



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

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

ATA DA CENTÉSIMA TRIGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

ITEM 01 – ABERTURA - Aos seis e sete dias do mês agosto do ano de dois mil e três, no Auditório do *Manhattan Plaza Hotel*, situado no Setor Hoteleiro Norte, Quadra 02, Bloco “A”, Brasília – DF, realizou-se a Centésima Trigésima Terceira Reunião Ordinária do CNS. Por solicitação do Colegiado, a fala do Secretário Executivo do Ministério da Saúde e Ministro Interino da Saúde **Gastão Wagner de Sousa Campos**, na abertura dos trabalhos da 133ª Reunião Ordinária do CNS consta, na íntegra, em Ata. Secretário Executivo do Ministério da Saúde **Gastão Wagner de Sousa Campos** “*Bom dia, Conselheiros e Conselheiras. Na abertura dessa 133ª Reunião do Conselho Nacional de Saúde, falaremos sobre a 12ª Conferência Nacional de Saúde. E, como não poderia deixar de ser, falar da 12ª Conferência é falar sobre o nosso querido Antônio Sérgio da Silva Arouca.* O Ministério da Saúde tem uma proposta para o Conselho Nacional de Saúde, que poderá ser discutida e votada posteriormente: que a 12ª Conferência, além do lema já definido, tivesse o nome do **Sérgio Arouca**, que se chamasse 12ª Conferência Nacional de Saúde **Sérgio Arouca**.

(Aplausos) Porque o Deputado **Sérgio Arouca** tem uma história de vida bastante rica e importante. E a equipe do Ministério da Saúde – com certeza, a Saúde Pública brasileira – perdeu uma grande contribuição. Nós, também, perdemos uma grande contribuição. O Deputado **Sérgio Arouca** foi responsável, além de outras coisas, pela organização e liderança da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, na nossa opinião, foi o verdadeiro marco da fundação do Sistema Único de Saúde. Naquela ocasião – como estava fazendo agora – ele conseguiu potencializar, combinar, estimular o movimento sanitário brasileiro nas suas diferentes vertentes: os profissionais de saúde, as experiências municipais dos anos 80 e 70... A experiência dos trabalhadores de saúde, sindicatos, movimentos populares, experiência legislativa e política. Ele conseguiu exercer uma liderança democrática que por um lado estimulou e por outro estabeleceu limites para permitir que a Conferência negociasse com vários segmentos, para permitir que as bases políticas, as diretrizes, os valores do que seria o Sistema Único de Saúde fosse aprovado de forma quase consensual naquela Conferência. Eu me lembro de dois episódios que demonstraram a capacidade de liderança e de negociação do Deputado **Sérgio Arouca**. A 8ª Conferência招ocou, além dos delegados, um conjunto de pessoas, de brasileiros interessados em fazer a reforma sanitária. E nós, no entusiasmo juvenil do movimento, quando chegamos na Conferência, havia dois mil delegados, eu não me lembro, e dois mil observadores. Teve uma revolta dos observadores: eles queriam arrombar a porta e que todo mundo votasse. Arouca chamou os observadores à tarde e falou: “Gente, isso é sério. Precisa ser legitimado. Cada delegado desse foi um processo de baixo para cima, que não é perfeito, mas é o que temos. Se fizermos isso, nós perdemos legitimidade em tudo que vai ser aprovado. O contexto está bom”. E acalmou a ardor juvenil daquele povo. Logo em seguida, parte dos delegados e observadores, mirando a experiência recente de Portugal, que havia implantado um Sistema Nacional de Saúde que estatizou tudo, surgiu uma polêmica e parte do plenário dos delegados queria estatizar as filantrópicas... que o SUS fosse um sistema absolutamente estatal, e não que combinasse o estatal, o público e o privado. Arouca chamou os delegados à noite e, após duas horas de conversa, conseguiu construir consenso bastante importante. Entre outros méritos de Arouca, ele conseguiu compor esse conjunto de interesses, aquele conjunto de conflitos com resultados importantes para a população brasileira, para a Saúde Pública Brasileira, é um grande mérito. Recentemente, quando ele foi convidado pelo Ministro Humberto Sérgio Costa Lima, pelo Presidente Lula, para montar a nova Secretaria de Gestão Participativa e liderar a nova Conferência, nós notamos – acho que todos vocês notaram – o Sérgio Arouca mais maduro, mais experiente, que nós teríamos, e, com isso, uma grande 12ª Conferência. Em face do acontecido, convidamos o Eduardo Jorge para substituí-lo, que tem bastante experiência. O que eu queria colocar é que uma tarefa de todos nós, pela minha função, pela do Sérgio Arouca e por uma série de identidades, nós víhamos conversando muito sobre a 12ª Conferência. Então, eu quero compartilhar com vocês as nossas reflexões, porque entendemos que a tarefa de organizar uma 12ª Conferência que represente o nosso momento histórico, que seja digna e necessária ao momento que estamos passando, é uma tarefa que não pode ficar só nas costas dos gestores, dos municípios e do MS, mas é uma responsabilidade desse Conselho Nacional de Saúde e de conjunto de atores sociais

que vão além do governo. O Sérgio Arouca e nós tínhamos e temos uma preocupação: que essa 12ª Conferência consiga, por um lado, apoiar o Sistema Único de Saúde, apoiar a nossa política pública, reconhecer o que nós construímos, e, por outro, que discutamos os impasses que estamos vivendo, impasses de diversas ordens que quero citar para vocês. E que nos preocupássemos não apenas em indicar assuntos, pontos operacionais, mas que nós construissemos um novo patamar para o movimento da saúde brasileiro. Não só para os governos. Não só indicando rumos – operacionais, administrativos e financeiros – para construção do SUS para os gestores, mas que essa 12ª servisse como estímulo, como apoio, para que os movimentos sociais, para que os vários segmentos conseguissem avançar no patamar de discussão, de propostas civilizatórias em relação à saúde e defesa da vida. Sérgio Arouca tinha essa ambição. Acho que temos que assumi-la de certa forma para que a 12ª seja a 8ª Conferência do século XXI e que indique um novo marco para a construção da Saúde Pública brasileira, do SUS. Isso só vai ser possível se houver empenho, envolvimento para além do governo. Se o CNS e os vários segmentos, se todos nós nos empenharmos de forma firme e ao mesmo tempo generosa, combinando o estímulo com os limites dos nossos interesses particulares, nossos valores, enfim pensar grande e ao mesmo tempo firme, se a gente conseguir realizar essa tarefa... Eu queria indicar para vocês algumas das linhas que vínhamo discutindo. Uma grande preocupação nossa – e acho que é de vocês, e era do Sérgio Arouca, ele estava bastante preocupado com isto – é que uma das dificuldades do SUS é o contexto global e nacional que vivemos. É óbvio que somos do governo e acreditamos que o governo federal tem uma proposta de desenvolvimento econômico, social e de apoio à saúde, mas o governo não pode tudo. Vivemos num contexto de ajuste fiscal, e na saúde é de “constrangimentos externos”. Vivemos uma série de constrangimentos externos aos gestores, trabalhadores que dificulta a expansão de políticas sociais em geral, não só a da saúde. Na saúde, a luta do movimento sanitário conseguiu criar alguns “constrangimentos internos”: a nossa persistência, os Conselhos, as Conferências, a Emenda Constitucional nº 29 são constrangimentos internos nos quais nos apoiamos enquanto governo para negociar com as nossas áreas econômicas, com o governo, com o parlamento, com a opinião pública. Mas, com certeza, temos que discutir na 12ª Conferência a necessidade de criar uma espécie de Lei de Responsabilidade Social – se temos a Lei de Responsabilidade Fiscal, essa Lei precisa negociar, dialogar com a Lei de Responsabilidade Social. Não vamos continuar incrementando o orçamento do SUS sem construir casas nas periferias das grandes cidades, sem recurso para uma Política de Habitação voltada para a população, para milhões de brasileiros? - 30% não tem direito à privacidade, não tem água, saneamento, ou se tem é de forma inadequada. Vivem amontoados na região metropolitana do Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília... como se o Brasil não tivesse espaço. Então se não tivermos uma política habitacional integrada, articulada na linha SUS, será muito difícil continuar. Se não tivermos recursos para Reforma Agrária, para o desenvolvimento da micro agricultura, para reassentar uma série de pessoas, se não conseguimos garantir um desenvolvimento sustentável, que garanta emprego e desenvolvimento... Esse “constrangimento interno” existe para a saúde com a Emenda Constitucional nº 29 e para a educação. Isso tem permitido à educação expandir o acesso, mas com certeza temos que avançar na educação, na qualificação... A pesquisa divulgada recentemente pelo MEC, mostrando que 50% das crianças de 10 a 12 são analfabetas, é estarrecedora. É como na área da saúde: nós temos uma rede de atenção básica que só faz consulta e não consegue resultados. Estamos pagando os salários, temos professores e os prédios, mas o objetivo da educação, que, entre outros, é alfabetização, e desenvolvimento integral das pessoas, nós não conseguimos atingir. Na saúde, isto também acontece. Sérgio Arouca estava bastante preocupado que a Conferência discutisse essa integração, essa intersectorialidade; a necessidade de que nós, para enfrentarmos a violência, a política de habitação, não só tenhamos políticas integradas, articuladas, como o movimento de saúde, que tem uma tradição de defesa da vida, que tem uma capacidade de articulação importante, mas também que insistíssemos na sociedade brasileira, na Lei de Responsabilidade Social – (este não era um termo dele, acabou de me ocorrer agora). O sentido é esse. Nós não vamos à Conferência deliberar sobre política de habitação, não temos essa legitimidade. Temos a legitimidade e obrigação de colocar para a Nação a necessidade de termos desenvolvimento de políticas sociais, de distribuição de renda, de habitação que se articulem com a política de saúde. Além de defender a Emenda Constitucional nº 29, incremento dos recursos para a saúde, para o SUS, que é uma ação necessária, a nossa tarefa é mais complexa. Vamos ter que construir alianças, construir um desenvolvimento social para justificar. Quando fui Secretário de Saúde de Campinas, há sete meses, houve ocupação na cidade de 4 mil pessoas ao mesmo tempo. Oziel, o famoso Parque Oziel, ficou cinco ou oito anos... Quando chegamos no governo não havia Estado. O primeiro pedaço de Estado, de política pública que consegue entrar lá é a da saúde. Com dois módulos, conseguimos montar dois Centros de Saúde em parceria com a Pastoral da Saúde. Conseguimos então colocar duas equipes de Programa Saúde da Família lá. O pessoal estava só no mundo. É óbvio que não estava sozinho... Tinha a articulação com as lideranças... Foi um

116 avanço! Mas o grau de dificuldade das equipes – profissionais de saúde – indicava uma limitação. As
117 pessoas não tinham o mínimo, sem urbanização, sem nada. A nossa ação fica pobre, ainda que
118 importante – foi bastante importante do ponto de vista simbólico e prático colocar o serviço de saúde lá.
119 Mas não dá para a saúde caminhar nesse contexto de dificuldades econômicas, sociais, culturais, de
120 solidariedade, colocar na responsabilidade da Saúde da Família ou de outras equipes de Saúde. Uma
121 preocupação, um dos vetores é a necessidade do SUS se desenvolver num contexto de políticas
122 sociais, distributivas, eqüitativas. Eu acho que essa é uma preocupação bastante importante. Outra
123 preocupação importante é em relação ao financiamento. Criamos mecanismos, com a Emenda
124 Constitucional nº 29, de incremento progressivo dos recursos. Nós tínhamos a preocupação de como
125 estamos utilizando esses recursos, preocupação esta não só do clientelismo e da corrupção, mas como
126 nós estamos aplicando os recursos da saúde. Temos a esperança de que a Conferência consiga
127 avançar, que o CNS e todos nós consigamos repensar a organização do Sistema de Saúde, das
128 nossas práticas e definir algumas prioridades. E aí acho que o CNS – o MS também tem um papel
129 muito importante –, apesar das dificuldades sociais, temos que avançar. Nesse sentido, a Atenção
130 Básica à Saúde, a Saúde da Família é uma discussão prioritária. Se não articulamos em 60% ou 70%
131 do território brasileiro e das pessoas brasileiras, das famílias brasileiras, se não garantimos o acesso à
132 atenção básica, as equipes do Programa Saúde da Família e similares com capacidade de atenção
133 integral básica, com capacidade de fazer promoção, prevenção com resolutividade clínica, com
134 capacidade de resolver problemas crônicos, de trabalhar com idosos, de trabalhar com as gestantes
135 etc, não haverá recursos financeiros capazes de sustentar o modelo tradicional. Se continuarmos
136 centrando nossa atenção individual em pronto-socorro, hospitais e especialistas, não há recursos, além
137 da eficácia ficar comprometida. É muito importante rediscutirmos a atenção básica. A experiência de
138 reorganização da atenção básica com a Saúde da Família foi muito importante, mas na região Sul,
139 Sudeste e parte da região Centro Oeste e nas Capitais, nos Centros de Saúde temos capacidade
140 instalada de profissionais que trabalham de forma tradicional e antiga, com alguma eficácia, mas tem
141 muitos problemas, pois não cria vínculos, não tem a discrição de clientela, não trabalha em equipe
142 interdisciplinar, cada profissional trabalha de forma isolada... Mas essas pessoas existem, esses
143 recursos estão aí. O desenvolvimento da atenção básica para a região metropolitana do Rio de Janeiro,
144 São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, a expansão para o ABC Paulista, para boa parte implica em, ao
145 fazermos a conversão, trabalhar com este recurso que existe. A qualificação passa por isto. Não
146 podemos sucatear pessoas, prédios, principalmente quem está trabalhando, não podemos garantir
147 futuro, salário ou pedaço de atenção básica e deixar o resto à míngua, deixar o resto se
148 degradando... tanto por razões humanas, solidárias e éticas, como também por razões pragmáticas e
149 administrativas. Se queremos garantir saúde integral, a norma do Ministério agora é que uma equipe de
150 Saúde da Família se encarregue por mil famílias, que no Brasil tem a média de três mil pessoas – é
151 impossível que enfermeiro e médico façam clínica básica para três mil e quinhentas pessoas. Não
152 temos recursos para baixar uma equipe para cada quinhentas famílias. Em Campinas, fizemos uma
153 experiência, para o horror dos fundamentalistas da Saúde da Família: temos dezenas, centenas de
154 pediatras, ginecologistas contratados que podem apoiar o PSF sem mudar a filosofia, que podem
155 apoiar a atenção clínica. Nós podemos incorporar na atenção básica, de forma matricial, equipes de
156 saúde mental. Não precisa ter um psiquiatra para cada equipe, mas a cada cinco equipes trabalhar os
157 casos mais complexos. Nós podemos incorporar dois terços dos problemas clínicos de adultos.
158 Podemos incorporar fisioterapeutas e educadores físicos na atenção básica. Santiago do Chile está
159 fazendo isto com bastante resultado. Isso aumenta o custo, mas racionaliza o custo. Então, temos que
160 repensar um conceito de atenção básica com base nessas diretrizes da Saúde da Família, a discrição
161 de clientela, equipe multiprofissional e os agentes de saúde. Capacitar o agente comunitário como um
162 técnico de saúde coletiva. Capacitar os agentes comunitários de saúde para serem técnicos, como
163 existe o técnico clínico, que é o auxiliar de enfermagem. Precisamos capacitar os técnicos em saúde
164 coletiva, que são os agentes comunitários, que precisam de aperfeiçoamento. Há todo um espaço, sem
165 deixar de lado a tradição, que podemos avançar sem gastar fortunas, com a limitação de recursos que
166 temos, compondo, racionalizando, flexibilizando sem abrir mão de princípios. No programa de saúde do
167 nosso governo, nós colocamos que o Programa Saúde da Família tenha um sotaque regional.
168 Precisamos definir o que é “ter um sotaque regional”, sem cair na atenção básica antiga – quando se
169 cobrava do médico quatro consultas por hora. Na atenção básica, temos todo um espaço de
170 desenvolvimento, de articulação, como essas equipes da atenção básica da saúde da família podem se
171 articular para ampliar o controle de doenças, com a vigilância sanitária, epidemiológica, com os núcleos
172 de saúde coletiva. Não dá para todas as ações do território ficar sobre os ombros da equipe de Saúde
173 da Família. Nós encarregamos a equipe de tarefas impossíveis, não há como trabalhar. Sérgio Arouca
174 insistia muito que essa equipe de atenção básica, ao pensar promoção à saúde, na verdade precisa
175 trabalhar na linha de “desenvolvimento comunitário sustentado” – eu estou usando a expressão dele -,

