos e apreciados nos Conselhos Estaduais e Municipais. Comentou sobre a proposta de Política para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, destacando a dependência em relação às cirurgias eletivas do setor privado conveniado. Nessa linha, ressaltou que os mutirões nacionais deveriam ser uma medida para

reorganização da rede, com prioridade para o setor público. Ressaltou também a importância de rediscutir o modelo do Programa Saúde da Família (PSF), em virtude de dificuldades operacionais, de condições de trabalho e de profissionais. A propósito, manifestou-se contrário à discriminação salarial existente entre os profissionais médicos e as demais categorias de profissionais. Nessa linha, manifestou preocupação com a proposta apresentada de equipes em transição com dois médicos de 20 horas. De tal forma, propôs que o Ministério da Saúde realizasse análise concreta acerca das equipes do PSF sob o ponto de vista estrutural e o impacto das ações do ponto de vista epidemiológico. Conselheiro **André Luiz B. de Carvalho**, a princípio, cumprimentou os expositores pela apresentação. Em seguida, chamou a atenção para a importância do Pacto de Indicadores na avaliação e monitoramento da Atenção Básica e lamentou o fato de ser extremamente burocrático. Explicou que a partir dos resultados do pacto seria possível definir ações concretas de capacitação, de investimentos e de estruturação de redes. Enfatizou também que seria importante a promoção de um movimento nacional, por parte do Ministério da Saúde, no início de 2005, visando a capacitação dos novos gestores (Secretários de Saúde, Prefeitos, entre outros) sobre o Sistema Único de Saúde. Endossou a proposta de Política para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade e, a propósito, solicitou dados sobre os incrementos por estado. Também manifestou preocupação com a proposta apresentada de equipes em transição com dois médicos 20 horas, considerando que havia movimentos em alguns municípios reivindicando a redução de jornada. Por fim, pediu maiores esclarecimentos sobre a proposta de ampliação dos incentivos do Programa Saúde da Família e Saúde Bucal pagos a municípios que possuem população remanescente de quilombos ou assentamentos. Conselheiro **Eni Carajá Filho** elogiou a proposta do Pacto da Atenção Básica, destacando a iniciativa de inserção dos Conselhos de Saúde na definição das metas a serem alcançadas. Ressaltou que a proposta de Política para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade representava um avanço, entretanto, enfatizou a importância de se garantir o acompanhamento dos pacientes atendidos. Cumprimentou o Ministério da Saúde pelo Pacto pela Redução da Mortalidade Materna pois refletia os anseios dos Conselheiros de Saúde. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** registrou a importância de o pacto da Comissão Intergestores Bipartite ser referendado pelo Conselho Estadual de Saúde oficialmente. Apontou preocupações em relação ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica, a exemplo da diminuição do número de consultas do pré-natal (que passaria de seis para quatro) e a falta de cruzamento dos dados dos Comitês de Mortalidade Materna. Além disso, perguntou se as diretrizes para garantir a atenção integral à saúde dos adolescentes privados de liberdade compatibilizam a verba orçamentária para atenção à saúde do indivíduo privado de liberdade. Manifestou preocupação com a possibilidade de jornada de 20 horas no PSF, considerando que teria consequências como a ausência do profissional e a utilização de jornada de outras instituições para recebimento. Por fim, em virtude da exigüidade de tempo, solicitou que a Secretaria-Executiva do CNS pautasse novamente o debate dos Programas apresentados, a fim de possibilitar o aprofundamento dos dados. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs que o CNS se manifestasse contrariamente à proposta de equipes em transição para a estratégia do Saúde da Família, com dois médicos de 20h, na tentativa de possibilitar debate aprofundado da proposta no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. A Diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**, explicou que a rápida explanação das propostas suscitara uma série de dúvidas que não tinham possibilidade de serem esclarecidas no momento em virtude da exigüidade de tempo. Nesse sentido, propôs que a proposta de equipes em transição para a estratégia do Saúde da Família, com dois médicos de 20h, que seria discutida na próxima reunião da Tripartite, fosse pautada para debate na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que a proposta fosse discutida no âmbito do CNS para, em seguida, ser debatida no âmbito da Tripartite. Conselheiro **Júlio Strubing Müller Neto** apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: garantir a discussão da proposta de equipes em transição para a estratégia do Saúde da Família na Tripartite e encaminhar a decisão sobre a questão para a homologação no CNS. O Plenário concordou com o encaminhamento apresentado. Conselheira **Silvia Marques Dantas**, Coordenadora da CISMU/CNS, apresentou o parecer da Comissão sobre o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que recomenda ao Conselho Nacional de Saúde o acompanhamento e avaliação das metas propostas no Pacto, por intermédio da CISMU/CNS. Ressaltou a importância de promover amplo debate sobre o Programa Saúde Família, considerando o problema da iniquidade do atendimento. Pediu maiores esclarecimentos sobre o processo de construção de indicadores da Atenção Básica. Por fim, informou que foi distribuído documento da CISMU com as diretrizes gerais para execução do Plano de Trabalho da Comissão – julho de 2004 a julho de 2005 e solicitou que o documento fosse pautado para debate no CNS. Conselheira **Gilca Starling Diniz** propôs que os indicadores do Pacto da Atenção Básica fossem utilizados gerencialmente por gestores e Conselheiros no processo de avaliação. Parabenizou a Política para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, contudo, manifestou preocupação com o aporte de

1856 recursos financeiros disponibilizados. Sugeriu, ainda, que na pactuação entre gestores e prestadores
1857 fosse incluído o desenvolvimento de rotinas e protocolos clínicos. Em resposta às intervenções, a
1858 Coordenadora da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem/MS, **Thereza de Lamare F. Netto**,
1859 explicou que os adolescentes eram passíveis de medidas sócio-educativas e não de prisão, logo, não
1860 eram contemplados pelos recursos do sistema prisional. O gerente do Pacto Nacional pela Redução da
1861 Mortalidade Materna/MS, **Adison França**, explicou que na proposta do PROESF estava registrada a
1862 importância da ata do Conselho Municipal de Saúde, de forma a preservar o papel dos Conselhos
1863 Municipais de Saúde. Além disso, informou que o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e
1864 Neonatal reafirmava a assistência pré-natal com, no mínimo, seis consultas. Endossou a proposta de
1865 acompanhamento e avaliação das metas do Pacto, por intermédio da CISMU/CNS. A assessora técnica
1866 da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica/MS, **Cinthia Kalyne de A. Alves**,
1867 esclareceu que alguns dos indicadores contemplados no Pacto de Indicadores da Atenção Básica
1868 estavam sendo atualizados de acordo com as prioridades e a conjuntura. Disse ainda que o Pacto da
1869 Atenção Básica não era o único instrumento de avaliação da Atenção Básica. Além disso, informou que
1870 estava sendo debatida proposta de avaliação do impacto do Programa Saúde da Família. A Diretora do
1871 Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**, esclareceu que na Portaria
1872 do Pacto 2005 constaria como um dos critérios para a aprovação do Pacto a homologação pelos
1873 Conselhos Estaduais de Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde. Explicou que os incentivos para as
1874 equipes que prestariam atenção à saúde nos assentamentos seriam para qualquer porte de município,
1875 independente do Índice de Desenvolvimento Urbano (IDH). O Coordenador-Assistente da Coordenação
1876 Geral de Média Complexidade (DAE/SAS), **Joselito Pedrosa**, ressaltou que a Proposta de Política para
1877 Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade tinha por objetivo trabalhar as necessidades
1878 dos usuários por demanda de procedimentos. Destacou que havia demanda reprimida em muitos
1879 locais, em consequência da falta de profissionais para realizar as cirurgias eletivas. Feitos esses
1880 esclarecimentos, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que a partir das
1881 apresentações seria possível compatibilizar a agenda de discussão do Ministério da Saúde, do
