



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA CENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS**

**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 Secretária-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 locus 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 cumpri-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

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

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

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

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



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



o acompanhamento da execução dos programas e ações, associado à dotação orçamentária, entre outros. O Coordenador-Geral de Orçamento e Financiamento do Ministério da Saúde, **Arinaldo Bonfim Rosendo**, ressaltou que para a definição de contingenciamento, o Ministério da Saúde considerava uma série de critérios, de tal maneira, explicou que eram passíveis de contingenciamento as ações não destinadas a custeio de serviços já prestados e os créditos aprovados no último trimestre do ano. A Coordenadora do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF/MS), **Patrícia Raupp Machado Leal**, prestou esclarecimentos sobre a execução orçamentária do PROESF em 2003. Explicou, a princípio, que havia uma expectativa de início do Projeto em 2002, assim, foi definida uma programação orçamentária extremamente alta. No entanto, não foi possível iniciar a execução do orçamento, em virtude de o acordo de empréstimo ter sido assinado em dezembro de 2002. Disse que tal fato teve reflexo negativo na proposta orçamentária de 2003, considerando que não houve nenhuma execução em 2002. Ressaltou que o processo de contratação de municípios foi extremamente moroso e somente em setembro de 2003 foi possível repassar o primeiro recurso. Destacou que o PROESF era um programa prioritário, assim, nenhum município teve o processo licitatório adiado ou cancelado por conta do não recebimento do recurso. O representante da Coordenação da Política de Sangue e Hemoderivados/MS, **Paulo Henrique Dantas Antonino**, reafirmou, a princípio, que um dos determinantes da baixa execução orçamentária do Ministério da Saúde em 2003 foi o contingenciamento orçamentário. Contudo, ressaltou que o Programa Sangue Hemoderivados não sofreu prejuízos significativos em função desse contingenciamento, em virtude da determinação de Governo de retorno da Política de Sangue ao Ministério da Saúde, que se encontrava sob a responsabilidade da ANVISA, na perspectiva de integrar as ações e programas de saúde. Explicou que foi executada uma série de ações programadas para 2003, comprometendo, inclusive, o orçamento 2004. Ressaltou que o orçamento 2004 seria insuficiente para a implementação das ações, assim, seria necessário aumento do orçamento para 2005. O representante da Coordenação-Geral de Fomento e Cooperação Técnica do DATASUS/MS, **Carlos Vanderley Soares**, prestou esclarecimentos sobre a implantação do Cartão SUS. Ressaltou que, considerando a realidade da administração pública federal e a conjuntura de 2003, a execução orçamentária do Programa de Implantação do Cartão SUS (65%) era razoável. Em relação à execução no primeiro semestre de 2004, reconheceu que o percentual de execução era baixíssimo, em decorrência, dentre outros aspectos, de mudanças no Programa. Ressaltou que o Programa encontrava-se em fase de reavaliação e absorção de tecnologia utilizada na implantação do projeto piloto. Explicou que a meta era implantar o Cartão SUS em 2.000 municípios até o final do Governo **Lula**. Para isso, disse que seria necessário grande investimento nos municípios para a aquisição de tecnologias necessárias à implantação e utilização efetiva do Cartão. Informou que seria feita análise dos processos no decorrer do período eleitoral, para que, em novembro de 2004, fosse iniciada a liberação do orçamento 2004, visando a implantação de infra-estrutura nos municípios. Explicou que estava em processo de aquisição cerca de R\$ 50 milhões para o Programa e aguardava-se melhor momento para serem adquiridos pelo Ministério da Saúde, uma vez que a determinação atual era de reabastecimento de hemoderivados, retrovirais, preservativos e medicamentos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** mostrou preocupação com o fato de o recurso do Programa de Implantação do Cartão SUS ter sofrido contingenciamento. Nessa linha, pediu esclarecimentos sobre o percentual de distribuição do Cartão SUS, considerando que, em Goiânia, para distribuição de medicamentos seria exigida a apresentação do Cartão. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** entregou à coordenação da mesa Carta de um médico do Estado de São Paulo, enviada ao Ministério da Saúde, questionando os critérios da Política do PROESF 2004 para nova manifestação, por parte do Ministério, em virtude de a resposta não ter sido considerada satisfatória. Registrou também que a baixa execução orçamentária do Programa de Sangue e Hemoderivados tem sido recorrente nos últimos cinco anos. Por fim, solicitou que fosse avaliado o percentual de distribuição do Cartão SUS nos 44 municípios pilotos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** enfatizou a importância de o CNS ter acesso às ações programadas e executadas do Programa de Sangue e Hemoderivados, considerando que se tratava de uma das áreas estratégicas para o SUS. Além disso, perguntou sobre a situação da implantação do Cartão SUS no país. Em resposta às intervenções, O Subsecretário de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), **Valcler Fernandes**, manifestou preocupação com a iniciativa de exigir a apresentação do Cartão SUS para obter medicamentos, considerando que essa não era a orientação do Ministério da Saúde, pois o acesso ao medicamento era um direito e o Cartão era um meio para garanti-lo. Explicou que houve uma redução no que diz respeito às ações fragmentadas no âmbito do Ministério da Saúde, visando dar maior transparência à realidade das políticas implementadas. Informou também que o Ministério da Saúde estava promovendo mudanças no modelo de gestão do Programa Sangue e Hemoderivados, o que contribuiria para reverter a situação da baixa execução orçamentária nos últimos anos. Disse ainda que foi realizado encontro com gerentes dos 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 impedisse o acesso a direitos garantidos, a pretexto da apresentação do Cartão, até que se atingisse um percentual superior a 90% de implantação. A Secretária-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, **Arinaldo Bonfim Rosendo**, explicou que o orçamento era um