desenvolvimento integral das pessoas. Envolver ONGs, famílias, lideranças para ampliar de forma matricial, qualificando o trabalho nesse campo da atenção básica. Há todo um espaço de desenvolvimento nesse campo da atenção básica. Em relação à atenção especializada, não podemos continuar mais no mesmo, pois a reforma sanitária não chegou aos hospitais e ao atendimento especializado, com exceção de AIDS e Saúde Mental. Estou exagerando: chegou pouco. A reforma sanitária, a reforma de paradigma, o trabalho em equipe, a atenção integral tem que chegar nos ambulatórios de especialidade e centros de referências, nos hospitais... Não há recursos para isto. Temos que combinar o incremento de recursos com a reorganização. O papel do hospital tem que ser repensado. Tem que ser pactuado com os hospitais filantrópicos, com as instituições para que possam sobreviver financeiramente nessa reordenação. Temos que abrir espaços, e não fechá-los. Os hospitais precisam ser aliados nessa mudança, e não adversários. Temos que pensar serviços integrais à saúde de nível especializado, secundário e terciário; pensar os hospitais como complexo de serviço de saúde – isso já acontece em parte –, onde há internação, terapia intensiva, cirurgia ambulatorial... que se articule e desenvolva um conjunto de ações. O tema da responsabilização e descrição de clientela tem que ir para a atenção especializada e hospitalar. Falar em humanização sem isso é hipocrisia. Todo usuário, paciente, do serviço de saúde tem que saber que são os responsáveis. A família tem que saber. Isso não custa dinheiro, mas é uma grande reforma de poder e de cultura. Isso dá transparência à gestão. É preciso saber quem está suspendendo cirurgia e quem não está. A suspensão de cirurgia é por causa da má direção ou por causa da equipe? Normalmente é pelos dois, pela falta de comprometimento. E por que o laboratório atrasa a entrega dos exames? Saber tudo isso dá transparência. Isso responsabiliza e cria condições de um verdadeiro exercício profissional. Essa discussão tem que avançar. Existe todo um espaço. Se falei da política pública, da atenção básica, a Conferência, esse processo preparatório, tem que recolher experiências locais, como fizemos na 8ª Conferência. Temos que recolher as experiências de reorganização da atenção especializada, da atenção hospitalar. A linha dos centros de referência de câncer, de AIDS, de saúde do trabalhador, de saúde mental pode e deve ser estendida para a área de cardiologia, dermatologia, de renal crônico. Nós temos que montar serviços responsáveis pelo atendimento integral a pessoas com problemas graves de saúde. Não temos que credenciar hemodiálise, transplante, atendimento clínico para renais crônicos... Temos que credenciar, habilitar serviços que se articulem, que se responsabilizem pela atenção integral ao renal crônico, ao paciente com problema dermatológico grave, com problema cardiovascular grave... Temos que diminuir o fluxo exagerado, a "ambulancioterapia". Temos que fazer o atendimento em um lugar só. Temos que atender de forma completa, com equipes multiprofissionais. Isto humaniza e racionaliza custos, qualifica, enfim. A discussão de paradigmas tem que entrar. A educação em saúde tem que fazer parte do atendimento especializado. O paciente que tem câncer tem que entender sobre o seu câncer, tem que entender sobre o SUS. Então, os especialistas também têm que trabalhar em educação em saúde, é preciso ter esse componente. Não é porque é hospital, não é porque é especialista que pode praticar um atendimento – o enfermeiro, médico, fisioterapeuta ou qualquer outro especialista precisa incorporar a orientação, a troca de conhecimentos. Isso não é só no Saúde da Família, não é só no pré-natal ou na puericultura. O objetivo é qualificar o atendimento. Temos que discutir, e aí entram alguns pontos de defesa da vida, de promoção à saúde, Identificar esses pontos que têm grandes repercussões e que são prioritários é tarefa das mais importantes. O Brasil deu prioridade a AIDS, apesar de críticas da esquerda, críticas de uma série de pessoas. Estavam errados, tínhamos que priorizar mesmo. Os países que não fizeram isto estão pagando caro. A população está pagando um preço muito alto. Está certo, garantir a atenção integral. Agora essa radicalidade da atenção integral tem que ser estendida à tuberculose, à hanseníase. Há doze anos nós repetimos o mesmo diagnóstico com relação à tuberculose e continuamos com o mesmo padrão inadequado, com os mesmos indicadores inadequados, de abandono, de diagnóstico de baixa cobertura. A mesma coisa em relação à hanseníase. Então, o Conselho tem que acompanhar as ações dos gestores. Temos que priorizar e avançar em relação a esses dois grandes flagelos. Em relação ao controle de doenças, a dengue tem sido tomada como uma endemia; é uma epidemia, mas veio para ficar. É isso mesmo? Malária tem sido tomada como uma endemia; Veio para ficar? O espírito Oswaldo Cruz de erradicar permanece? – os sanitaristas dizem que é impossível erradicar, e eu sei que é cada vez mais difícil. Por um lado, é uma constatação técnica, por outro, pode servir de acomodação para convivermos com um conjunto de epidemias que são preveníveis. Eu lembro de um ensinamento do professor Sérgio Arouca. Conheci o Sérgio Arouca em 1973, ele era professor e estava sendo cassado e expulso da UNICAMP pela ditadura militar. Depois é que ele vai para a FIOCRUZ. Organizaram em Campinas uma semana de saúde comunitária e o Sérgio Arouca fez a Conferência de abertura. Nessa Conferência ele falou sobre várias coisas, mas o que me marcou muito foi sobre a poliomielite. Na época, estava tendo epidemia de poliomielite e meningite. Em relação à poliomielite, falou que nós tínhamos tecnologia, recursos financeiros e humanos para controlar a poliomielite. A poliomielite não é

controlada porque as nossas autoridades, a nossa sociedade não dá o devido valor à vida, ou seja, falta vontade política, ética. Não é um problema técnico, não é um problema sanitário... Tanto que depois se conseguiu controlar. Nós podemos colocar esse conceito hoje, em certa medida, em relação à malaria, à dengue, à tuberculose, à hanseníase. Em alguma medida, há recursos técnicos, há um conjunto de dificuldades. Mas há a possibilidade, se perseverarmos, se insistirmos, de avançarmos. Temos uma grande tendência de repetir o que está sendo feito. Estamos repetindo o que está sendo feito com a tuberculose há muitos anos. A única novidade foi o tratamento supervisionado. Então nós temos que avançar nisto. Qual o problema de fato? Por que não avançamos no diagnóstico? Outro ponto que acho importante na Conferência, ligado à promoção da saúde, saúde coletiva, que é muito importante, e está ligado ao que falei anteriormente, ligado à intervenção na saúde em elementos além da atenção na saúde, é o tema da violência, a epidemia de violência. Com certeza esta é uma ação intersetorial. Cabe à saúde desenvolver algumas ações, como por exemplo, o tema da violência doméstica, principalmente contra a mulher e a criança. É um tema cultural... **Luiz Eduardo Soares**, da Justiça, outro dia me dizia o seguinte: "O único agente público no Brasil que entra na casa das pessoas e é aceito com sorrisos "é o povo da saúde"! O resto está "queimado": fiscais, polícia..." Nós – agente de saúde, médico de família – continuamos entrando na casa das pessoas. A violência doméstica está na casa das pessoas. Está ligada à cultura, ao machismo, à agressividade, à falta de privacidade, a ruídos, à irritação permanente em que as pessoas vivem. Já pensaram morar o dia inteiro ouvindo os outros, o rádio dos outros, a fala dos outros, a sexualidade dos outros, a desgraça dos outros, a briga dos outros... e se manter controlado, sem irritação? Não estou desculpando ninguém. Mas quero chamar a atenção para o componente da violência doméstica. Nós podemos ter uma ação específica, obviamente que, de forma intersetorial, precisamos ampliar a atenção do Programa Saúde da Família, ter uma concepção mais ampla. Um componente importante está ligado a acidente de trânsito, à ligação entre acidente de trânsito e álcool. Nós podemos, além da regulamentação, intervir na linha de campanhas, na linha de controle, e em outros tipos de intervenções. Eu ando preocupado e gostaria de compartilhar minha preocupação com vocês. Nos anos 90, a Organização Mundial de Saúde priorizou muita a promoção à saúde e abandonou a defesa da Saúde para todos, dos Sistemas Únicos de Saúde. Agora estamos retomando. O exemplo do Brasil volta a ficar importante, mudaram as direções. Remamos contra a maré. Diziam que éramos dinossauros, loucos, que o nosso modelo não podia dar certo. Insistimos, persistimos e estamos provando que é possível, mesmo com dificuldades de recursos, de implementações das ações da impotência do discurso internacional que se construiu – essa é minha análise – eu acho que acabamos assumindo uma posição fundamentalista em relação a estilo de vida. Nós temos outra maneira de lidar de forma responsável com o que cada um faz com sua vida, que é a "linha de redução de danos". Redução de danos, na minha opinião, não pode ficar restrito à prevenção do HIV. Ela tem que ser pensada em relação ao acompanhamento de pacientes crônicos, clínicos, do paciente diabético. A linha de redução de danos tem que ser pensada em relação ao alcoolismo, à dependência de drogas ilegais. Vamos trabalhar com abstenção completa e radical? Ou iremos trabalhar com redução de danos? A redução de danos implica em ganhar o outro para vida, partindo de onde o outro está. Reconhecer a subjetividade, os valores do outro e negociar, construir novos valores e novos estilos de vida. A discussão da promoção à saúde tem uma visão muito comportamental, behaviorista, condutista. Felizmente o homem não é rato. Nós somos rato somente um pedaço. O condutismo funciona em parte. Proibir, controlar, funcionar em parte, de vez em quando (em crises, por exemplo), temos que fazer isto. Mas não é suficiente para mudar estilo de vida. Somos mais complexos do que isto. A estratégia de redução de dano é muito importante. Aí eu acredito que a saúde tem uma responsabilidade, e a sociedade brasileira está discutindo o problema da violência, a ligação entre violência, crimes e drogas ilegais (incluindo o narcotráfico, que transcende à saúde em parte). Mas o que cabe a saúde? Temos que abrir uma campanha, se não mudar a Legislação, defender um plebiscito. Espero que a 12ª Conferência aprove algo para a descriminalização do uso. Quem é dependente químico tem um problema, quem usa tabaco, álcool ou drogas ilegais tem problemas de saúde. Tem problema de lidar com o prazer, com o delírio, tem problema de lidar com um conjunto de coisas. Existem formas de ajudar: formas técnicas, terapias... Essa pessoa não é criminosa. Criminoso é quem mata, rouba ou organiza quadrilha. A descriminalização – eu ousaria dizer até a legalização de uma série de drogas, como a maconha e uma série de outras – é tema sobre o qual temos que discutir, para que se encontre saída contemporânea para esse tipo de problema. Estratégias de redução de danos, estratégias de descriminalização do uso: todos esses pontos são polêmicos. Na equipe do Ministério da Saúde vínhamos discutindo isto. Não são deliberações, são pontos de discussão. Se a Conferência quiser ir além de onde nós estamos, se quisermos avançar na consolidação de uma Política de Saúde, com certeza temos que enfrentar esses problemas complexos que estamos enfrentando. Há dois pontos que a 12ª Conferência precisa discutir bastante. Um deles é o da gestão. É um ponto que o Secretário **Jorge Solla** tem trabalhado muito. O SUS avançou muito com