1882 Conselho Nacional da Saúde e da Tripartite. Por fim, agradeceu os expositores pela apresentação.
1883 **ITEM 9 – COMISSÃO PERMANENTE DE FISCALIZAÇÃO DO CNS –** A Secretária-Executiva do CNS,
1884 **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou a discussão do item, recuperando os encaminhamentos definidos na
1885 última reunião do CNS, realizada nos dias 07 e 08 de julho de 2004, sobre as medidas adotadas pelo
1886 Ministério da Saúde para enfrentar os indícios de irregularidades no processo de licitação de
1887 hemoderivados, sendo: **1)** divulgação de nota de apoio do CNS às ações do Ministério da Saúde no
1888 que diz respeito aos indícios de irregularidades no processo de compras; **2)** composição da Comissão
1889 Permanente de Auditoria Interna de forma mista, garantindo-se a participação de representante do
1890 CNS; e **3)** criação de comissão permanente do CNS para acompanhar e fiscalizar o processo de
1891 compras e licitações do Ministério da Saúde. Sobre o último encaminhamento, informou que foi
1892 distribuído aos Conselheiros o Regimento Interno da Comissão Permanente de Fiscalização do
1893 Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na expectativa de que fosse utilizado como
1894 subsídio para o debate do Colegiado sobre o tema. Feitos esses esclarecimentos, convidou o
1895 representante do Ministério da Saúde, **Ivan Coelho**, para prestar esclarecimentos sobre as últimas
1896 medidas do Ministério da Saúde para enfrentar os indícios de irregularidades no processo de licitação
1897 de hemoderivados. O representante do Ministério da Saúde, **Ivan Coelho**, ressaltou, a princípio, que a
1898 chamada “Operação Vampiro” foi desencadeada a partir de três denúncias encaminhadas ao
1899 Departamento de Polícia Federal, a primeira enviada no dia 18 de março de 2003, a segunda no dia 05
1900 de maio de 2003 e a terceira no dia 09 de setembro de 2003. Explicou que o Ministério da Saúde
1901 decidiu enviar as denúncias à Polícia Federal, por entender que os seus instrumentos habituais de
1902 apuração de denúncias não eram suficientes. Dito isso, recuperou as principais medidas adotadas pelo
1903 Ministério da Saúde frente às informações parciais do inquérito policial da Operação, a saber: **a)**
1904 exoneração de um conjunto de funcionários do Ministério da Saúde; **b)** intervenção na área de compras
1905 e de recursos logísticos do Ministério da Saúde; **c)** destituição das Comissões de Licitações e
1906 substituição por outras Comissões; **d)** adoção do mecanismo de compras eletrônicas para as
1907 aquisições de bens e serviços comuns do Ministério da Saúde; **e)** criação de Comissão Permanente de
1908 Auditoria Interna para analisar os processos licitatórios realizados, considerando o indício de
1909 superfaturamento em outros setores cujo trabalho será concluído no final de julho de 2004; **f)** solicitação
1910 de auditoria da Controladoria da União para análise da situação; e **g)** definição de instrumentos
1911 capazes de dar transparência aos procedimentos de compra do Ministério da Saúde, dentre eles, a
1912 divulgação dos procedimentos de compra na página do Ministério da Saúde. Acrescentou que o
1913 Ministério da Saúde tornaria público o cronograma de compras para aquisições de serviços e insumos
1914 em 2005. Além disso, ressaltou que os padrões éticos de relação de servidores com fornecedores e
1915 funcionários foram redefinidos. Enfatizou que boa parte das medidas adotadas estava sendo trabalhada

antes do fato ocorrido, visando dar maior transparéncia ao processo de compras. Por fim, disse que seria necessário aperfeiçoar os mecanismos de controle para que fatos como os ocorridos não voltassem a acontecer. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que fosse instituída comissão do CNS para avaliar os resultados do trabalho da Comissão de Auditoria Mista do Ministério da Saúde. Endossou as iniciativas do Ministério da Saúde para tornar público o seu processo de compras, contudo, manifestou preocupação com a impunidade no que diz respeito à administração pública. Nesse sentido, ressaltou a necessidade de atitude exemplar do poder público em relação aos funcionários comprovadamente envolvidos nas denúncias. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** perguntou qual era a relação dos gastos do Ministério da Saúde com compras e o SIOPS, tendo em vista que o Sistema não disponibilizava dados sobre a esfera federal. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou se todo o processo de compras do Ministério da Saúde seria reestruturado ou apenas o sistema de compras de hemoderivados. Em respostas às intervenções, o representante do Ministério da Saúde, **Ivan Coelho**, ressaltou que o país tem avançado no sentido de impedir a impunidade. Nesse sentido, destacou que o Ministério da Saúde iria exonerar todos os funcionários comprovadamente envolvidos no esquema e exigir o resarcimento ao erário público. A propósito do SIOPS, ressaltou que uma das debilidades era o fato de possuir poucos dados do governo federal em relação aos municípios. Nesse sentido, explicou que apresentaria a consideração para a área de ciência e tecnologia do Ministério da Saúde, com vistas a enriquecer os dados do SIOPS sobre o governo federal. Explicou que a reestruturação não se restringiria apenas a compra de hemoderivados, mas sim, a vários insumos e medicamentos. Disse que seria importante reestruturar a área de compras na área da saúde, pois os mecanismos de aquisições não eram suficientes para efetivamente fazer com que os medicamentos tivessem o preço real que deveria ser pago. Informou que os Ministérios da Saúde e do Planejamento estavam desenvolvendo projeto de ampliação do uso das compras eletrônicas governamentais, no sentido de reduzir o custo e aumentar a transparéncia das compras do setor por meio da integração e da padronização da aquisição de medicamentos pelo Governo Federal. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, agradeceu os esclarecimentos prestados pelo representante do Ministério da Saúde e abriu o debate sobre a proposta de criação de comissão permanente do CNS para acompanhar e fiscalizar o processo de compras e licitações do Ministério da Saúde. Ressaltou que, em princípio, as atribuições da comissão permanente do CNS seriam acompanhar o processo de reestruturação de compras do Ministério da Saúde, fiscalizar e acompanhar as ações meio e analisar o relatório da Comissão Permanente de Auditoria Interna/MS. Conselheiro **Eni Carajá Filho** endossou a proposta de criação de comissão de fiscalização do CNS articulada à Comissão de Coordenação Geral do CNS (CCG) e subordinada ao Plenário do CNS. Ressaltou que o Regimento Interno da Comissão Permanente de Fiscalização do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul poderia contribuir na definição do Regimento Interno da comissão do CNS. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** concordou com o modelo da Comissão Permanente de Fiscalização do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, destacando que deveria ser adotado por outros Conselhos de Saúde. Levantou também a possibilidade de a Comissão do CNS definir mecanismos para o acompanhamento dos processos de compras nos estados e municípios. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** manifestou preocupação com a criação de mais uma Comissão do CNS, considerando que todas as Comissões e GTs do Conselho estavam sendo reformulados. Nesse sentido, sugeriu pela definição de um GT no âmbito da COFIN/CNS para atuar na fiscalização do processo de compras do Ministério da Saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que a proposta era constituir uma comissão paritária, composta por seis membros, para atender as demandas estaduais. Ressaltou que a comissão poderia estar ligada a outras comissões do CNS, entretanto, teria de ter autonomia para definir o seu próprio calendário de atividades. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu que fosse instituída comissão de interação permanente com o Ministério da Saúde para tratar das questões que afetam os usuários, ao invés de uma comissão de fiscalização. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que a proposta aprovada pelo Plenário, na última reunião do CNS, foi a criação de comissão com poder de fiscalização, a ser homologada pelo Ministério da Saúde. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** manifestou preocupação com as atribuições da comissão de fiscalização do CNS, por entender que os Conselheiros teriam de assumir responsabilidades além das suas esferas de atuação. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** ressaltou que o papel da comissão de fiscalização seria apurar os fatos para que o Plenário definisse os encaminhamentos pertinentes. Nessa linha, destacou que o Regimento Interno da comissão poderia ser definido de acordo com as necessidades do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que o Plenário definisse o número de componentes e a esfera de atuação da comissão, a fim de possibilitar a definição de proposta de Regimento Interno para ser apresentada ao Plenário do CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que seria importante aprofundar o debate sobre as atribuições da comissão permanente de fiscalização do CNS, a fim de não extrapolar a esfera de atuação do