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

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

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

776 apresentada solicitação de suplementação orçamentária, de R\$ 145 milhões, aprovada em novembro  
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, **Arinaldo 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 contratos 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, **Odete 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 constituídas 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), **Valcler 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 trimestrais 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 na 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 Secretária-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 Secretária-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 ética 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 gênica. 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 encontrem 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 incluam: **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 conveniente 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. Bouffeur** 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 Secretária-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. Acrescentou 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 Carneiro** - 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 Secretária-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

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

Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que os conselheiros titulares receberam a ficha de inscrição da Conferência para ser preenchida. Ressaltou que os conselheiros titulares que não pudessem participar da Conferência teriam de entregar a ficha para o primeiro ou segundo suplente. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal – Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou informe sobre o processo de realização da Conferência, destacando, a princípio, que todos os Estados realizaram as etapas estaduais. Informou que seria necessário substituir o Conselheiro Francisco Batista Júnior, palestrante do Painel Temático III - Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal, em virtude da impossibilidade de sua participação no painel. Ressaltou que o material publicitário da Conferência estava sendo rodado na gráfica e seria encaminhado aos estados tão logo fosse concluído. Informou que, após pregão para a escolha da empresa responsável pela organização da Conferência, foi definida a promotora de eventos “Daimon”. Acrescentou que a empresa escolheu o Minas Brasília Tênis Clube para a realização da Conferência, no qual seriam feitas as adaptações necessárias. Por fim, ressaltou que a participação do Presidente da República na Conferência estava assegurada. Após o informe, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o Plenário teria de definir nome para representar e falar em nome do CNS na mesa de abertura da Conferência. O Plenário aprovou o nome da Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** para representar e falar em do CNS na mesa de abertura da Conferência. Os pontos principais do pronunciamento da Conselheira constarão da “Carta Eletrônica” que será encaminhada aos Conselheiros no dia 17 de julho de 2004. Definido esse ponto, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou os recursos recebidos em relação à 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Iniciou com a apresentação do protesto do Município de Nova Lima, Minas Gerais, informando que a ficha de inscrição de delegados entregue ao Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais não foi acatada. Explicou que a Comissão Organizadora solicitou esclarecimentos sobre a questão ao Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, mas não houve resposta oficial à solicitação. Por essa razão, a Comissão Organizadora sugeria 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 comissão organizadora da conferência do município. Ressaltou que, ao tomar conhecimento do protesto, consultou a coordenadora da Conferência e foi informado que o documento foi enviado ao CNS em virtude da insatisfação frente ao tratamento dispensado aos delegados da Conferência. Além disso, disse que solicitara esclarecimentos ao Conselho Estadual e foi informado que o Município de Nova Lima não entregou a lista de delegados no local adequado. Explicou que o Conselho Municipal de Nova Lima trataria do assunto e formalizaria documento oficial ao Conselho Estadual de Saúde. Feito esse esclarecimento, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, falou sobre os recursos de Fortaleza e Belo Horizonte, explicando que as Conferências Estaduais de Minas Gerais e do Ceará não utilizaram o critério populacional na eleição dos delegados, mas sim o número de 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, a divisão das vagas por Regiões Administrativas dos Estados e não pelo critério populacional seria de responsabilidade da Plenária das Conferências Estaduais. Nesse sentido, explicou que a proposta da Comissão Organizadora era que o CNS definisse, no Regimento Interno das próximas Conferências Temáticas, o ordenamento do processo eleitoral e, no momento, fosse feita articulação com as Capitais na tentativa de solucionar o impasse. Em seguida, apresentou o recurso da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) solicitando manifestação do CNS sobre a iniciativa da plenária da Conferência Estadual do Ceará de proibir a candidatura de delegados eleitos pelas Entidades Estaduais à etapa nacional. Explicou que a proposta da Comissão Organizadora era de enviou resposta do CNS à questão, conforme as orientações do Regimento Interno da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal no que diz respeito à definição da delegação, considerando que houve descumprimento do Regimento. Por fim, falou sobre o recurso do Amazonas que denunciava irregularidades na eleição e composição da delegação do estado (delegados eleitos representando segmento distinto ao qual pertence) e falta de paridade na definição dos delegados para as etapas estadual e nacional (diminuição do número de delegados dos municípios). Citou o caso de um delegado de Parintins, Município do Amazonas, que ora aparecia como representante dos gestores, ora como profissional de saúde. Ressaltou que a Comissão Organizadora da Conferência pediu maiores esclarecimentos sobre o fato, mas não houve resposta. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** explicou que a validade da Conferência Estadual do 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. Bouffleur** 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 Secretária-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/UFGM 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/UFGM: 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)