296 *o modelo de gestão, a descentralização, municipalização, os conselhos, o controle social – na verdade,*
297 *mais do que controle social existe no SUS uma co-gestão. Mas temos que avançar muito. A*
298 *regionalização, hierarquização é muito mais um discurso do que realidade. Onde há regionalização e*
299 *regulação de fato no Brasil? Onde há de fato? Sem isso não há recursos, não há dinheiro que dê conta.*
300 *Os projetos de investimentos que estão chegando para cá são para montar um hospital em cada*
301 *Município. Continua isto. Os "CAPS" estão entrando agora em evidência. É para montar um "CAPS" em*
302 *cada bairro, em cada Município. As pessoas não confiam na hierarquização, não tem atenção*
303 *garantida. Como avançar no tema da regionalização, da regulação, redefinir formas de planejamento e*
304 *pactuação, avançar em relação a NOAS?... Pegar toda a tradição boa e avançar. Essa pactuação*
305 *precisa ser feita nesse processo da 12ª Conferência. O último ponto, talvez um dos mais*
306 *importantes, é a política de pessoal. Ai os sindicatos falam: plano de cargos e carreiras! Também. Mas*
307 *não é só isso. É muito mais do que isso. O profissional de saúde que não cura, que não ensina, o*
308 *problema é do governo, deles e do gestor local. Não é só do governo. Não podemos ser coniventes,*
309 *não podemos admitir que, em boa parte dos serviços públicos de saúde, haja uma greve eterna. O que*
310 *é uma greve eterna? Ai dizem "Como me maltratam, eu maltrato o paciente e a comunidade". Ao invés*
311 *de dirigir em o ressentimento e a raiva contra o Secretário Executivo do Ministério da Saúde, que é para*
312 *onde deve ser dirigido, nós, profissionais de saúde, dirigimos o nosso ressentimento, em grande parte,*
313 *contra a nossa profissão, contra a nossa vocação, contra o paciente, contra o sentido de construir*
314 *serviços públicos de saúde. Trabalhar num serviço que tem legitimidade social, clínica, sanitária é o*
315 *maior barato. Claro que salário é importante, que carreira é importante. Trabalhar em um lugar*
316 *degradado, burocratizado, é um inferno. Isto depende do gestor, do governo, mas depende também da*
317 *pressão social, do cotidiano, da postura dos trabalhadores de saúde. Depende também dos*
318 *trabalhadores. Quanto à política de pessoal, temos que, em três ou quatro anos acabar com a*
319 *precarização no Saúde da Família; é preciso criar carreiras, definir salários, criar mesas de negociação.*
320 *A qualificação passa por capacitação, educação permanente. É preciso discutir isto no horário de*
321 *trabalho. Precisamos do vínculo para fazer clínica boa, saúde pública boa... Não dá para um médico ou*
322 *enfermeiro trabalhar quarenta horas sem parar. É preciso parar, discutir casos no horário de trabalho.*
323 *Faz parte do trabalho. Tem que participar da co-gestão, ver os indicadores, tem que ter retorno do*
324 *trabalho. Então temos que avançar na política de pessoal, discutindo plano de cargos, a*
325 *desprecarização, o investimento em pessoal... Mas temos que discutir uma repactuação com os*
326 *trabalhadores sobre a reconstrução da dignidade do sentido de ser profissional de saúde. Isto não*
327 *depende só de governo, não depende só de salários. São esses pontos que estamos discutindo. O*
328 *novo documento será entregue ao Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de diretrizes gerais,*
329 *questões sobre financiamento, gestão, modelo de atenção, controle social. Eduardo Jorge está*
330 *coordenando esta articulação para dar um estímulo à discussão. Traremos na próxima reunião. Então,*
331 *o novo documento terá que ser melhorado por vocês. Sabemos que a 12ª Conferência Nacional de*
332 *Saúde vai dar certo se pegar enquanto movimento social e cultural; se cada segmento construir*
333 *propostas dará certo. Esta era a linha que Sérgio Arouca estava trabalhando. Gostaria de terminar com*
334 *uma salva de palmas para o Sérgio Arouca. Viva o Arouca!". Concluída a fala de abertura dos*
335 *trabalhos, foi exibida fita com imagens do Conselheiro Sérgio Arouca. Conselheiro Francisco das*
336 *Chagas Dias Monteiro ressaltou que o avanço referia-se à mudança de paradigma e à conscientização*
337 *sobre a necessidade de se investir "nas pessoas que tratam das pessoas". Nesse sentido, chamou*
338 *atenção sobre a necessidade de se discutir a garantia de serviços de saúde aos trabalhadores que*
339 *trabalham em período integral. Conselheiro José Carvalho de Noronha manifestou apoio à proposta de*
340 *a 12ª Conferência chamar-se Sérgio Arouca, cumprimentando também a fala do Ministro Interino*
341 *Gastão Wagner de Sousa Campos. Disse que era a sua última participação como Conselheiro no CNS*
342 *e que, a partir da Reunião Ordinária de setembro, o Professor Moisés Goldbaum assumiria como*
343 *Conselheiro do CNS. Sugeriu que a 12ª Conferência tratasse o aspecto da saúde como geradora de*
344 *emprego e riqueza e que houvesse discussão sobre a necessidade de se promover desenvolvimento*
345 *da capacidade científica e tecnológica ajustada ao imenso desafio a ser enfrentado. Conselheiro*
346 *Wander Geraldo da Silva destacou que a realidade nova que se vive reacende a expectativa de*
347 *mobilização popular para a construção de um país que valorize os cidadãos que nele vivem. Ressaltou*
348 *ser fundamental promover discussão sobre os problemas da saúde relacionados a outras áreas como*
349 *saneamento, habitação, educação, entre outros. Afirmou que o grande desafio a ser enfrentado era*
350 *tornar o Brasil uma Nação independente e desenvolvida do ponto de vista social e econômico. Disse*
351 *que era tempo de se comemorar a conquista do SUS, considerando as várias dificuldades enfrentadas,*
352 *e de louvar aqueles que lutaram pela sua construção. Conselheira Maria Leda de R. Dantas ressaltou a*
353 *importância de a visão coletiva tomar o lugar da individual para que as mudanças necessárias*
354 *aconteçam. Para isso, disse ser necessário que cada profissional tenha dimensão pedagógica e política*
355 *do seu trabalho. Defendeu que houvesse reflexão sobre o papel do Brasil na área da saúde no cenário*

internacional de forma a tornar a relação com a OPAS e com Organização Mundial de Saúde mais pró-
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
ativativa. Enfatizou a responsabilidade de garantir que a classe média e a elite tenham acesso à educação em saúde. Por fim, homenageou o Conselheiro **Sérgio Arouca**, citando trecho de poesia de **Jair Campos**. Conselheiro **Rogério Carvalho Santos** ressaltou a importância de se trabalhar para que as mudanças necessárias, apontadas pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde **Gastão Wagner de Sousa Campos**, realmente aconteçam. A propósito dos trabalhadores, sinalizou a necessidade de repensar o compromisso ético profissional das categorias profissionais e de suas representações. Falou sobre a importância de evoluir na discussão sobre o papel do Estado e sua reforma e, ainda, sobre como os governos poderão dar conta do trabalho de promover a vida de um modo geral. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** cumprimentou a fala do Secretário Executivo do Ministério da Saúde **Gastão Wagner de Sousa Campos** por ter manifestado preocupações próprias e preocupações do Conselheiro **Sérgio Arouca** sobre a necessidade de “*cortes*” para resgatar princípios da reforma sanitária e caminhar para um modelo de atenção à saúde capaz de resgatar o paradigma da promoção. Nesse sentido, ressaltou ser importante criar mecanismos para fomentar as questões colocadas pelo Ministério da Saúde **Gastão Wagner de Sousa Campos**. A propósito do Programa Saúde da Família, defendeu que vinculasse clientela e desenvolvesse a responsabilização sanitária, conforme a realidade regional. Falou sobre a necessidade de definir conteúdo de debate da 12ª Conferência de forma a contribuir com a inclusão social, a diminuição da desigualdade, entre outros aspectos. Cumprimentou a proposta do Ministério da Saúde de dar a 12ª Conferência o nome de **Sérgio Arouca** e de convidar o Professor **Eduardo Jorge** para assumir a coordenação da Conferência. Conselheira **Zilda Arns Neumann** falou sobre a perda do Conselheiro **Sérgio Arouca** e do apoio que recebeu do Conselheiro quando perdeu a filha em acidente de trânsito. Teceu comentários sobre o Programa Saúde da Família, destacando que a intersectorialidade e a integração com a comunidade estavam diretamente ligadas à resolutividade da assistência em cada nível. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** disse que a perda do Conselheiro **Sérgio Arouca** era irreparável sobre todos os aspectos, considerando que era um grande amigo e uma pessoa pública preocupada com as questões da população. Ressaltou ser importante que, durante o processo de reestruturação do modelo, que levará tempo, a população tivesse garantia de atendimento cidadão, humanizado, com qualidade e, sobretudo, com resolutividade. Após esses comentários, o Secretário Executivo do Ministério da Saúde **Gastão Wagner de Sousa Campos** colocou em votação a proposta de a 12ª Conferência chamar-se 12ª Conferência Nacional de Saúde **Sérgio Arouca**. A proposta foi aprovada por aclamação. Concluído esse item, a Secretaria Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** convidou o Coordenador da 12ª Conferência Nacional de Saúde **Eduardo Jorge** para encaminhar a discussão do Item 02 da pauta. **ITEM 02 – 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – Informes** – O Coordenador da 12ª Conferência Nacional de Saúde **Eduardo Jorge** falou sobre a importância do Conselheiro **Sérgio Arouca** no processo da reforma sanitária do país e na construção e consolidação do SUS. Informou que, após considerar alguns pontos, decidiu por assumir a função de Coordenador Adjunto da 12ª Conferência. A propósito do processo de preparação da 12ª Conferência, informou que foram realizadas reuniões com as Comissões Especiais e a Comissão Executiva da 12ª Conferência e foi feito levantamento de demandas e decisões imediatas a serem tomadas para garantir a realização da Conferência na data programada, sendo elas: **a)** Formato da Conferência e Seminário Internacional em Comemoração aos 25 anos da Conferência de Alma Ata; **b)** Composição das Mesas-redondas da 12ª Conferência; **c)** Critérios para escolha de convidados e observadores; **d)** Teleconferência; **e)** Documento do Ministério da Saúde sobre os dez eixos temáticos da 12ª Conferência; **f)** Comunicação – definição da logomarca da Conferência; **g)** agendas das Conferências Municipais e Estaduais; **h)** Infra-estrutura: local de realização da Conferência e hospedagem dos delegados; **i)** Suplementação Orçamentária para a realização da 12ª Conferência; **j)** Regimento Interno e Regulamento da 12ª Conferência – propostas de adaptações; e **k)** Recursos sobre a 12ª Conferência. Frente às demandas e à necessidade de decisões imediatas, foram submetidas à apreciação e deliberação do Colegiado as seguintes propostas: **I** – Seminário Internacional em Comemoração aos 25 anos da Conferência de Alma Ata, a ser realizado nos dias 05, 06 e 07 de dezembro. Proposta de o encerramento do Seminário coincidir com a abertura da 12ª Conferência. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** falou sobre o Seminário Internacional, explicando que teria as seguintes atividades: **01.** Discussão sobre os temas: **a)** Organização dos Cuidados Primários como forma estruturante do Sistema de Saúde; **b)** Relação dos Cuidados Primários do Sistema Nacional de Saúde e a construção a eqüidade; **c)** Direito à saúde e o Controle Social; e **d)** Ação Intersetorial e participação cidadã; **02.** Olhar e discussão sobre a América Latina; **03.** Visão do Brasil sobre a Conferência de Alma Ata; e **04.** Reunião das autoridades sanitárias dos países presentes com aprovação de relatório, a ser apresentado na 12ª Conferência. Informou que a programação do Seminário seria distribuída na Reunião Ordinária de setembro de 2003. **II – Programação da 12ª Conferência:** **a)** 07 de dezembro, domingo: encerramento do Seminário Internacional e Abertura da 12ª

416 Conferência; **b)** 08 de dezembro, segunda-feira: aprovação do Regulamento da 12ª Conferência, e
417 Mesas-redondas (cinco à tarde e cinco à noite); **c)** 09 de dezembro, terça-feira: discussão dos Grupos
418 de Trabalho (dez temas em grupo pela manhã e dez temas em grupos à tarde) e festa; **d)** 10 de
419 dezembro, quarta-feira: Plenária; e **e)** 11 de dezembro, quinta-feira: Plenária e/ou aprovação de
420 Moções. O relator da 12ª Conferência **Paulo Gadelha** sugeriu que a discussão dos Grupos sobre os
421 eixos temáticos, que será no dia 11 de dezembro, terça-feira, fosse dividida por períodos, sendo cinco
422 temas no período da manhã e cinco temas no período da tarde, a fim de facilitar a elaboração dos
423 relatórios dos grupos. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** apresentou a proposta de a Plenária de
424 Conselhos, junto com os Secretários Estaduais de Saúde, coordenarem e incentivarem a presença dos
425 delegados em todas as atividades da Conferência, principalmente na Plenária Final. Coordenador da
426 12ª Conferência **Eduardo Jorge** lembrou que a vinda e a volta dos delegados serão custeadas pelos
427 Estados. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** ressaltou ser importante que os Conselhos Estaduais
428 incentivem a permanência de suas delegações na Plenária Final. Secretária Executiva do CNS **Eliane**
429 **Aparecida da Cruz** propôs que a proposta fosse tratada na discussão do Regulamento que possuía
430 item específico sobre credenciamento. Conselheira **Zilda Arns Neumann** levantou a possibilidade de
431 mudar a data de realização da 12ª Conferência para fevereiro de 2003, a fim de que haja mais tempo
432 para prepará-la. Não houve defesa da sugestão. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** chamou
433 atenção para importância de o CNS elaborar Resolução, a ser encaminhada para os Estados, solicitando que à volta da delegação dos Estados seja marcada para o dia 12 de dezembro, com vistas
434 a garantir a permanência dos delegados em toda a Conferência. **Deliberação: a proposta de**
435 **programação da 12ª Conferência foi aprovada.** **III – Proposta de composição das Mesas-redondas**
436 (quatro expoentes por mesa) sobre os temas da 12ª Conferência: **01.** Direito à Saúde – Composição:
437 Ministério Público; Congresso Nacional (Deputado **Rafael Guerra**); Usuário (indicação do CNS);
438 Trabalhador da Saúde (indicação do CNS) – Coordenador: Ministério da Saúde; **02.** A Organização da
439 Atenção à Saúde – Composição: SAS/MS (Secretário **Jorge José Santos Pereira Solla**); CONASEMS;
440 Prestador de Serviço (indicação do CNS); Saúde Suplementar – Coordenador: CONASS; **03.** A
441 Intersetorialidade das Ações de Saúde – Composição: Governo Federal (Ministro **Olívio Dutra**); Prefeito
442 (Curitiba); Governador (**Lúcio Alcântara** – Ceará); Especialista (indicação do CNS) – Coordenador:
443 CONAM; **04.** O Financiamento da Saúde – Composição: Ministério da Saúde; Congresso Nacional
444 (indicação da Comissão de Seguridade Social – Câmara dos Deputados); Ministério da Fazenda
445 (Ministro **Antônio Palocci**); Especialista (indicação do CNS) – Coordenador: Usuário (indicação do
446 CNS); **05.** A Seguridade Social e a Saúde – Composição: Congresso Nacional (Comissão de Assuntos
447 Sociais do Senado Federal); Ministério da Previdência (Secretário Executivo **Álvaro Sólon**); Ministério
448 da Saúde (Secretário Executivo **Gastão Wagner de Sousa Campos**); Especialista (indicação do CNS) –
449 Coordenador: Usuário ou Trabalhador da Saúde (CNS); **06.** As Três Esferas de Governo e a
450 Construção do SUS – Composição: Ministério da Saúde; CONASS (Presidente); CONASEMS
451 (Presidente); Usuário (indicação do CNS) – Coordenador: Trabalhador da Saúde (indicação do CNS);
452 **07.** Gestão Participativa – Composição: Usuário (indicação do CNS); Ministério da Saúde; Trabalhador
453 da Saúde (indicação do CNS); Prestador de Serviço (indicação do CNS) – Coordenador: indicação do
454 CNS; **08.** O Trabalho na Saúde – Composição: Usuário (indicação do CNS); Trabalhador da Saúde
455 (indicação do CNS); Ministério da Saúde (Secretária **Maria Luiza Jaeger**); Ministério da Educação
456 (Ministro **Cristovam Buarque**) – Coordenador: Ministério do Trabalho (Ministro **Jacques Wagner**); **09.**
457 Ciência e Tecnologia e a Saúde – Composição: BNDES (Doutor **Lessa**); Indústria Farmacêutica (Doutor
458 **Ciro Mortella**); Comunidade Científica (SBPC), Ministério da Saúde (Doutor **Reinaldo Guimarães/José**
459 **Alberto Hermógenes**) – Coordenador: indicação do CNS; e **10.** Informação e Comunicação –
460 Composição: Ministério da Saúde (Doutor **Alcindo Ferla**); Educação Popular (Doutor **José Ivo**);
461 Especialista (indicação do CNS), Jornalista (**Luís Nassif** – Folha de São Paulo e Doutor **Dráusio Varella**
462 – Rede Globo) – Coordenador: indicação do CNS. Apresentada a proposta de composição das Mesas-
463 redondas, procedeu-se à apresentação de destaques: **a)** solicitação à Comissão Temática para que
464 indique um representante de Organizações Indígenas para coordenar a Mesa 07 ou para debater o
465 tema Gestão Participativa: a solicitação será avaliada pela Comissão Temática; sugestão de a
466 CIST/CNS elaborar documento, a ser distribuído nas Mesas-redondas da Conferência, que tratasse dos
467 eixos temáticos da Conferência, focalizando o tema da Saúde Indígena; **b)** Recomendação da
468 Comissão de Saúde do Trabalhador – proposta de a Mesa-Redonda 08 “*O Trabalho na Saúde*” tratar
469 sobre a relação entre Saúde, Trabalho e Meio Ambiente e o impacto na saúde pública: sugestão de o
470 tema ser trabalhado nos eixos temáticos da 12ª Conferência; a CIST está elaborando documento sobre
471 a relação Saúde, Trabalho e Meio Ambiente e o impacto na saúde pública para contribuir na discussão
472 da 12ª Conferência; **c)** propostas do CONASEMS: Mesa 06 – incluir um Prefeito e um Governador,
473 representando, respectivamente, Município e Estado – aprovada proposta de redação nos seguintes
474 termos “*CONASEMS (Presidente ou Prefeito/Governador indicado pelo CONASEMS)*”; Mesa 03: nova
475