1976 Conselho. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que a comissão permanente de fiscalização do
1977 CNS iria atuar a partir de demandas estaduais. Conselheira **Gilca Starling Diniz** manifestou-se contrária
1978 à proposta de instituição de comissão de fiscalização do CNS, considerando que o processo de
1979 reformulação das Comissões e GTs do Conselho não foi concluído. Além disso, disse que era papel do
1980 CNS estimular a instituição de comissões de fiscalização nos estados, a fim de formar uma rede de
1981 articulação. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, falou que era atribuição do CNS
1982 fiscalizar e apurar fatos a partir de demandas. **Após essas considerações, foi acordado que seria**
1983 **elaborada uma proposta inicial de Regimento Interno para a Comissão Permanente de Fiscalização do**
1984 **CNS, a ser enviada à apreciação dos Conselheiros, no sentido de receber contribuições.** ITEM 10 –
1985 **INFORMES E INDICAÇÕES – RELATÓRIO DA CCG** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**
1986 **Aparecida da Cruz**, apresentou o relatório da reunião da Comissão de Coordenação-Geral (CCG),
1987 realizada no dia 15 de junho de 2004, destacando os seguintes informes e indicações: 1) Ofício do
1988 Conselho Distrital de Saúde da AP 5.III (Paciência, Santa Cruz, Sepetiba – Rio de Janeiro),
1989 questionando a organização de várias Conferências Temáticas sem planejamento prévio. A Secretaria-
1990 Executiva do CNS apresentou o Ofício ao Plenário do CNS para apreciação e debate. Explicou que a
1991 proposta da CCG era de responder ao Ofício, utilizando como subsídio o Relatório da 12ª Conferência
1992 Nacional da Saúde e as Conferências Temáticas a serem realizadas até a 13ª Conferência Nacional de
1993 Saúde. Conselheiro **Eni Carajá Filho** ressaltou que seria necessário encaminhar reposta ao Ofício,
1994 enfatizando a importância das Conferências Temáticas na efetivação do SUS. Conselheiro **Alexandre**
1995 **de Oliveira Fraga** ressaltou que seria necessário promover debate sobre a dinâmica das Conferências
1996 Temáticas e definir as Conferências a serem realizadas em 2005, no sentido de garantir orçamento e
1997 mobilizar a participação de estados e municípios. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**
1998 sugeriu que o Conselho de Saúde, o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS firmassem
1999 pacto de responsabilidade com os gestores municipais, visando o fortalecimento do Controle Social nos
2000 municípios. Além disso, chamou atenção para a importância da presença dos representantes do
2001 governo nas reuniões do CNS, a fim de garantir a pontuação. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**
2002 sinalizou a importância da capacitação de gestores para o fortalecimento do Controle Social e de suas
2003 instâncias de deliberação. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ressaltou que a base não estava
2004 participando do debate das Conferências, por essa razão, disse que era preciso rever a lógica das
2005 Conferências. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** informou o Plenário sobre a realização de Seminário
2006 Nacional, a ser realizado no mês de agosto de 2004, com o objetivo de preparar o documento-base que
2007 subsidiaria as discussões da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador que será realizada de
2008 03 a 06 de julho de 2005. **Feitas essas considerações, o Plenário decidiu responder ao Ofício do**
2009 **Conselho Distrital de Saúde da AP 5.III (Paciência, Santa Cruz, Sepetiba – Rio de Janeiro),**
2010 **esclarecendo que o prazo para a organização das Conferências Temáticas foi curto em virtude da**
2011 **conjuntura; tratar das Conferências aprovadas para serem realizadas até a 13ª Conferência Nacional**
2012 **de Saúde no debate sobre o Orçamento 2005, a fim de definir as que serão realizadas em 2005; e**
2013 **assimilar as críticas ao processo de organização e debatê-las no próximo período.** 2) Solicitação da
2014 Rede de Educadores Populares de Saúde de apoio para edição do jornal “Saúde em Conta-Gotas”. O
2015 pedido foi enviado ao Conselho Editorial da Editora do Ministério da Saúde. 3) Fórum Social das Águas
2016 da Amazônia – Data: 25 e 26 de junho – Local: Manaus/AM – Painel “Políticas Públicas do Governo