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

avaliação do processo. Citou também as lições apreendidas, dentre as quais, destacam-se: **1)** em relação à Política de Fortalecimento de Controle Social: **a)** desenvolvimento de processos permanentes de capacitação de conselheiros no âmbito de uma política de fortalecimento do controle social ampliada que incluía segmentos sociais e estratégias diversificadas, diferentes de programas e ações pontuais; e **b)** desencadeamento do processo de construção da política de fortalecimento do controle social de forma descentralizada, ascendente, respeitando as singularidades locais e as diversidades pactuadas por municípios, estados e União, envolvendo atores da sociedade civil; **2)** em relação ao material pedagógico: **a)** elaboração de materiais de apoio e de referência para os processos de formação em âmbito nacional e criar condições para a elaboração de materiais de caráter mais localizado; e **b)** construção do material junto com os envolvidos, respeitando e articulando os vários tipos de conhecimento, a realidade dos conselheiros e os diversos tipos de materiais; **3)** em relação aos recursos financeiros: necessidade de investimento de recursos dos municípios, estados e União para a formação ampliada de conselheiros, com uma lógica adequada e formas flexíveis de financiamento e gestão dos mesmos a fim de dar conta das exigências e dinâmica que emanam dos processos formativos; **4)** em relação à operacionalização do processo: **a)** necessidade de construir redes de apoio e articulação para viabilizar e sustentar tanto a capacitação, quanto outras estratégias de fortalecimento do controle social; **b)** importância de refletir sobre as ênfases temáticas e a opção metodológica dos processos formativos de conselheiros e de agentes sociais para a gestão social das políticas públicas, considerando que a perspectiva da educação problematizadora e compartilhada requer um aprofundamento permanente; e **c)** a necessidade de refletir sobre o perfil dos educadores, sua formação, os processos e a forma de escolha dos mesmos para novos processos de formação. Concluída a apresentação, os Conselheiros manifestaram-se sobre o tema. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o GT de Capacitação, composto na última reunião do CNS, utilizasse como diretriz de trabalho o Manual para Capacitação de Conselheiros de Saúde, aprovado no CNS. Ressaltou a importância de verificar as regiões onde restava recursos do Projeto, considerando que monitores em alguns locais não foram pagos. Informou que a 12ª Plenária de Conselhos de Saúde, a realizar-se em novembro de 2004, teria como ponto central o debate sobre a formação de recursos humanos da saúde e a capacitação de Conselheiros de Saúde. Por fim, destacou como ponto positivo do Projeto o fato de ter despertado os Conselheiros para o exercício político do Controle Social. Conselheiro **André Luiz B. de Carvalho** cumprimentou o expositor pela apresentação, entretanto, destacou preocupações que permaneciam. A princípio, enfatizou a necessidade de fortalecer as entidades locais, para que possam exercer o papel de executoras de projetos nas suas regiões. Além disso, ressaltou a importância de divulgar o perfil dos Conselheiros do Brasil, na perspectiva de identificar as fragilidades do Controle Social. Por fim, sugeriu que, para os próximos projetos, a didática pedagógica fosse construída de forma ascendente, a partir das necessidades dos Conselheiros. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** perguntou se os resultados apresentados concernentes ao Estado do Rio Grande do Sul tinham por base a meta total do Projeto ou a meta proposta pelo Consórcio. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** chamou a atenção para o fato de o processo organizativo e a condução do Projeto terem sido feitos pelos gestores, sem a ótica do Controle Social, o que se configurava em um dos grandes problemas do Projeto. Acrescentou que um dos principais entraves enfrentados no desenvolvimento do Projeto foi a falta de envolvimento dos gestores municipais. Ressaltou que o GT criado pelo CNS para tratar do tema teria grandes tarefas, considerando que em 2004 haveria mudanças em grande parte dos Conselhos Municipais. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** ressaltou a importância de envolver as instituições no processo de capacitação e de definir melhores critérios para a escolha dos monitores. Conselheiro **Cristiano Cláudio Torres** elogiou o material utilizado no Projeto de Capacitação, considerando que foi um dos que mais se aproximou da realidade do Conselheiro. Além disso, ressaltou que o maior obstáculo do processo de capacitação era a falta de capacitação dos gestores. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou qual a meta do Projeto em relação ao número de Conselheiros a serem capacitados e se havia possibilidade de realizar levantamento do número de Conselheiros capacitados por segmento. Enfatizou ainda a necessidade de realização de cursos de capacitação para Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de garantir a gestão eficiente e compatível às exigências do SUS. O representante da Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde, **Paulo Roberto V. Cardoso**, reafirmou que a Política de Fortalecimento do Controle Social era reconhecida pelos três segmentos e não poderia refletir apenas a visão do gestor. Assim sendo, deveria ser avaliada e acompanhada pelas três esferas de gestão. Disse, também, que seria importante avaliar o impacto do curso e formar uma rede de Conselhos. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, a princípio, ressaltou a importância de o processo de capacitação ser feito de forma articulada com os vários setores (educação, saúde, justiça, entre outros). Apresentou como críticas ao processo o fato de a regionalização ter sido feita sem debate e a agenda do Conselheiro não ter sido considerada. 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 Secretária 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 contudentes 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 Secretária-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*  
1495 *capita*/ano, a partir da competência abril de 2003; aumento de 20% nos valores dos incentivos de