476 redação ao tema da Mesa nos seguintes termos “*Promoção à Saúde e a Intersetorialidade das Ações*
477 *de Saúde*”. proposta não aceita pelo Pleno; e d) Mesa 03 – discutir a coordenação da Mesa 03 entre as
478 Comissões Intersetoriais do CNS – o especialista será indicado pelo CNS. **Encaminhamento: foi**
479 **delegada à Comissão Temática a indicação dos nomes para comporem as Mesas-redondas da 12ª**
480 **Conferência.** IV – Critérios para escolha de convidados e observadores – A propósito, Conselheiro **Artur**
481 **Custódio M. de Sousa** apresentou a proposta de os observadores corresponderem a 10% dos
482 delegados de cada Estado, que seriam definidos nas Conferências Estaduais. Sobre os convidados,
483 disse que foram definidos com base no Regimento Interno da 12ª Conferência, sendo eles: Ministério
484 Público Federal/Estadual; Auditor; Legislativo/Parlamento; Intersetorialidade da Saúde; e Convidados
485 Internacionais. Conselheira **Zilda Arns Neumann** citou o caso dos Distritos Indígenas que não eram
486 divididos por Estados ou Municípios. Nesse sentido, solicitou uma vaga de observador para cada um
487 dos 34 Distritos Sanitários Indígenas. Acordou-se que a proposta seria discutida no item referente à
488 delegação nacional da 12ª Conferência. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** sugeriu que a
489 Comissão defuisse o número de observadores de cada Estado. **Deliberação: aprovada as propostas de**
490 **critérios para definição de delegados e observadores.** V – Teleconferência – O relator da 12ª
491 Conferência **Paulo Gadelha** apresentou a proposta de realização de Teleconferência, no dia 27 de
492 agosto, no Rio de Janeiro, por meio da *Embratel* e com apoio do *Canal Saúde*, com o objetivo de
493 divulgar a 12ª Conferência e apresentar extratos dos seus eixos temáticos. Disse que os Estados
494 teriam salas para interagir com a Teleconferência. Explicou, ainda, que a Teleconferência seguiria a
495 seguinte programação: a) depoimento do Ministro da Saúde; b) exposição sobre a metodologia e o
496 processo de mobilização da Conferência; e c) espaço para que os Estados tirem suas dúvidas sobre a
497 Conferência por meio de telefone, fax. Informou que os Estados poderão participar da Teleconferência
498 por meio da internet e, ainda, que será divulgada por meio da antena parabólica do *Canal Saúde*.
499 Disse, ainda, que será realizada reunião de planejamento da Teleconferência no dia 19 de agosto de
500 2003. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** sugeriu que os Conselhos Estaduais de Saúde reúnam-
501 se no dia 27 de agosto para participarem da Teleconferência. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**
502 propôs que um representante dos usuários e um representante dos trabalhadores de saúde
503 participassem da Mesa Operacional da Teleconferência. O relator da 12ª Conferência **Paulo Gadelha**
504 propôs que a mesa operacional da Teleconferência tivesse, no máximo, seis membros, a serem
505 definidos pelo CNS. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** apresentou a recomendação da Comissão
506 de Mobilização e Articulação que solicita ao CNS a indicação de Conselheiros para participar das salas
507 da *Embratel* nos Estados e auxiliar no debate. Apresentou, ainda, a seguinte proposta de composição
508 da Mesa Operacional da Teleconferência: Ministro da Saúde **Humberto Sérgio Costa Lima**,
509 Coordenador da 12ª Conferência **Eduardo Jorge**, um Representante do Segmento dos Usuários (CNS),
510 um Representante do Segmento dos Trabalhadores (CNS), CONASS e CONASEMS. O relator da 12ª
511 Conferência **Paulo Gadelha** sugeriu que, na impossibilidade da participação do Ministro da Saúde na
512 Teleconferência, fosse gravado depoimento para ser transmitido. **Deliberação: a proposta de realização**
513 **da Teleconferência foi aprovada. A indicação de Conselheiros para participar das salas da Embratel**
514 **nos Estados será feita com base na Lista de Pré-indicação de Conselheiros por Estado e na Lista de**
515 **Acompanhamento das Conferências Estaduais. A indicação do Representante do Segmento dos**
516 **Usuários (CNS) e do Representante do Segmento dos Trabalhadores (CNS) para participar da Mesa**
517 **Operacional da Teleconferência será feita na Reunião Extraordinária do CNS, a ser realizada no dia 21**
518 **de agosto de 2003.** VI – Documento do Ministério da Saúde sobre os dez eixos temáticos da 12ª
519 Conferência – o Ministério da Saúde entregará o documento no dia 12 de agosto de 2003, terça-feira.
520 VII – Agenda das Conferências Estaduais – Coordenador da 12ª Conferência **Eduardo Jorge** solicitou
521 que os Conselheiros informassem qual a Conferência Estadual poderá acompanhar. A Secretaria
522 Executiva do CNS distribuiu lista das Conferências Estaduais de Saúde, com suas respectivas datas,
523 para que os Conselheiros informem quais as Conferências têm disponibilidade de acompanhar. VIII –
524 Suplementação Orçamentária para a realização da 12ª Conferência – O Coordenador da 12ª
525 Conferência **Eduardo Jorge** informou que o Ministério da Saúde solicitou suplementação orçamentária
526 no total de R\$ 36 milhões para custear Programas e a 12ª Conferência. Disse que a dificuldade de
527 aprovação do pedido de suplementação refere-se à necessidade de o recurso ser oriundo de emenda
528 de Deputados e Senadores. Nesse sentido, destacou que o Senado poderia aprovar somente a quantia
529 destinada à realização da Conferência. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** sugeriu que fosse feita
530 consulta à lista de Conselheiros pré-indicados para acompanhar os Estados para definir os
531 Conselheiros que acompanharão as Conferências Estaduais. Conselheiro **Climério da Silva Rangel**
532 **Júnior** ressaltou a importância de aprovar, com urgência, a suplementação orçamentária para definir os
533 aspectos emergenciais relativos a infra-estrutura da Conferência como local de realização e
534 hospedagem dos delegados. Coordenador da 12ª Conferência **Eduardo Jorge** explicou que os aspectos
535 mais urgentes da Conferência seriam viabilizados por meio de orçamento do Ministério da Saúde.

536 Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** sugeriu que fosse elaborado documento, a ser assinado pelo
537 CNS e pelas Entidades que o compõem, solicitando a aprovação da suplementação orçamentária, para
538 ser divulgado e encaminhado ao Senado Federal. A representante da Secretaria de Gestão
539 Participativa **Márgara Raquel Cunha** informou que a 12^a Conferência seria realizada independente da
540 aprovação da suplementação orçamentária, por meio do atual orçamento do Ministério da Saúde e de
541 outros mecanismos. Conselheira **Zilda Arns Neumann** solicitou que fosse disponibilizada cópia do
542 pedido de suplementação orçamentária do Ministério da Saúde ao Senado. Conselheiro **Climério da
543 Silva Rangel Júnior** chamou atenção para importância de mobilização do CNS junto ao Senado Federal
544 no sentido de garantir a aprovação da suplementação orçamentária. Secretaria Executiva do CNS
545 **Eliane Aparecida da Cruz** informou que a Secretaria Executiva do CNS enviou uma *Carta do CNS* ao
546 Senador **Leomar Quintanilha** (PFL/TO), relator do Projeto, solicitando aprovação de suplementação
547 orçamentária para a realização da 12^a Conferência. Lembrou que o documento também foi enviado aos
548 Conselheiros por meio de *Carta Eletrônica*. Disse, ainda, que no dia 06 de agosto foi realizada reunião
549 entre o Senador **Leomar Quintanilha** e o Secretário Executivo do MS **Gastão Wagner de Sousa
550 Campos** para discutir o assunto. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** propôs que a Carta fosse
551 encaminhada às lideranças políticas dos Partidos e ao Presidente da Comissão Mista de Orçamento,
552 com o propósito de mobilizar vários atores. **IX - Logomarca da 12^a Conferência** – Foram apresentadas
553 cinco propostas de logomarca do Ministério da Saúde, pré-selecionadas, para apreciação e deliberação
554 do Pleno do Conselho. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** também apresentou uma proposta de
555 logomarca para apreciação do Colegiado, que ilustra o SUS na visão do mundo. O Coordenador da 12^a
556 Conferência **Eduardo Jorge** colocou em discussão a proposta de logomarca apresentada pela
557 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** e a proposta de logomarca do Ministério da Saúde que
558 apresenta o globo da bandeira do Brasil e pessoas de braços abertos no lugar das estrelas. Após
559 discussão e sugestões às propostas, a Secretaria Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** colocou
560 em votação as duas propostas: **a)** logomarca apresentada pela Conselheira **Graciara Matos de
561 Azevedo** – 05 (cinco) votos a favor; e **b)** logomarca do Ministério da Saúde – 11 (onze) votos a favor.
562 **Deliberação: aprovada a logomarca do Ministério da Saúde que apresenta o globo da bandeira do
563 Brasil e pessoas de braços abertos no lugar das estrelas, com a sugestão de aplicar as cores verde e
564 amarela da bandeira do Brasil em volta do globo.** Conselheiro **José Carvalho de Noronha**
565 cumprimentou, em nome do Conselho, o trabalho da Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** que foi
566 aclamada com uma salva de palmas. **X – Infra-estrutura da 12^a Conferência** – A assessora da
567 ASCOM/MS **Marylene Rocha de Sousa** teceu comentários sobre dois aspectos relativos à infra-
568 estrutura da 12^a Conferência: Hospedagem/alimentação dos delegados e local de realização. A
569 propósito da hospedagem, disse que a proposta é de que o Ministério da Saúde arque com a
570 hospedagem dos trabalhadores de saúde e dos usuários (correspondente a 75%). Explicou que, após
571 consultas, observou-se que vários locais não têm vagas, em virtude dos vários eventos que
572 acontecerão em Brasília no mês de dezembro de 2003. Nesse sentido, informou que há disponibilidade
573 de 210 vagas na CONTAG, 225 na ENAP e 700 na CNTI (falta confirmação) e vagas nos Hotéis, caso
574 as reservas sejam feitas de imediato. A propósito da alimentação, explicou que a proposta é de que o
575 Ministério da Saúde arque com o almoço de todos os delegados (três mil). Conselheira **Zilda Arns
576 Neumann** sugeriu que fossem consultadas as casas de encontro da igreja católica. Conselheiro
577 **Climério da Silva Rangel Júnior** perguntou se há vagas nos hotéis adaptados para portadores de
578 deficiências. A assessora da ASCOM/MS **Marylene Rocha de Sousa** informou que há 22 apartamentos
579 adaptados para portadores de deficiência disponíveis, porém ressaltou ser importante que as reservas
580 sejam feitas com urgência. Conselheiro **Elias Fernando Miziara** mostrou-se preocupado com o fato de
581 as decisões da Comissão de Infra-estrutura não terem sido implementadas, considerando a urgência de
582 definir, principalmente, local para hospedagem dos delegados. Coordenador da 12^a Conferência
583 **Eduardo Jorge** lembrou que a verba para a hospedagem não foi disponibilizada e a empresa não foi
584 contratada. Nesse sentido, ressaltou a importância de definir este aspecto, mesmo sem definição sobre
585 a suplementação orçamentária. **Deliberação: a propósito da hospedagem/alimentação, foi aprovado
586 que o Ministério da Saúde arcará com a hospedagem dos trabalhadores de saúde e dos usuários
587 (correspondente a 75%) e a ASCOM fará reserva e negociará com os hotéis pacotes para hospedagem
588 dos gestores e prestadores de serviços.** A propósito da alimentação, foi aprovado que o Ministério da
589 Saúde arcará com a alimentação de todos os delegados (três mil). As despesas com deslocamento dos
590 delegados, de seus Estados de origem a Brasília, serão de responsabilidade dos Estados. Sobre o local
591 de realização da 12^a Conferência, a assessora da ASCOM/MS **Marylene Rocha de Sousa** informou que
592 seria necessário: um auditório para quatro mil pessoas, quatro auditórios para 500 pessoas, seis salas
593 para 40 pessoas (GTS), dois ambientes para alimentação dos delegados e área de exposição. Nesse
594 sentido, após consulta sobre os espaços disponíveis em Brasília e, considerando os requisitos
595 necessários, apresentou duas propostas de local para realização da Conferência: **01. Universidade de**