2017 Federal para Gestão Participativa das Águas no Brasil”. Não foi possível indicar representante para
2018 participar do Fórum. 4) Resumo Executivo da Tripartite. Encaminhamento: pautar para próxima reunião
2019 do CNS. 5) Convite para a solenidade de assinatura das portarias que instituem a Política Nacional de
2020 Atenção ao Portador de Doença Renal; Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta
2021 Complexidade; Política Nacional de Atenção em Traumato-Ortopedia de Alta Complexidade – Data: 15
2022 de junho – Local: Auditório Emílio Ribas. Os representantes da CCG participaram da solenidade e a
2023 Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** representou o CNS na solenidade. 6) Comitê de Investigação do
2024 Óbito Infantil – o Ministério da Saúde solicita indicação de um representante do CNS para participar
2025 desse comitê. Encaminhamento: levar para deliberação do CNS. O Plenário decidiu que a Comissão
2026 Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU/CNS) irá acompanhar o Comitê. 7) Seminário de Saúde
2027 Ambiental no Âmbito do SUS – Data: 21 a 23 de julho. Local: Brasília-DF. Indicar um representante do
2028 CNS para a mesa de abertura. O Plenário indicou o Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** para
2029 participar da abertura e decidiu convidar a Comissão Intersetorial de Saúde e Meio Ambiente
2030 (CISAMA/CNS) para participar do Seminário. 8) Audiência Pública para “Esclarecimentos sobre
2031 Infecção de Prótese Mamária” – Data: 17 de junho – Local: Plenário 16 da Câmara dos Deputados. Não
2032 foi possível acompanhar o evento. 9) Audiência Pública para “Expor as ações da pasta voltadas para a
2033 atenção universal e integral à saúde e as metas para redução dos índices epidemiológicos dos
2034 principais riscos e agravos à saúde no Brasil e prestar esclarecimentos sobre a aquisição de
2035 hemoderivados pelo Ministério da Saúde” - Convidado: Ministro Humberto Costa. Data: 16 de junho –

Local Plenário 7 da Câmara dos Deputados. A audiência foi acompanhada por representantes da Secretaria-Executiva do CNS. 10) VI Congresso Nacional da Rede Unida – Data: 2 a 5 de julho de 2005 – Local: Belo Horizonte/MG. Os representantes da Rede Unida pediram para ser pautado o pré-debate desse congresso no pleno do CNS em novembro. Encaminhamento: agendar discussão para o mês de novembro de 2004. 11) Comissão Intersetorial de Orçamento e Finanças (COFIN/CNS) – Os representantes da Plenária Nacional de Conselhos reivindicam a participação nas reuniões da COFIN/CNS. Conselheiro **Eni Carajá Filho** apresentou nota de esclarecimento sobre a participação dos representantes da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos nas reuniões da COFIN/CNS. Comunicou que a Plenária Nacional de Conselhos sempre se comprometeu com a regulamentação do financiamento para o SUS e no presente momento em que tramita no Congresso Nacional o projeto de regulamentação da EC nº 29, a Coordenação assumiu o compromisso com o conjunto de Conselheiros de acompanhar o processo de regulamentação. Dessa forma, explicou que Plenária de Conselhos solicitava a participação dos representantes da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos na COFIN/CNS enquanto houvesse o processo de mobilização em prol da regulamentação da EC nº 29. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland**, Coordenadora da COFIN/CNS, concordou com o pleito da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos em participar da COFIN/CNS enquanto houver a mobilização em prol da regulamentação da EC nº 29. Explicou que o processo de debate sobre a regulamentação da EC nº 29 teria nova dinâmica no segundo semestre de 2004, em função do calendário político. Além disso, ressaltou que seria importante concluir o debate sobre o processo de regulamentação das Comissões e GTs do CNS. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** também concordou com a proposta de participação dos representantes da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos na COFIN/CNS, contudo, disse que seria necessário regulamentar essa participação. O representante da Coordenação da Plenária de Conselhos, **Paulo Roberto V. Cardoso**, explicou que o interesse da Plenária de Conselhos era participar pontualmente do debate sobre a regulamentação da EC nº 29 e não de toda a reunião da COFIN/CNS, considerando o papel de mobilização da Plenária. **Feitos esses esclarecimentos, o Plenário endossou a participação da Coordenação da Plenária de Conselhos no debate sobre a regulamentação da EC nº 29 no âmbito da COFIN/CNS.**