custeio do Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal a partir da competência maio de 2003; alteração das faixas de cobertura populacional para os municípios com mais de 100.000 habitantes, a partir da competência maio de 2003; instituição do Incentivo Adicional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde que representa a 13ª parcela a ser paga para o agente comunitário de saúde; e alteração do parâmetro para implantação da Saúde Bucal, possibilitando a relação de uma equipe para cada Equipe de Saúde da Família. Tratou também do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), que visa apoiar a conversão do modelo de Atenção Básica à Saúde nas grandes cidades brasileiras. Lembrou que, antes de iniciar a execução, o PROESF foi apresentado ao Plenário do CNS. Sobre a execução orçamentária, informou que dos R\$ 70,3 milhões para repasse aos municípios foram transferidos R\$ 39 milhões, representando uma transferência de 40% dos recursos comprometidos. Destacou também as seguintes alterações no financiamento do PROEDF para competência maio de 2004: atualização da base populacional dos municípios (IBGE 2003) - 2.238.447 novos habitantes; reajuste nos valores dos incentivos financeiros do PACS (custeio e adicional – 13º repasse); e incentivo para implantação das equipes de saúde bucal na ordem de R\$ 6.000,00 e um segundo incentivo para compra de equipamentos odontológicos para cada equipe de saúde bucal na modalidade 2. Acrescentou que foi aprovado na Tripartite, para competência julho de 2004, financiamento para promoção da equidade em saúde cujo objetivo era ampliar o acesso à saúde de populações em situação de desigualdade social, por meio da estratégia Saúde da Família, considerando as diversidades regionais e utilizando uma política de financiamento apoiada no princípio da equidade. De tal maneira, os municípios de menor porte, com dificuldades de fixação dos profissionais de saúde da família, teriam um incremento de 50% na tabela de transferência de recursos para o Saúde da Família, sendo eles: municípios da região amazônica com menos de 50 mil habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7; e nas demais regiões os municípios com menos de 30 mil habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7. Acrescentou que as equipes de saúde bucal também teriam um incremento nesse conjunto de municípios. Informou que a proposta atenderia cerca de 3.500 municípios, beneficiando 30 milhões de pessoas. Apresentou também a proposta de ampliação de 50% do valor dos incentivos do Saúde da Família e Saúde Bucal pagos atualmente a municípios que não se enquadram nos critérios supracitados e possuíam população remanescente de quilombos ou assentamentos. Afirmou que as medidas eram de extrema importância na promoção da equidade em saúde. Falou também sobre a iniciativa de revisão dos parâmetros de cobertura dos agentes comunitários de saúde na zona rural dos municípios da Amazônia Legal, com redução do número de pessoas acompanhadas por Agente Comunitário de Saúde que passaria a ser de, no mínimo 280 e no máximo de 320, com um impacto previsto de 7.435 novos agentes comunitários de saúde, com incremento de R\$ 1.7 milhões mensais. Teceu comentários sobre a estratégia de ampliação e implantação dos serviços especializados de odontologia, com financiamento do Ministério da Saúde, estados e municípios. Apresentou também as propostas de equipes em transição para a estratégia do Saúde da Família, que visava a ampliação de 40% do valor da equipe de Saúde da Família (dois médicos de 20h); e equipes matriciais de apoio, visando a resolutividade no âmbito da saúde mental, da reabilitação, atividades físicas e práticas complementares. Informou que a proposta das chamadas equipes em transição seria discutida para pactuação na próxima reunião da Tripartite. Por fim, informou que estavam em fase de discussão as práticas complementares e medicinas naturais no âmbito da Atenção Básica. Concluída a apresentação, passou à assessora técnica da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica/MS, **Cinthia Kalyne de A. Alves**, para apresentação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica. A assessora técnica da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica/MS, **Cinthia Kalyne de A. Alves**, explicou que o Pacto de Indicadores da Atenção Básica era um instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica cuja missão era monitorar e avaliar a Atenção Básica, instrumentalizando a gestão e fomentar/consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. Ressaltou que, para institucionalizar a avaliação da Atenção Básica, foram definidos vários projetos estratégicos, dentre eles, a dinamização do pacto. Enfatizou que o pacto era um instrumento formal de negociação entre gestores das três instâncias de governo, com o objetivo de negociar metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. Explicou que o elenco de indicadores do pacto era definido anualmente a partir de um processo colegiado de discussão, envolvendo as áreas técnicas do Ministério da Saúde, representantes do CONASS e CONASEMS e o resultado do consenso era apresentado a CIT para aprovação. Sobre esse aspecto, ressaltou a importância da participação do Controle Social na definição do elenco de indicadores. Citou dados sobre o número de indicadores selecionados para pactuação nos últimos anos, sendo 1999 - 41 indicadores; 2000 - 30 indicadores; 2001 - 17 indicadores; 2002 - 22 indicadores; 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 perinatais 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