596 Brasília – UnB – para realizar a Conferência seria necessário: a) montar uma tenda para quatro mil
597 pessoas; e b) montar três tendas para 500 pessoas ou utilizar os clubes próximos a UnB como
598 auditórios. 02. Academia de Tênis – para realizar a Conferência seria necessário montar salas para os
599 trabalhos de Grupo. Apresentou a proposta de utilizar os dois espaços: a Academia de Tênis e as salas
600 da UnB para a discussão do Grupos de Trabalhos, que se dará no dia 09 de dezembro, terça-feira.
601 Conselheiro **Rogério Carvalho de Santos** apresentou a seguinte Questão de Ordem: delegar à
602 Comissão Executiva e à Comissão Especial de Infra-estrutura da 12ª Conferência a definição do local
603 para a realização da Conferência. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** defendeu a realização da 12ª
604 Conferência na Universidade de Brasília, considerando o simbolismo político da Universidade.
605 Coordenador da 12ª Conferência **Eduardo Jorge** expressou a posição da Comissão Executiva da 12ª
606 Conferência de realizar a Conferência na Academia de Tênis, combinada com a Universidade de
607 Brasília – UnB. **Deliberação: foi delegada à Comissão Executiva e à Comissão Especial de Infra-**
608 **estrutura da 12ª Conferência a definição do local para a realização da Conferência.** XI – Regulamento
609 da 12ª Conferência – A programação, aprovada pelo Pleno do Conselho, será discriminada no Artigo
610 3º, Capítulo III do Regulamento e a tabela de programação será anexada ao documento. XII –
611 Regimento Interno da 12ª Conferência – O Coordenador da 12ª Conferência **Eduardo Jorge** apresentou
612 as adequações feitas no Regimento Interno da 12ª Conferência: a) Artigo 6º - inclusão do tema
613 “*Comunicação e Informação em Saúde*” como eixo temático da 12ª Conferência; b) Artigo 12 –
614 explicitados os documentos que servirão de base para a discussão dos GTs da Conferência, sendo
615 eles: *Documento do Ministério da Saúde “Diretrizes para a Política de Saúde do Brasil, para o período*
616 *de 2003 a 2007”*; *Texto do Conselho Nacional de Saúde “O Desenvolvimento do Sistema único de*
617 *Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes”*; e “*Consolidado dos Relatórios*
618 *das etapas estaduais da 12ª Conferência*” – proposta de o documento-base para discussão dos Grupos
619 ser o consolidado das Conferências Estaduais, subsidiado pelos documentos do Ministério da Saúde e
620 do Conselho Nacional de Saúde e pela discussão das mesas, a fim de facilitar o trabalho da relatoria –
621 não houve defesa da proposta; c) Artigo 13 – o § 1º foi deslocado para as Disposições Gerais e o § 2º
622 foi suprimido; d) Artigo 32, Parágrafo Único – define que as inscrições de observadores sejam feitas
623 nos Estados – proposta de suprimir o trecho “*por ordem de chegada*”: aprovada a proposta; e) Artigo 34
624 – define que o credenciamento dos delegados seja feito nos Estados, pelas Comissões Organizadoras
625 Estaduais – proposta de suprimir o trecho “*no período de 06 a 09 de dezembro de 2003*”: aprovada a
626 proposta; e f) Artigo 35, § 1º e § 2º – definem, respectivamente, que: o Ministério da Saúde arcará com
627 as despesas de hospedagem dos trabalhadores de saúde e dos usuários e com as despesas de
628 alimentação de todos os delegados; e que as despesas com deslocamento dos delegados, de seus
629 Estados de origem a Brasília, serão de responsabilidade dos Estados. Concluída a apresentação das
630 adaptações feitas, o Plenário apresentou outras sugestões ao Regimento Interno: a) Artigo 5º - mudar a
631 data de realização das etapas estaduais para até 15 de novembro – aprovada a proposta de inclusão
632 de § 4º ao Artigo 5º nos seguintes termos: “*Os Estados que não realizarem as Conferências Estaduais*
633 *até a data prevista no inciso II, deverão encaminhar justificativa à Comissão Organizadora da 12ª*
634 *Conferência que avaliará a sua pertinência*” – aprovada a proposta; b) incluir § 3º no Art. 35, definindo
635 que os observadores arcarão com as suas despesas com deslocamento de seu Estado a Brasília,
636 hospedagem e alimentação – aprovada a inclusão de § 3º que terá a seguinte redação “*O Ministério da*
637 *Saúde não arcará com as despesas de observadores*”. XIII – Proposta de delegação Nacional da 12ª
638 Conferência – Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** explicou que foi realizado resgate histórico
639 sobre a delegação nacional da 11ª Conferência e observou-se que a Conferência teve 616 delegados
640 indicados, porém não há informações sobre a representação de Governo e Trabalhadores de Saúde.
641 Destacou que, em listagem nominal, datada do dia 06 de dezembro, há registro de 216 usuários, 137
642 trabalhadores da saúde, 65 prestadores de saúde e nenhum Governo. Propôs que a definição da
643 delegação nacional fosse feita a partir de divisão proporcional por segmento, considerando à nova
644 composição do CNS e ajustes com demandas externas. Ressaltou que o Regimento Interno da 12ª
645 Conferência garantia as vagas dos Conselheiros do CNS (120) e da Plenária Nacional de Conselhos
646 (proposta de dividir as representações por segmento). Falou sobre solicitações de vagas das
647 Executivas dos Estudantes – 18 vagas; dos Distritos Sanitários Indígenas – 34 vagas; do Movimento
648 HIV/AIDS – 6 vagas; e do Ministério Público Federal e Ministério Público Estadual (contemplados nos
649 convidados). Esclarecidos esses pontos, apresentou divisão das 592 vagas destinadas a delegados
650 indicados ($\pm 20\%$) entre os segmentos, conforme o Regimento Interno da 12ª Conferência: a) Usuários:
651 296 vagas (60 destinadas a Conselheiros – restando 236 vagas); b) Gestores: 87 vagas (24 vagas
652 destinadas a Conselheiros – restando 63); c) prestadores: 61 vagas (6 destinadas a Conselheiros –
653 restando 55 vagas); e d) trabalhadores de saúde: 148 vagas (30 destinadas a Conselheiros – restando
654 118). Descontadas as vagas destinadas a Conselheiros, restam 472 vagas. Com desconto das
655 dezesseis vagas destinadas à Plenária de Conselhos, o número cai para 450 vagas, divididas da

seguinte forma: **a)** Gestores: 60; **b)** Prestadores de Serviço: 55; **c)** Trabalhadores da Saúde: 110; e **d)** Usuários: 231. Apresentou a seguinte sugestão de divisão das vagas destinadas a Gestores: Federal: 44 vagas; CONASS: 8; CONASEMS: 8. A propósito dos usuários, apresentou a seguinte proposta de divisão de vagas, após ajustes e descontos: Fórum Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências: 70; Entidades Religiosas: 11; Centrais Sindicais: 21; Aposentados: 11; Representação Indígena: 11; Movimento de Mulheres: 11; Entidades Patronais: 30; Trabalhadores Rurais: 11; Moradores: 11; Movimento Populares: 1; Comunidade Científica: 11; Consumidores: 4; UBES: 2; e UNE: 2. Sugeriu que os membros da Comissão de Mobilização e Articulação acompanhassem os ajustes na definição dos delegados da 12ª Conferência. A propósito das Entidades que solicitaram vagas, apresentou a seguinte proposta: Executivas dos Estudantes – vagas disponibilizadas: 9 – demanda: 18; Distritos Sanitários Indígenas – 24 vagas disponibilizadas – demanda: 34; e Ministério Público Federal e Ministério Público Estadual (contemplados nos convidados). Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** cumprimentou a proposta elaborada pela Comissão de Mobilização e Articulação, propondo que, se possível, as entidades cedessem vagas aos Distritos Sanitários Indígenas no ajuste. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** propôs que os Conselheiros estudassem a proposta apresentada, a fim de discuti-la na reunião ordinária de setembro de 2003. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** ressaltou que os segmentos teriam de discutir entre si a composição da delegação nacional.

Encaminhamento: a proposta de delegação nacional da 12ª Conferência seria distribuída ao Pleno do Conselho para apreciação, a fim de ser discutida na Reunião Ordinária a ser realizada nos dias 03 e 04 de setembro de 2003.

XV. Recursos relativos a 12ª Conferência – Conselheira **Zilda Arns Neumann** apresentou Pareceres da Comissão de Regimento e Regulamento da 12ª Conferência sobre o recurso do Conselho Municipal de Saúde de Belém – Pará, solicitando providências cabíveis e acompanhamento do processo de realização da Conferência Estadual de Saúde do Pará; e sobre o ofício do Sindicato dos Servidores do Setor Público de Saúde do Estado do Pará – SINDSESPA, solicitando providências cabíveis quanto à III Conferência Municipal de Saúde do Município de Maracanã e abertura de auditoria para apurar denúncias de irregularidades na Secretaria de Saúde do Município. **Parecer nº 01** – resposta ao recurso apresentado pelo Conselho Municipal de Saúde de Belém-PA. A Comissão apresentou as seguintes propostas para definição de vagas para a Conferência Estadual do Pará: definição de quociente para divisão de vagas para os municípios, considerando o número de habitantes do Estado dividido pelo número total de delegados da Conferência Estadual e elaboração de número de ajustes para que cada município tenha um piso mínimo de quatro vagas. O Estado do Pará deverá eleger 88 delegados para a etapa nacional da 12ª Conferência. **Parecer nº 02** - resposta ao ofício apresentado pelo Sindicato dos Servidores do Setor Público de Saúde do Estado do Pará – SINDSESPA. Propostas da Comissão para a Conferência Municipal de Maracanã – PA: definição de quociente para divisão de vagas para os segmentos dos usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e governo no município, considerando o número total de habitantes dividido pelo número total de delegados da Conferência; definição de número de ajuste para que cada bairro do município e área rural tenha um piso mínimo de quatro vagas; e elaboração do Regimento Interno e Regulamento da Conferência Municipal e das Pré-conferências. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** consultou o Plenário sobre a proposta de a Comissão de Regimento e Regulamento avaliar os recursos de Estados e Municípios sobre a 12ª Conferência, com base no Regimento Interno aprovado. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** propôs que a redação do Parecer fosse mais incisiva no que diz respeito às suas recomendações. **Deliberação: os Pareceres da Comissão de Regimento e Regulamento da 12ª Conferência, em resposta ao recurso do Conselho Municipal de Saúde de Belém – Pará e ao ofício do Sindicato dos Servidores do Setor Público de Saúde do Estado do Pará – SINDSESPA, foram aprovados por unanimidade.** Foi delegada à Comissão de Regimento e Regulamento da 12ª Conferência a competência de avaliar os recursos de Estados e Municípios sobre a 12ª Conferência.

ITEM 03 – 1ª CONFERÊNCIA DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – Conselheira **Clair Castilhos Coelho**, Coordenadora Geral da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), submeteu à apreciação do Pleno do Conselho proposta de Programa Oficial da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, elaborada na reunião conjunta entre a Comissão Organizadora, a Comissão Temática e a Comissão de Relatoria, realizada no dia 05 de agosto, bem como propostas de nomes de convidados para participar da abertura e para compor as Mesas-redondas, os Painéis, as Mini conferências e as Apresentações Especiais da Conferência. Proposta de Programação da Conferência: **Dia 15 de setembro:** Abertura; Apresentação da Síntese das Conferências Estaduais; Apresentação da Metodologia do Espaço Aberto; Discussão do Regimento Interno; Mesas-redondas; Discussão dos Grupos; Abertura Oficial; **Dia 16 de setembro:** Mini Conferências; Apresentações Especiais; Painéis e Espaço Aberto; **Dia 17 de setembro:** Grandes Mesas e Discussão de Grupos; **Dia 18 de setembro:** Plenária Final. Apresentou proposta de composição das Mesas-redondas que discutirão os seguintes

716 temas: **Tema 01.** Acesso à Assistência: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde –
717 Palestras: **1.1.** O SUS que queremos: Acesso Universal e Equânime com Controle Social; **1.2.**
718 Regulação de mercado: oferta e demanda, comércio farmacêutico e sua Inserção no SUS; **1.3.**
719 Racionalidade, Essencialidade e Excepcionalidade na Assistência Farmacêutica: financiamento do
720 Setor. **Tema 02.** Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico para a produção de medicamentos –
721 Palestras: **2.1.** Política Nacional de Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Industrial; **2.2.** Direitos
722 de Propriedade Intelectual: inovação e saúde pública; **2.3.** Acordos Internacionais: (aspectos
723 regulatórios e comerciais) Incentivo, entraves ou ambos? **Tema 03.** “*Qualidade na Assistência
724 Farmacêutica, formação e capacitação de Recursos Humanos*” – Palestras: **3.1.** Construindo a
725 Assistência Farmacêutica Integral; **3.2.** Preparando Recursos Humanos para Assistência Farmacêutica
726 e Uso Racional de Medicamentos; **3.3** Assegurando a qualidade dos Serviços e Produtos. Explicou que
727 serão realizados Painéis Específicos, que desdobrarão os temas tratados nas Mesas-redondas, sobre
728 os seguintes temas: **01.** Marco Regulatório para a Assistência Farmacêutica; **02.** Genéricos; **03.**
729 Assistência Farmacêutica na Saúde Suplementar; **04.** Financiamento e Gestão da Assistência
730 Farmacêutica; **05.** Interdisciplinaridade na formação e educação permanente de RH para Assistência
731 Farmacêutica; **06.** Implantando Sistema de Farmacovigilância; **07.** O papel dos Poderes na demanda
732 do mercado; **08.** Plantas Medicinais e Fitoterápicos; **09.** Informação sobre medicamentos: publicidade,
733 informação científica para profissionais e promoção para o uso correto; **10.** Revisitando a Portaria nº
734 3916/MS – Política de Medicamentos: avanços e desafios; **11.** Uso Racional de Medicamentos em
735 grupos vulneráveis; **12.** Garantindo a qualidade, segurança e efetividade dos medicamentos. Explicou
736 que a Conferência terá, ainda, duas apresentações especiais sobre “*Farmácia Popular*” e “*Farmácia
737 Hospitalar*” e duas Mini Conferências sobre “*Acordo ADPIC ou TRIPS da OMC e acesso a
medicamentos*” e “*Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos*”. Informou que os delegados
738 terão à disposição dez espaços abertos para discutir temas sobre assistência farmacêutica e
739 apresentar relatório no final da Conferência. Concluída a apresentação, o Colegiado apresentou as
740 seguintes propostas à programação da Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: **a)**
741 ampliar a participação de Universidades no Painel Específico “*Plantas Medicinais e Fitoterápicos na
742 Assistência Farmacêutica*” – proposta de mudar o nome painel para *Política Fitoterápica aplicada à
Comunidade*; **b)** incluir representação do Conselho Federal de Medicina no Painel Específico
743 “*Informação sobre medicamentos: Publicidade, Informação Científica para profissionais e promoção
para o uso correto*”; **c)** incluir o Conselheiro **Francisco das Chagas Dias Monteiro** no Painel Específico
744 “*Interdisciplinaridade na formação e educação permanente de RH para a Assistência Farmacêutica*”, **d)**
745 incluir representação dos usuários nas Mesas de Discussão; **e)** garantir discussão sobre medicamento
746 similar e falsificação de medicamentos – proposta contemplada no item “**1.3. Racionalidade,
747 Essencialidade e Excepcionalidade na Assistência Farmacêutica: Financiamento do Setor**”, **f)** incluir
748 discussão sobre o problema da administração de medicamentos; **g)** incluir discussão sobre controle e
749 eficácia da venda de medicamentos; **h)** incluir a participação de representante da Associação Familiar
750 dos Doentes Mentais do Brasil no Painel Específico “*O papel dos Poderes na demanda do mercado*”; **i)**
751 definir o número de cinco componentes para cada Mesa-redonda, Painel, Mini-Conferência e
752 Apresentação Especial, segundo o critério: coordenador; especialistas, trabalhadores e Universidades
753 (um a dois); Usuários, Ministério Público, Poder Legislativo e Governo (um a dois). A propósito da
754 delegação nacional da 1ª Conferência de Medicamentos, Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa**
755 submeteu à apreciação e deliberação do Colegiado a seguinte proposta de divisão das 178 vagas
756 disponibilizadas (correspondendo a 15% da delegação total) entre os segmentos: **a)** Usuários: 89 (20
757 vagas destinadas a Conselheiros – restando 69 vagas); **b)** Prestadores de Serviço: 18 (02 vagas
758 destinadas a Conselheiros – restando 16 vagas); **c)** Governo: 26 (08 vagas destinadas a Conselheiros –
759 restando 18 vagas); e **d)** Trabalhadores de Saúde: 45 (10 vagas destinadas a Conselheiros – restando
760 35 vagas). Em seguida, apresentou proposta de divisão das vagas 138 vagas restantes (após
761 descontadas as vagas destinadas a Conselheiros) entre as Entidades representantes do segmento dos
762 usuários, dos trabalhadores de saúde, do governo e dos prestadores de serviço. Concluída as
763 apresentações das propostas de programação e de delegação nacional da Conferência de
764 Medicamentos e Assistência Farmacêutica, foram constituídos dois grupos para discutir a composição
765 das Mesas-redondas, dos Painéis, das Mini Conferências e das Apresentações Especiais,
766 considerando o critério de cinco componentes - coordenador; especialistas, trabalhadores e
767 Universidades (um a dois); Usuários, Ministério Público, Poder Legislativo e Governo (um a dois) – e as
768 sugestões do Pleno do Conselho; e para elaborar e apresentar proposta de divisão das vagas entre os
769 segmentos dos usuários, dos trabalhadores de saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços e
770 indicar convidados. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** apresentou a proposta elaborada pelo
771 Grupo de divisão das vagas restantes (138 após descontadas as vagas destinadas a Conselheiros)
772 entre Entidades representantes do segmento dos usuários, dos trabalhadores de saúde, do governo e
773
774
775