INFORMES E INDICAÇÕES – *Informes:* Em virtude da exigüidade de tempo, não foi possível apresentar os informes. *Indicações -* A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida Cruz**, submeteu à apreciação do Plenário do CNS as seguintes questões que precisavam de indicação: 1) Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS – a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos solicita a indicação de um representante do CNS na Comissão Julgadora do Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS. *Indicação:* Conselheiro **Moisés Goldbaum**. 2) Plenária Municipal de Conselhos de Saúde – o Conselho Municipal de Londrina solicita a indicação de um representante do CNS para falar do tema “Participação Popular com Controle Social”, na 1ª Plenária Municipal de Conselhos de Saúde, a realizar-se no dia 21 de agosto de 2004, de 8 as 18 h. O representante para participar do evento será indicado na próxima reunião do CNS. 3) CONSEA – a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN/CNS) indicou para observadores no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutrição (CONSEA), como representantes do CNS, os Conselheiros **Augusto Alves do Amorim** (suplente) e **Nildes de Oliveira Andrade** (titular). 4) Seminário Internacional de Ciência e Tecnologia em Saúde para o Mercosul – O Ministério da Saúde convida o CNS para participar do Seminário Internacional de Ciência e Tecnologia em Saúde para o Mercosul, que será realizado de 11 a 14 de julho de 2004, no Rio de Janeiro. O evento é parte das atividades da Coordenação Nacional da Reunião dos Ministros de Saúde do Mercosul. *Indicação:* Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**. 5) A FIOCRUZ está atualizando seu processo de formação de gestores e, no que tange ao gerenciamento de hospitais, solicitou indicação de dirigentes para desempenhar tais trabalhos. Solicita a indicação de duas entidades representantes de usuários e uma entidade representante de trabalhadores de saúde que pudessem responsabilizar-se por essas indicações e fossem mantidas como contatos. Solicitante: Dr. **Valter Mendes** – assessor de Desenvolvimento Institucional da Escola de Governo na ENSP/FIOCRUZ. Os segmentos dos usuários e dos trabalhadores em Saúde farão a indicação das entidades. *Pendências:* Priorizar a definição das datas das reuniões do Grupo de Trabalho de Comissões e GTs; do Grupo de Trabalho de Normatização; e do Grupo de Trabalho de Capacitação de Conselheiros. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** aproveitou a oportunidade para ressaltar a importância de pautar o debate sobre o relatório do GT do CNS sobre as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). O relatório do GT foi distribuído aos Conselheiros para conhecimento e apresentação de contribuições e será oportunamente pautado para debate no CNS. **ITEM 11 – INFORMES DA TRIPARTITE** – Item não apresentado. *Itens extra pauta:* 1) **RELATÓRIO DA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE** – Foi distribuído aos Conselheiros o Relatório Preliminar da 12ª Conferência Nacional da Saúde, versão dirigida aos delegados para votação complementar da plenária final. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, consultou o Plenário sobre a proposta de

2096 divulgar o Relatório Preliminar na página do CNS, sinalizando os pontos que iam ser votados pelos
2097 delegados, e distribuí-lo nas Conferências Temáticas de Saúde Bucal e Ciência, Tecnologia e Inovação
2098 em Saúde. Conselheiro **Eni Carajá Filho** ressaltou que o Plenário, na última reunião do CNS, deliberou
2099 por excluir o item 101 do eixo temático “A Organização da Atenção à Saúde”, entretanto, o item
2100 permanecia no Relatório Preliminar enviado para votação dos delegados. Conselheiro **Carlos Alberto**
2101 **Duarte** manifestou preocupação com o fato de o item 101 constar no Relatório para votação dos
2102 delegados, tendo o Plenário decidido por exclui-lo. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
2103 **Cruz**, propôs que fosse publicada errata do CNS, explicando que o Plenário deliberou por suprimir o
2104 item 101. Dito isso, o Plenário autorizou a divulgação do Relatório Preliminar da 12ª Conferência
2105 Nacional da Saúde na página do CNS, bem como sua distribuição nas Conferências Temáticas de
2106 Saúde Bucal, a ser realizada de 29 de julho a 1º de agosto de 2004, e Ciência, Tecnologia e Inovação
2107 em Saúde, a ser realizada de 25 a 28 de julho de 2004. 2) REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS E