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

recursos financeiros disponibilizados. Sugeriu, ainda, que na pactuação entre gestores e prestadores fosse incluído o desenvolvimento de rotinas e protocolos clínicos. Em resposta às intervenções, a Coordenadora da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem/MS, **Thereza de Lamare F. Netto**, explicou que os adolescentes eram passíveis de medidas sócio-educativas e não de prisão, logo, não eram contemplados pelos recursos do sistema prisional. O gerente do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna/MS, **Adison França**, explicou que na proposta do PROESF estava registrada a importância da ata do Conselho Municipal de Saúde, de forma a preservar o papel dos Conselhos Municipais de Saúde. Além disso, informou que o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal reafirmava a assistência pré-natal com, no mínimo, seis consultas. Endossou a proposta de acompanhamento e avaliação das metas do Pacto, por intermédio da CISMU/CNS. A assessora técnica da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica/MS, **Cinthia Kalyne de A. Alves**, esclareceu que alguns dos indicadores contemplados no Pacto de Indicadores da Atenção Básica estavam sendo atualizados de acordo com as prioridades e a conjuntura. Disse ainda que o Pacto da Atenção Básica não era o único instrumento de avaliação da Atenção Básica. Além disso, informou que estava sendo debatida proposta de avaliação do impacto do Programa Saúde da Família. A Diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**, esclareceu que na Portaria do Pacto 2005 constaria como um dos critérios para a aprovação do Pacto a homologação pelos Conselhos Estaduais de Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde. Explicou que os incentivos para as equipes que prestariam atenção à saúde nos assentamentos seriam para qualquer porte de município, independente do Índice de Desenvolvimento Urbano (IDH). O Coordenador-Assistente da Coordenação Geral de Média Complexidade (DAE/SAS), **Joselito Pedrosa**, ressaltou que a Proposta de Política para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade tinha por objetivo trabalhar as necessidades dos usuários por demanda de procedimentos. Destacou que havia demanda reprimida em muitos locais, em consequência da falta de profissionais para realizar as cirurgias eletivas. Feitos esses esclarecimentos, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que a partir das apresentações seria possível compatibilizar a agenda de discussão do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e da Tripartite. Por fim, agradeceu os expositores pela apresentação.