776 dos prestadores de serviço: **01. Usuários:** ABRASCO: 1 vaga; Movimento Negro: 1 vaga; Associação
777 Brasileira de Imprensa: 1 vaga; Associação Brasileira de Química: 1 vaga; Associação Nacional de
778 Docentes do Ensino Superior: 1 vaga; Central Geral dos Trabalhadores: 1 vaga; Confederação
779 Brasileira de Aposentados e Pensionistas: 1 vaga; Confederação Nacional de Trabalhadores na
780 Agricultura: 1 vaga; Confederação Nacional dos Trabalhadores no Serviço Público Federal: 1 vaga;
781 Confederação Nacional do Serviço Público Municipal: 1 vaga; Diretoria da Executiva Nacional de
782 Estudantes de Medicina: 1 vaga; Diretoria da Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem: 1
783 vaga; Diretoria da Executiva Nacional de Estudantes de Farmácia: 1 vaga; Federação de Sindicatos de
784 Trabalhadores das Universidades Brasileiras: 1 vaga; Federação Nacional dos Jornalistas: 1 vaga;
785 Federação Nacional dos Profissionais da Química: 1 vaga; Fórum Nacional de Assistência
786 Farmacêutica: 1 vaga; Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos: 1 vaga;
787 Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra: 1 vaga; Ordem dos Advogados do Brasil: 1 vaga;
788 Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Rede Saúde): 1 vaga; Social Democracia
789 Sindical: 1 vaga; Sociedade Brasileira de Bioética: 1 vaga; União Brasileira de Mulheres: 1 vaga; União
790 Nacional dos Estudantes; SOBRAVIME: 1 vaga; Executiva de Estudantes de Nutrição: 1 vaga;
791 Confederação Nacional das Associações de Moradores: 2 vagas; MOPS: 1 vaga; Confederação
792 Nacional da Indústria: 1 vaga; Confederação Nacional da Agricultura: 1 vaga; Associação de Plantas
793 Medicinais: 1 vaga; Pastoral da Criança: 1 vaga; Pastoral da Saúde: 1 vaga; Associação de Mulheres
794 Rurais: 1 vaga; Associação de Mulheres Indígenas: 1 vaga; Federação Nacional das Parteiras: 1 vaga;
795 Movimento Articulado das Mulheres da Amazônia: 1 vaga; Entidades Religiosas: 2 vagas; Central Única
796 de Trabalhadores: 1 vaga; Força Sindical: 1 vaga; Federação Nacional das Pessoas Portadoras de
797 Deficiências e Patologias: 2 vagas; Organizações Indígenas: 2 vagas; Sociedade Brasileira de Ciências
798 Farmacêutica: 1 vaga. Sugestão de destinar as vinte vagas restantes do segmento dos usuários aos
799 primeiros suplentes do CNS do segmento dos usuários. **02. Trabalhadores de Saúde:** Associação
800 Brasileira de Enfermagem; Associação Brasileira de Farmacêuticos; Associação Brasileira de
801 Farmacêuticos Hospitalares; Associação Brasileira de Nutrição; Associação Brasileira de Odontologia;
802 Associação Brasileira dos Farmacêuticos Homeopatas; Associação Médica Brasileira; Associação
803 Nacional dos Farmacêuticos Magistras; Confederação Nacional das Profissões Liberais; Confederação
804 Nacional dos Trabalhadores em Saúde; Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança
805 Social; Conselho Federal de Enfermagem; Federação Brasileira de Psicologia; Conselho Federal de
806 Farmácia; Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Nutricionistas; Conselho Federal de
807 Odontologia; Conselho Federal de Química; Conselho Federal de Serviço Social, Federação
808 Interestadual dos Odontólogos; Federação Nacional dos Assistentes Sociais; Federação Nacional dos
809 Enfermeiros; Federação Nacional dos Farmacêuticos; Federação Nacional dos Médicos; Conselho
810 Federal de Biologia; COFFITO; Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde,
811 Trabalho, Previdência e Assistência Social; Conselho Federal de Medicina Veterinária; Médicos Sem
812 Fronteira; Associação da Saúde da Família; Conselho Federal de Psicologia; Conselho Federal de
813 Fonoaudiologia; Federação Brasileira das Sociedades Biologia Experimental; CMB. **03. Governo:**
814 Ministério da Ciência e Tecnologia: 1 vaga; Ministério da Fazenda: 1 vaga; Ministério das Relações
815 Exteriores: 1 vaga; Ministério da Justiça: 1 vaga; Ministério do Planejamento e Orçamento: 1 vaga;
816 Ministério da Assistência Social: 1 vaga; Ministério da Saúde: 3 vagas; ANVISA: 2 vagas; FUNASA: 1
817 vaga; ANS: 1 vaga; FUNAI: 1 vaga; CONASEMS: 2 vagas; CONASS: 2 vagas. **04. Prestadores de**
818 **Serviço:** Associação Brasileira de Farmácias; Associação Brasileira das Auto-sugestões em Saúde
819 Patrocinadas pelas Empresas; Federação Brasileira de Hospitais; Associação Brasileira de Medicina de
820 Grupo; Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico; Associação Brasileira dos Hospitais
821 Universitários de Ensino; Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais; Associação dos
822 Laboratórios Oficiais do Brasil; Confederação Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Conselho de
823 Reitores das Universidades Brasileiras; Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica; FIOCRUZ;
824 Representação Nacional das Distribuidoras de Medicamentos; Confederação Nacional das
825 Misericórdias do Brasil; UNIODONTO; UNIMED. A propósito da delegação dos convidados, apresentou
826 a proposta de delegar à Comissão Organizadora a definição dos convidados, considerando o total de
827 cem vagas disponíveis e as pré-indicações: Plenária Nacional de Conselhos – titulares e suplentes;
828 Ministério Público Federal; Ministério Público Estadual, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do
829 CNS; Conselho Nacional de Auto-regulação Publicitária; Instituto de Defesa do Consumidor; Rede
830 Única; Rede de Educação Popular; Rede de Humanização do Nascimento; OXFAN, Ouvidorias; Poder
831 Legislativo; Articulação de Mulheres Brasileiras; e Palestrantes. A proposta supracitada de divisão das
832 vagas dos delegados da Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica foi aprovada por
833 unanimidade. A propósito da Programação da Conferência, Conselheira Clair Castilhos Coelho
834 apresentou a proposta de composição das Mesas-redondas, das Mini Conferências, das
835 Apresentações Especiais e dos Painéis Específicos elaborada pelo Grupo, com base nas sugestões do

836 Pleno do Conselho: I – **Mesa de Abertura** – **Humberto Sérgio Costa Lima**, Ministro da Saúde; **Clair**
837 **Castilhos Coelho**, Coordenadora Geral da 1^a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência
838 Farmacêutica; e **Eduardo Jorge**, Coordenador da 12^a Conferência Nacional da Saúde. II - **Mesas de**
839 **Discussões**: Tema 01. Acesso à Assistência: a relação dos setores público e privado de atenção à
840 saúde –Coordenador: **Mozart de Abreu e Lima** – Palestras: 1.1. O SUS que queremos: Acesso
841 Universal e Equânime com Controle Social – sugestão de palestrantes: **Clair Castilhos Coelho**,
842 Coordenadora Geral da CNMAF; **Jandira Feghali**, Sub-Comissão de Assistência Farmacêutica da
843 Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; 1.2. Regulação de mercado:
844 oferta e demanda, comércio farmacêutico e sua Inserção no SUS – sugestão de palestrantes: **Ciro**
845 **Mortella**, FEBRAFARMA; **Pedro José Batista Bernardo**, ANVISA/Ministério da Saúde. 1.3.
846 Racionalidade, Essencialidade e Excepcionalidade na Assistência Farmacêutica: financiamento do
847 Setor – sugestão de palestrantes: **Norberto Rech**, SCTIE/Ministério da Saúde; Usuário - a ser indicado
848 pelo Fórum dos Portadores de Patologias e Deficiências. Tema 02. Pesquisa e Desenvolvimento
849 Tecnológico para a produção de medicamentos - Coordenador: **José Alberto Hermógenes de Souza** –
850 SCTIE/Ministério da Saúde. Palestras: 2.1. Política Nacional de Desenvolvimento Científico,
851 Tecnológico e Industrial – sugestão de palestrante: Deputada **Vanessa Grazziotin**, Comissão de Ciência
852 e Tecnologia, Comunicação e Informática da Câmara dos Deputados; 2.2. Direitos de Propriedade
853 Intelectual: inovação e saúde pública – sugestão de palestrantes: **Jorge Antônio Bermudez**,
854 ENSP/FIOCRUZ/Ministério da Saúde; **Jorge Raimundo**, INTERFARMA/FEBRAFARMA; 2.3. Acordos
855 Internacionais: (aspectos regulatórios e comerciais) Incentivo, entraves ou ambos? – sugestão de
856 palestrante: **Elza Castro**, Ministério das Relações Exteriores. Tema 03. “*Qualidade na Assistência*
857 *Farmacêutica, formação e capacitação de Recursos Humanos*” - Coordenadora: **Maria Leda de R.**
858 **Dantas**, CNS. Palestras: 3.1. Construindo a Assistência Farmacêutica Integral – sugestão de
859 palestrantes: **Maria Eugênia C. Cury**, FENAFAR; **Héder Murari Borba**, FENAM. 3.2. Preparando
860 Recursos Humanos para Assistência Farmacêutica e Uso Racional de Medicamentos – sugestão de
861 palestrantes: **Francisco de Assis Acúrcio**, ABRASCO; **Conceição Resende**, Assessora Parlamentar do
862 PT; 3.3 Assegurando a qualidade dos Serviços e Produtos – sugestão de palestrante: **Marilena**
863 **Lazzarini**, IDEC. III – **Mini Conferências**: 01. Acordo ADPIC ou TRIPS da OMC e acesso a
864 medicamentos” – Coordenadora: **Maria Auxiliadora de Oliveira**, ENSP/FIOCRUZ – sugestão de
865 palestrante: **German Velásquez**, OMS; 02. Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos –
866 Coordenadora: **Nelly Marin**, OPAS/OMS – sugestão de palestrante: **Mauro Castro**, UFRGS. IV.
867 **Apresentações especiais**: 01. Farmácia Popular – Coordenador: **Artur Custódio M. de Sousa**,
868 MORHAN/CNS – sugestão de palestrante – **Cláudia Ozório**, FIOCRUZ; 02. Farmácia Hospitalar:
869 Coordenador: **Renê**, ENEFAR – sugestão de palestrante: **Norberto Rech**, Departamento de Assistência
870 Farmacêutica – Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS. V. **Painéis Específicos**:
871 01. Marco Regulatório para a Assistência Farmacêutica - Coordenador: **Ivan Valente**, Comissão de
872 Educação e Cultura da Câmara dos Deputados – sugestão de palestrantes: **Arnaldo Zubioli**, Conselho
873 Federal de Farmácia; **Adelmir Araújo Santana**, CNC; **Antônio Carlos da Costa Bezerra**,
874 ANVISA/Ministério da Saúde; **José Rubens de Alcântara Bonfim**, SOBRAVIME. 02. Medicamentos de
875 referência, genéricos e similares (mudança de título) - Coordenadora: **Sílvia Storpistis**,
876 ANVISA/Ministério da Saúde – sugestão de palestrantes: **Sara Kanter Pinto de Souza**, ALANAC;
877 **Geraldo Adão**, COBAP; **Carlos Alberto Pereira Gomes**, ALFOB; **José Augusto Cabral de Barros**,
878 SOBRAVIME. 03. Assistência Farmacêutica na Saúde Suplementar - Coordenadora: **Eliane Aparecida**
879 **da Cruz**, Conselho Nacional de Saúde - sugestão de palestrantes: **Luiz Carlos Monteiro**, Força Sindical;
880 **Mario Scheffer**, Fórum Nacional de Pessoas Portadoras de Deficiências e Patologias; **Célia Chaves**,
881 FENAFAR; Representante da ABRANGE. 04. **Financiamento e Gestão da Assistência Farmacêutica** -
882 Coordenador: **Henrique Fontana**, Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados –
883 sugestão de palestrantes: **Alide Marina Ferraz**, Universidade de Cascavel; **Luiz Roberto da Silva**
884 **Klassmann**, SCTIE/Ministério da Saúde; **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, CONASEMS; CONASS.
885 05. Interdisciplinaridade na formação e educação permanente de RH para Assistência Farmacêutica -
886 Coordenador: **Marco da Ros** – UFSC – sugestão de palestrantes: **Francisco das Chagas Dias Monteiro**,
887 CNS; **Laura Feuerwerker**, Ministério da Saúde; **Maria Natividade G. S. T. Santana**, CNS; Representante
888 da ENEFAR. 06. Implantando o Sistema de Farmacovigilância - Coordenadora: **Suely Rosenfeld**,
889 ENSP/FIOCRUZ/Ministério da Saúde – sugestão de palestrantes: **Murilo Freitas Dias**,
890 ANVISA/Ministério da Saúde; **Marisa Lima Carvalho**, Secretaria Estadual Saúde/SP; **Rogério Hoefler**,
891 Conselho Federal de Farmácia; **Paulo Arraes**, UFCE; 07. O papel dos Poderes na demanda do
892 mercado - Coordenador: **Humberto Jacques**, MPF - sugestão de palestrantes: **Jairo Bisol**, Ministério
893 Público/DF; **Gilson Cantarino O'Dwyer**, CONASS; Representante do Ministério da Saúde; **Débora Diniz**,
894 Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais. 08. Plantas Medicinais e
895 Fitoterápicos na Assistência Farmacêutica (mudança do nome do painel) - Coordenadora: **Jamaira**