2108 MUDANÇA DE DATA DA 146ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – O Plenário aprovou a realização de
2109 Reunião Extraordinária no dia 30 de agosto de 2004, das 9 às 17 horas, com o propósito de analisar a
2110 proposta de Projeto de Lei do Orçamento 2005, e antecipou a realização da 146ª Reunião Ordinária,
2111 anteriormente agendada para 02 e 03 de setembro de 2004, para os dias 31 de agosto e 1º de
2112 setembro de 2004. 3) COMISSÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E FARMACOEPIDEMIOLOGIA –
2113 Conselheiro **Moisés Goldbaum** explicou que a proposta era constituir a Comissão de Vigilância
2114 Sanitária e Farmacoepidemiologia com 11 membros titulares e seus respectivos suplentes, com a
2115 seguinte composição: *Gestores:* 1) Titular: ANVISA, CONASS e CONASEMS; Suplente: FIOCRUZ;
2116 *Profissionais de Saúde:* 1) Titular: Conselho Federal de Medicina Veterinária; Suplente: ABEN; 2)
2117 Titular: ANSEVS; Suplente: Entidades Médicas; 3) Titular: FENAFAR; Suplente: Nutrição. *Usuários:* 1)
2118 Titular: CUT; Suplente: COBAP; 2) Titular: SOBRAVIME; Suplente: CNI; 3) Titular: ABRASCO;
2119 Suplente: CNA; 4) Titular: Portadores de Patologia; Suplente: Prestadores de Serviço: 1) Titular:
2120 Confederação Nacional de Saúde (CNS); Suplente: Confederação Nacional de Saúde (CNS). A
2121 composição da Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia foi aprovada. 4) SEMINÁRIO
2122 PREPARATÓRIO PARA A 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR – Foi
2123 distribuída aos Conselheiros a proposta da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
2124 (CIST/CNS) para realização de seminário nacional, com o objetivo de preparar diretrizes gerais que
2125 subsidiarão as discussões nas etapas municipais e estaduais da 3ª Conferência Nacional de Saúde do
2126 Trabalhador, convocada para os dias 03, 04 e 05 de julho de 2005. Segundo o conteúdo da proposta, o
2127 seminário terá cerca de 200 participantes entre trabalhadores, gestores, empregadores, representações
2128 dos movimentos sociais e sindicais e controle social e como metodologia a apresentação de painéis e
2129 de grupos de trabalho. As datas indicativas para a realização do seminário são: 23, 24 e 25 ou 25, 26 e
2130 27 de agosto de 2004, em São Paulo. Após considerações, foi definida a data de 23, 24 e 25 de agosto
2131 de 2004 para a realização do referido seminário. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** solicitou que
2132 a proposta de realização desse evento fosse pautada para debate no CNS, considerando que havia
2133 discordância em relação à programação e ao número de participantes. ENCERRAMENTO: Nada mais
2134 havendo a tratar, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos da
2135 144ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: *Aos sete dias do mês*
2136 *de julho do ano de dois mil e quatro:* Alexandre de Oliveira Fraga, André Luiz B. de Carvalho, André
2137 Luiz de Oliveira, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Ciro Mortella, Cleuza de Carvalho
2138 Miguel, Clóvis A. Boufleur, Crescêncio Antunes da S. Neto, Cristiano Cláudio Torres, Eni Carajá Filho,
2139 Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Geraldo Adão
2140 Santos, Gilca Starling Diniz, Gislei Knierim, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, Júlia
2141 Maria Roland, Júlio Strubing M. Neto, Lilian Aliche, Luiz Fernando C. Silva, Maria Eugênia C. Cury,
2142 Maria Júlia Reis Nogueira, Maria Irene M. Magalhães, Maria Leda de R. Dantas, Mauro Fernando,
2143 Moisés Goldbaum, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo César A. de Sousa, Paulo Rogério A. de Oliveira,
2144 Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Vera Lúcia M. Vita, Volmir Raimondi, e Willian
2145 Saad Hossne. *Aos oito dias do mês de julho do ano de dois mil e quatro:* Alexandre de Oliveira Fraga,
2146 André Luiz B. de Carvalho, André Luiz de Oliveira, Carlos Alberto E. Duarte, Cleuza de Carvalho
2147 Miguel, Clóvis A. Boufleur, Cristiano Cláudio Torres, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz Eliotério, Francisco
2148 Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Geusa Dantas Lélis, Gilca Starling Diniz, Graciara Matos de
2149 Azevedo, João Donizeti Scaboli, Júlio Strubing M. Neto, Lilian Aliche, Luiz Alberto Silva, Luiz Fernando
2150 C. Silva, Maria Irene M. Magalhães, Maria Luiza Jaeger, Mauro Fernando, Miriam Regina F. Salomão,
2151 Moisés Goldbaum, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo César A. de Sousa, Silvia Marques Dantas,
2152 Solange Gonçalves Belchior, Vera Lúcia M. Vita, e Volmir Raimondi.