**ITEM 9 – COMISSÃO PERMANENTE DE FISCALIZAÇÃO DO CNS** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou a discussão do item, recuperando os encaminhamentos definidos na última reunião do CNS, realizada nos dias 07 e 08 de julho de 2004, sobre as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para enfrentar os indícios de irregularidades no processo de licitação de hemoderivados, sendo: **1)** divulgação de nota de apoio do CNS às ações do Ministério da Saúde no que diz respeito aos indícios de irregularidades no processo de compras; **2)** composição da Comissão Permanente de Auditoria Interna de forma mista, garantindo-se a participação de representante do CNS; e **3)** criação de comissão permanente do CNS para acompanhar e fiscalizar o processo de compras e licitações do Ministério da Saúde. Sobre o último encaminhamento, informou que foi distribuído aos Conselheiros o Regimento Interno da Comissão Permanente de Fiscalização do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na expectativa de que fosse utilizado como subsídio para o debate do Colegiado sobre o tema. Feitos esses esclarecimentos, convidou o representante do Ministério da Saúde, **Ivan Coelho**, para prestar esclarecimentos sobre as últimas medidas do Ministério da Saúde para enfrentar os indícios de irregularidades no processo de licitação de hemoderivados. O representante do Ministério da Saúde, **Ivan Coelho**, ressaltou, a princípio, que a chamada “Operação Vampiro” foi desencadeada a partir de três denúncias encaminhadas ao Departamento de Polícia Federal, a primeira enviada no dia 18 de março de 2003, a segunda no dia 05 de maio de 2003 e a terceira no dia 09 de setembro de 2003. Explicou que o Ministério da Saúde decidiu enviar as denúncias à Polícia Federal, por entender que os seus instrumentos habituais de apuração de denúncias não eram suficientes. Dito isso, recuperou as principais medidas adotadas pelo Ministério da Saúde frente às informações parciais do inquérito policial da Operação, a saber: **a)** exoneração de um conjunto de funcionários do Ministério da Saúde; **b)** intervenção na área de compras e de recursos logísticos do Ministério da Saúde; **c)** destituição das Comissões de Licitações e substituição por outras Comissões; **d)** adoção do mecanismo de compras eletrônicas para as aquisições de bens e serviços comuns do Ministério da Saúde; **e)** criação de Comissão Permanente de Auditoria Interna para analisar os processos licitatórios realizados, considerando o indício de superfaturamento em outros setores cujo trabalho será concluído no final de julho de 2004; **f)** solicitação de auditoria da Controladoria da União para análise da situação; e **g)** definição de instrumentos capazes de dar transparência aos procedimentos de compra do Ministério da Saúde, dentre eles, a divulgação dos procedimentos de compra na página do Ministério da Saúde. Acrescentou que o Ministério da Saúde tornaria público o cronograma de compras para aquisições de serviços e insumos em 2005. Além disso, ressaltou que os padrões éticos de relação de servidores com fornecedores e funcionários foram redefinidos. Enfatizou que boa parte das medidas adotada estava sendo trabalhada

antes do fato ocorrido, visando dar maior transparência 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. Bouffleur** 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 ressarcimento 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 transparência 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. Bouffleur** 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 Secretária-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 Secretária-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 Secretária-**  
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 **ênfatizando 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 pactuação. 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 **subsidiará 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 – Painele “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 Traumatologia-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. Bouffleur** 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 exiguidade de tempo, não foi possível apresentar os informes. *Indicações* – A Secretária-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 Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, consultou o Plenário sobre a proposta de

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