896 **Giora**, SCTIE/Ministério da Saúde - sugestão de palestrantes: **Jussara Cony**, Fórum pela Vida/Projeto
897 Plantas Vivas; **Eloir Schenkel**, UFSC; **Fátima Checheto**, Rede de Fitoterápicos nas Universidades;
898 Representante do Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia (MAMA) ou Movimento de Mulheres
899 Trabalhadoras Rurais. **09.** Informação sobre medicamentos: publicidade, informação científica para
900 profissionais e promoção para o uso correto - Coordenador: **Álvaro Nascimento**,
901 ENSP/FIOCRUZ/Ministério da Saúde - sugestão de palestrantes: **Lenita Wannmacher**, Comitê de Uso
902 de Medicamentos Essenciais da OMS; **Maria José Delgado**, ANVISA/Ministério da Saúde; **Carlos Cezar**
903 **Vidotti**, CEBRIM; Conselho Federal de Farmácia. **10.** Revisitando a Portaria nº 3.916/MS – Política de
904 Medicamentos: avanços e desafios - Coordenador: **Álvaro Machado**, Secretaria de Saúde de Alagoas -
905 sugestão de palestrantes: **Jorge Antônio Bermudez**, ENSP/FIOCRUZ/Ministério da Saúde;
906 Representante da FEBRAFARMA; **Norberto Rech**, SCTIE/Ministério da Saúde; **Helena Lutescia**,
907 SOBRAVIME. **11.** Uso Racional de Medicamentos em grupos vulneráveis - Coordenadora: **Fátima**
908 **Oliveira** - Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais - sugestão de
909 palestrantes: **Suely Rosenfeld**, ENSP/FIOCRUZ/Ministério da Saúde; **Elizabeth Melone Vieira**, Rede
910 Mulher; **Piero Rapazzini**, ABIAR; representante da COBAP/CNS. **12.** Garantindo a qualidade,
911 segurança e efetividade dos medicamentos – Coordenador: **André Gemal**, INCQS/FIOCRUZ/Ministério
912 da Saúde - sugestão de palestrantes: **Núbia Boechat**, Farmanguinhos/FIOCRUZ/Ministério da Saúde;
913 **Maria da Graça Hofmeister**, ANVISA/Ministério da Saúde; **Vera Lúcia Pepe**, ABRASCO; **Eji Pons**,
914 SOBRAVIME; Rede de Misericórdias. Informou que foram eliminados os painéis sobre Medicina
915 Tradicional e Farmacoeconomia e incluídos dois painéis sobre *Assistência Farmacêutica e a questão*
916 *de raça, gênero e etnia* (dia 16 de setembro) e *Homeopatia* (dia 17 de setembro). Concluída a
917 apresentação da proposta de composição das Mesas, Mini conferências, Painéis e Apresentações
918 Especiais, o Colegiado apresentou os seguintes destaques à proposta: **01.** Recomendação para que o
919 convite seja feito ao Presidente das Comissões; **02.** Mesa-redonda **Tema 03:** a) indicar representante
920 do Fórum dos Portadores de Deficiências e Patologias para participar da Mesa; e b) transformar a
921 palestra **1.3. "Assegurando a qualidade dos serviços de saúde em Mini-conferência"** – aprovadas as
922 propostas; **03.** Apresentações Especiais: a) Farmácia Hospitalar: indicar outro coordenador para a
923 Mesa – aprovada a indicação da Conselheira **Neide Regina C. Barrigueli**; e b) Farmácia Popular:
924 indicar representante do CNS para compor a Mesa – aprovada a indicação do Conselheiro **Jesus**
925 **Francisco Garcia**; **03.** Painéis Específicos: a) *Medicamentos de referência, genéricos e similares*:
926 indicar representante do Fórum dos Portadores de Patologias e Deficiências para compor a mesa no
927 lugar da SOBRAVIME – aprovada a proposta; b) *Assistência Farmacêutica na Saúde Suplementar*:
928 substituir **Eliane Aparecida da Cruz** por Secretaria Executiva do CNS; e indicação do Representante da
929 ANS/MS **Leônico Feitosa** – aprovadas as propostas; c) *Implantando o Sistema de Farmacovigilância*:
930 incluir representante da Comissão de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS no lugar do representante da
931 UFCE – aprovada a proposta; d) Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Assistência Farmacêutica –
932 incluir a representante da CONTAG **Maria Beatriz Kunkel** no lugar da Palestrante **Fátima Checheto**; e)
933 Uso Racional de Medicamentos em grupos vulneráveis: indicar representante do Fórum dos Portadores
934 de Patologias e Deficiências no lugar do palestrante da ABIAR; f) Mesa de Abertura: que os segmentos
935 (usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e gestores) indiquem Conselheiros do CNS
936 para participar da Mesa de Abertura; e que seja realizada consulta ao protocolo para verificar a
937 possibilidade de participação do Pleno do Conselho na Mesa de Abertura. **A proposta de composição**
938 **das Mesas-redondas, das Mini Conferências, das Apresentações Especiais e dos Painéis Específicos**
939 **foi aprovada por unanimidade, considerando as sugestões do Colegiado à proposta.** Conselheira **Clair**
940 **Castilhos Coelho** submeteu à apreciação e deliberação do Colegiado a proposta de horário das
941 atividades da Conferência: a) Apresentações e Mini Conferências: das 8h30 às 9h30; b) intervalos: das
942 9h30 às 10h; c) Painéis e Espaços Abertos: das 10 às 12h; d) Almoço: 12 às 13h30; e) Mesas-
943 Redondas: das 13h30 às 16h; f) intervalo: das 16 às 16h30; e g) Grupos de Trabalho: das 16h30min às
944 19h30. **Aprovada a proposta de horário das atividades da Conferência.** Em seguida, apresentou
945 proposta de Recomendação aos Conselhos de Saúde Estaduais para que adotem providências no
946 sentido de que o retorno dos delegados da Conferência seja a partir do dia 19 de setembro de 2003. **A**
947 **proposta de recomendação foi aprovada por unanimidade.** Por fim, solicitou que a Portaria que nomeia
948 a Comissão Organizadora seja reeditada pelo Ministro da Saúde, com a inclusão do nome do
949 Coordenador da Comissão Temática **Jorge Antônio Z. Bermudez** e da Coordenadora da Relatoria **Célia**
950 **G. Machado Chaves**. **ITEM 04 – SITUAÇÃO DA SAÚDE DO DF** – Secretaria Executiva do CNS **Eliane**
951 **Aparecida da Cruz** falou sobre Ofício da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
952 encaminhado à Secretaria Executiva do CNS, justificando a impossibilidade da participação do
953 Secretário de Saúde do Distrito Federal **Arnaldo Bernardino Alves** na reunião, em virtude de viagem
954 internacional, e solicitando que seja agendada reunião com Comissão do Conselho. Em seguida,
955 lembrou que o Pleno do Conselho aprovou na 26ª Reunião Extraordinária, realizada nos dias 17 e 18

956 julho de 2003, Resolução solicitando que fossem convidados a participar da 133ª Reunião Ordinária do
957 CNS o Secretário de Saúde do Distrito Federal, o Coordenador da Força Tarefa e representante do
958 Ministério Público Federal e o Promotor de Justiça do Distrito Federal e Territórios para prestarem
959 esclarecimentos ao Conselho sobre a situação do Sistema de Saúde Público do Distrito Federal, com
960 vistas a subsidiar a deliberação do Conselho sobre o tema. Esclarecidos esses pontos, convidou o
961 Assessor Jurídico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal **Paulo de Souza**, o
962 Coordenador do Grupo Tarefa de análise sobre a situação da Saúde no Distrito Federal **Fausto Pereira**
963 **dos Santos** e o representante do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios **Jairo Bisol** para
964 comporem a mesa e iniciarem a discussão sobre o tema. O Assessor Jurídico da Secretaria de Estado
965 de Saúde do Distrito Federal **Paulo de Souza** cumprimentou o Colegiado e os demais presentes à
966 reunião e esclareceu que não se pronunciaria sobre a situação do Distrito Federal. Nesse sentido,
967 propôs que fossem aguardadas as decisões judiciais sobre as Ações Judiciais em andamento para
968 discussão e decisão sobre o tema. Requereu as atas e as listas de presença das três últimas reuniões
969 do CNS que tratou do tema. O Coordenador do Grupo Tarefa que analisou a situação da Saúde no
970 Distrito Federal **Fausto Pereira dos Santos** recuperou o processo de discussão sobre a situação da
971 saúde do Distrito Federal no âmbito do Ministério da Saúde e falou sobre o trabalho do grupo de
972 avaliação dos processos e denúncias. Explicou que a equipe do Ministério da Saúde, ao assumir a
973 gestão no início de 2003, deparou-se com vários processos em andamento e relatórios sobre o Sistema
974 de Saúde do Distrito Federal que aguardavam solução. Disse que, ao mesmo tempo, as várias
975 instituições do Ministério Público fizeram uma juntada dos processos de investigação e auditorias
976 conduzidos no último período e solicitaram à Secretaria de Direitos Humanos, ligada ao Ministério da
977 Justiça, posicionamento sobre a situação da saúde do Distrito Federal, por entender que estava
978 colocando em risco a saúde da população. Lembrou que o conjunto de processos de investigações e
979 auditorias foi encaminhado ao Ministério da Saúde para que apresentasse o seu posicionamento.
980 Nesse sentido, explicou que o Ministério da Saúde decidiu por instituir Grupo Tarefa, com a
981 participação de várias instituições do Ministério Público, da Controladoria e de vários órgãos do
982 Ministério, com o propósito de avaliar os processos em andamento e instituir linha de conduta para
983 apurar a situação do DF. Afirmou que, ao analisar o conjunto de processos e auditorias, o Grupo Tarefa
984 constatou que os processos eram oriundos de 1999 a 2002, em todos há repetição dos mesmos
985 eventos e apontam problemas relativos à assistência a saúde e questões relativas à esfera
986 administrativa. Frente ao quadro e considerando que o DF foi habilitado em gestão plena pela NOAS,
987 disse que o Ministério da Saúde, na reunião da Tripartite de fevereiro de 2003, apresentou pedido de
988 abertura de processo de desabilitação da gestão plena do Sistema Estadual de Saúde do DF.
989 Ressaltou que, na Tripartite, o processo seguiu o trâmite previsto na NOAS, assim, foi constituído grupo
990 para avaliá-lo e definido prazo para que a Secretaria de Saúde respondesse a Exposição de Motivos do
991 Ministério da Saúde para que a Tripartite fizesse, posteriormente, a sua avaliação. Destacou que o
992 Ministério da Saúde considerou que a SES/DF não respondeu satisfatoriamente aos questionamentos
993 relacionados na Exposição de Motivos do MS, tendo em vista que as respostas foram consideradas, em
994 sua maioria, inconsistentes. Explicou que, paralelamente a esse processo, o Grupo Tarefa e os vários
995 órgãos do Ministério da Saúde, continuaram a avaliação da gestão do Distrito Federal e o Ministério
996 Público e o Ministério da Saúde tomaram várias atitudes em relação à situação encontrada. Ressaltou
997 que o entendimento do Ministério da Saúde e da Força Tarefa, frente ao processo de análise da
998 situação, é de que os motivos colocados para a desabilitação persistem e faz-se necessário definir
999 encaminhamento para a questão. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer**, representante do CONASS
1000 no CNS, falou sobre o processo de discussão do tema no âmbito da Tripartite, ressaltando, a princípio,
1001 que o CONASS é uma entidade de defesa dos interesses do Sistema Único de Saúde e porta-voz
1002 político dos Secretários de Estado nas diversas instâncias que não pactua com a gestão que,
1003 comprovadamente, tenha cometido ilegalidades. Falou sobre a dificuldade de o tema ser tratado no
1004 âmbito da Tripartite, uma Comissão que não tem poder de voto, as deliberações têm de ser por
1005 consenso e que possui representação de diferentes segmentos. Disse que a Tripartite avaliava um
1006 processo de desabilitação técnico, considerando que a NOB, assim como as Normas em geral, era
1007 pautada na gestão e a habilitação não envolvia compromisso e responsabilização sanitária e nenhum
1008 tipo de parâmetro assistencial efetivo. A propósito, falou sobre a proposta do CONASS de elaborar
1009 nova NOB. Comentou a respeito do relatório da Tripartite sobre o tema, aprovado pelo CONASS, pelo
1010 CONASEMS e, aparentemente pelo MS - posteriormente, observou-se que não representava a posição
1011 do Ministério da Saúde – que sugeria não trabalhar na lógica de desabilitação, mas sim na lógica de
1012 prazos para que os problemas apontados fossem resolvidos pela SES/DF, com acompanhamento do
1013 MS. Explicou que o relatório acabou por não ser aprovado, assim não há posicionamento da Tripartite
1014 sobre o assunto e, alem disso, aguarda-se o encaminhamento do CNS sobre a matéria. Disse que a
1015 expectativa do CONASS era de que o Secretário de Saúde do DF tivesse a oportunidade de

1016 encaminhar e resolver os problemas encontrados da SES/DF. Afirmou que a posição do CONASS,
1017 salvo fato novo, é de que, tecnicamente, a desabilitação não é justificada por meio do processo de
1018 habilitação e desabilitação atual, tendo em vista que não houve discussão sobre a qualidade da
1019 assistência. Ressaltou que, apesar de manter a sua posição contrária a desabilitação do DF, o
1020 CONASS acataria a posição do Conselho, órgão máximo de deliberação do SUS. Na sua opinião, o
1021 Conselho Nacional de Saúde é o Fórum mais apropriado para tratar do tema, tendo em vista a
1022 dificuldade de tratá-lo no âmbito da Tripartite. Explicou que, considerando a peculiaridade do DF, a
1023 desabilitação terá pouca repercussão prática, tendo em vista que não haverá mudança do processo de
1024 gestão e do Distrito Federal continuará recebendo os recursos Fundo a Fundo. O representante do
1025 Ministério Público do Distrito Federal e Territórios **Jairo Bisol** cumprimentou o Pleno do Conselho e
1026 esclareceu que a sua explanação seria pautada em depoimentos sobre o tema em discussão. Nesse
1027 sentido, iniciou seu pronunciamento referindo-se ao Ofício do Secretário de Saúde do Distrito Federal
1028 **Arnaldo Bernardino Alves**, datado de 23 de julho de 2003, encaminhado ao Secretário de Atenção à
1029 Saúde **Jorge José Santos Pereira Solla**, particularmente, à declaração do Secretário da SES/DF sobre
1030 a área de saúde do DF “*a área (saúde) representava, até então, desgosto, vergonha e desesperança,*
1031 *tanto para os trabalhadores de saúde quanto para a população do DF*”. Endossou as palavras do
1032 Secretário da SES/DF sobre a área de saúde do DF, considerando o resultado das investigações e
1033 auditorias que demonstravam verdadeira crise da saúde do DF. Destacou que o desabastecimento e a
1034 crise na saúde pública do DF era, no mínimo, de conhecimento do Governador do Distrito Federal,
1035 tendo em vista que no ato da transformação da Fundação de Saúde, em 2000, em Secretaria de
1036 Estado de administração direta, o controle orçamentário e financeiro do Fundo de Saúde foi repassado
1037 ao Secretário da Fazenda, a despeito do disposto no Art. 33 da Lei nº 8080/90 que determina “*os*
1038 *recursos financeiros do Sistema de Saúde serão depositados em conta especial, em cada esfera de*
1039 *sua atuação, e movimentadas sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde*”. A propósito, citou
1040 trechos do depoimento do Ex-secretário de Saúde do DF **Aloísio Toscano**. Em seu depoimento, o Ex-
1041 secretário de Saúde do DF **Aloísio Toscano**, afirma que apesar das suas reclamações ao Governador
1042 do DF sobre a situação da saúde, nenhuma medida política foi tomada, resultando no
1043 desabastecimento de medicamentos e insumos. Além disso, diz que, na condição de Secretário de
1044 Saúde, nunca gerenciou os recursos financeiros do Fundo de Saúde. Em seguida, o Promotor de
1045 Justiça do Ministério Público fez menção ao depoimento do ex-diretor da DALME **Carlos José Torquato**,
1046 terceiro nome na Secretaria do DF no que se refere à compra de medicamentos e insumos, que narra
1047 no seu depoimento, que o seu trabalho estava tornando-se inócuo, pois o planejamento de compras
1048 dependia da liberação cotas de recursos do Fundo de Saúde pela Secretaria de Fazenda e
1049 Planejamento. O ex-diretor da DALME revela, ainda, que a DICOF devolveu a DALME mais de
1050 quatrocentos processos para licitação, mas não havia previsão de recursos. Assim, a DALME realizava
1051 o planejamento, mas não conseguia executá-lo em face da não liberação de recursos pelo Secretário
1052 da Fazenda à época. Em seu depoimento, o ex-diretor da DALME afirma, também, que foi informado
1053 sobre a realização de reuniões do Secretário de Saúde com o Governo do DF para encontrar solução
1054 para o problema de desabastecimento da rede, mas nenhuma atitude foi tomada nesse sentido. Frente
1055 às declarações, o representante do Ministério Público do Distrito Federal de Territórios **Jairo Bisol**
1056 ressaltou que o processo de desabastecimento, que era de conhecimento do Governo do DF e de toda
1057 a sua equipe, resultou em um sistema “*illegal*” de “*compras por vales*”. Disse que, na eleição para
1058 governador do DF em 2002, os empresários reclamavam o pagamento da dívida de, aproximadamente,
1059 doze milhões e 500 mil reais referente à “*compra por vales*”, frente à possibilidade da derrota eleitoral
1060 do Governador do DF que disputava a reeleição. A propósito, explicou que, em setembro de 2000, foi
1061 realizada reunião entre o Governador do DF, o Secretário de Saúde à época, o Secretário da Fazenda
1062 e Planejamento e diversos fornecedores da SES/DF, onde foi acordado que o Governo do DF pagaria a
1063 dívida (12 milhões e 500 mil referente à “*compra por vales*”) em quatro parcelas até o final de 2002. A
1064 propósito, citou trechos do depoimento dos ex-dirigentes da Secretaria de Saúde do DF que
1065 comprovavam o fato supracitado. Ressaltou que a crise da saúde do Distrito Federal indicava uma
1066 “*política ostensiva e deliberada de desmonte do SUS*”, pressuposto para a terceirização. Disse, ainda,
1067 que apesar da crise na saúde do DF, o Governador do DF, por meio de Lei, desviou do Fundo de
1068 Saúde quarenta milhões de reais para construção da terceira ponte do Lago Sul e grande montante de
1069 recursos para políticas “*assistencialistas*” – 34 milhões e 800 para *Cesta Básica da Solidariedade*, 22
1070 milhões e 400 para *O Pão da Solidariedade*. Explicou que o Ministério Público do Distrito Federal, o
1071 Ministério Público da União, os Ministérios Públicos do Tribunal de Contas iniciaram auditoria na saúde
1072 do Distrito Federal avaliando: a) assistência ao usuário – resultados: a situação dos hospitais é
1073 degradante e de verdadeiro desmonte; Decisão do Tribunal de Contas interditou obras do Hospital de
1074 Base por não haver recursos; 40 máquinas de hemodiálise recebidas do REFORsus há dois não
1075 foram implantadas – observa-se dupla militância de desmonte do sistema, mantendo-se apenas uma

1076 máquina de hemodiálise no Hospital para “*carrear*” pacientes para clínicas; **b)** cumprimento da EC nº 29
1077 – resultado: o Governo do DF não cumpre a Emenda no que se refere à contrapartida de recursos; os
1078 gestores alegam que a maior parte dos Estados não cumpre – ainda não é possível avaliar se as
1079 exigências da EC nº 29 sobre a contrapartida de recursos serão cumpridas em 2003; e **c)** sistema de
1080 compras e contrato de prestação de serviços – resultados: há 78 contratos de prestação de serviços em
1081 execução no DF, envolvendo vinte empresas, com prazos vencidos e não renovados; o atual Secretário
1082 de Saúde realizou contratos emergenciais sem licitação; e a prática de compra de medicamentos por
1083 “*vales*” continua. Explicou que, frente aos resultados das investigações, o Ministério Público moveu as
1084 seguintes Ações: **a)** Irregularidades no Programa Saúde da Família – Ação de Improbidade movida
1085 contra todos os envolvidos na administração do Programa; **b)** Contratos – Ação contra os Secretários e
1086 Gestores responsáveis pelos contratos em execução que, formalmente, inexistem; e **c)** aplicação da
1087 Legislação que rege o SUS – Ação solicitando intervenção federal no Sistema com afastamento dos
1088 gestores e nomeação de novos gestores pelo gestor federal – aguarda decisão da justiça federal.
1089 Informou que na semana seguinte o Ministério Público desencadeará Ação por compra de
1090 medicamentos e insumos por meio de “*vales*”. Por fim, disse que, caso necessário, o Ministério Público
1091 moverá novas Ações à medida que as investigações forem concluídas. A propósito das iniciativas do
1092 CNS sobre a questão, a Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** informou que o
1093 documento do CONASS sobre o tema, no que se refere à menção a EC nº 29, estava sob análise e
1094 que, no segundo dia de reunião, seria definida composição do GT do CNS para discutir instrumentos de
1095 gestão, em especial a NOB/96 e a NOAS. Além disso, disse que o GT do CNS de Acompanhamento da
1096 situação do DF continuaria os trabalhos. Informou ao Assessor Jurídico da Secretaria de Estado de
1097 Saúde do Distrito Federal **Paulo de Souza** que as Atas do CNS solicitadas estariam à disposição assim
1098 que fossem aprovadas no Pleno do Conselho. O Assessor Jurídico da Secretaria de Estado de Saúde
1099 do Distrito Federal **Paulo de Souza** ressaltou que as denúncias do Ministério Público referem-se a
1100 gestões anteriores e não a atual gestão da SES/DF. Disse, ainda, que teve a oportunidade de conhecer
1101 o Senhor **Aloísio Toscano** e o Senhor **Carlos José Torquato**. Nesse sentido, disse que a nova gestão da
1102 SES/DF, indicada pelas associações e sindicatos da área médica, nada tem haver com as denúncias
1103 do passado. Informou que os problemas contratuais enfrentados pela nova gestão da SES/DF advêm
1104 de 1995 e 1996, considerando que nesta época foram cancelados e encaminhados para a justiça.
1105 Nesse sentido, ressaltou que a SES/DF teve de administrar os problemas judiciais dos contratos para,
1106 em seguida, realizar concorrências. Disse que o descaso com a saúde eram comum a outros Estados e
1107 não um problema exclusivo do DF. Solicitou que o CNS desse à nova gestão da SES/DF a
1108 oportunidade de trabalhar para sanar a crise da saúde do DF, instaurada há anos. Nesse sentido,
1109 reforçou o pedido de o CNS aguardar as decisões judiciais sobre as diversas Ações e Auditorias em
1110 andamento para tomar qualquer atitude. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** manifestou-se indignada
1111 com a situação da saúde pública do Distrito Federal que, na sua opinião, destruía o ideal de saúde
1112 pública democrática e equânime. Perguntou quais serão as estratégias do Conselho para mudar o
1113 quadro caótico da capital da República. Conselheiro **Rogério Carvalho dos Santos** disse que a situação
1114 da saúde do DF era resultado da improbidade e da desqualificação do Governo do DF para exercer o
1115 mandato, assim a solução seria o impedimento da gestão do Governo do Distrito Federal. Nesse
1116 sentido, ressaltou que, talvez, a desabilitação em gestão plena não fosse a mais acerta das alternativas
1117 para o problema, porém era o instrumento ao alcance do CNS para sinalizar a atenção do Controle
1118 Social frente à situação. Manifestou solidariedade a todos os moradores do Distrito Federal e
1119 apresentou a posição do CONASEMS de apoio à recomendação do Ministério da Saúde de
1120 desabilitação do DF como ente federado, particular, capaz de gerir recursos públicos. O representante
1121 do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios **Jairo Bisol** entregou formalmente à Secretaria
1122 Executiva do CNS os documentos aos quais fizera referência na sua exposição. Secretário de Atenção
1123 à Saúde **Jorge José Santos Pereira Solla** ressaltou que a gestão atual não é diferente da anterior,
1124 assim, os Secretários de Saúde dos últimos quatro anos e sete meses foram nomeados pelo
1125 Governador. Além disso, todas as decisões de Governo nesse período foram tomadas pelo atual
1126 Governador do DF. Chamou atenção para o fato de as auditorias do Ministério da Saúde, realizadas
1127 pelo DENASUS, e a avaliação do Grupo Tarefa terem encontrado irregularidades na gestão da saúde
1128 do DF a partir de 2000. Destacou que os problemas identificados nas apurações feitas pelo DENASUS
1129 mantiveram-se e, até mesmo, agravaram-se. Além disso, explicou que processos recentes constataram
1130 que os problemas não foram resolvidos nos últimos sete meses e que a situação atual é pior do que a
1131 de janeiro de 2003. Explicou que a estrutura do Ministério da Saúde colocou-se à disposição para
1132 apoiar a Secretaria de Saúde do DF na correção de irregularidades administrativas e gerenciais, mas o
1133 Secretário de Saúde do DF não aceitou o apoio do MS, mostrando-se conivente com a situação. Falou
1134 sobre a Ação Judicial do Ministério Público que solicita o afastamento da equipe gestora da Secretaria
1135 de Saúde do DF, com audiência marcada para o dia 21 de agosto para decisão judicial. A propósito,

1136 disse que o Ministério da Saúde estava pronto para assumir qualquer decisão da justiça. Propôs que o
1137 CNS assuma a existência de indícios de improbidade na gestão da saúde pelo governo do Distrito
1138 Federal e elabore Resolução apoiando a Ação Judicial do Ministério Público que reitera a necessidade
1139 de afastamento da equipe gestora da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal e a indicação
1140 de novos gestores por parte do Ministério da Saúde. Além disso, propôs que o CNS aguardasse a
1141 decisão judicial da Audiência, a ser realizada no dia 21 de agosto e manifestasse sua posição na
1142 próxima reunião. Endossou a colocação de que a desabilitação não resolverá o problema, porém
1143 ressaltou que terá impacto, tendo em vista que o Distrito Federal terá de comprovar as ações
1144 implementadas para receber recursos. Além disso, lembrou que a desabilitação era a medida
1145 disponível na esfera de decisão do CNS, pois o afastamento do Governador não era da sua
1146 competência. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** discordou da proposta de postergar a decisão
1147 do CNS. Considerando o resultado do trabalho do Grupo Tarefa, do Ministério Público e outros órgãos,
1148 propôs a desabilitação do DF. Solicitou à Secretaria Executiva do CNS a degravação do item.
1149 Conselheiro **Francisco das Chagas Dias Monteiro** solicitou cópia da denúncia sobre médicos que
1150 tiravam pacientes da hemodiálise pública para o setor privado, a fim de ser apresentada ao Conselho
1151 Federal de Medicina. Ressaltou que, frente às denúncias, a desabilitação era a decisão ao alcance do
1152 CNS e deveria ser tomada na reunião. Conselheiro **Lucas Cardoso Veras Neto** apresentou notícia da
1153 revista da Associação Médica de Brasília, informando que o Distrito Federal conseguiu habilitar-se no
1154 Programa de Prevenção da AIDS com seis meses de atraso, resultando em perda de quatro milhões e
1155 100 mil reais. Falou sobre a impossibilidade de realização de exame em crianças com graves
1156 problemas renais no Hospital Materno Infantil por falta de equipamento, ressaltando que se tornarão os
1157 renais crônicos do futuro. Afirmou que há intencionalidade criminosa de se transformar o serviço público
1158 de saúde do DF em conveniado. Explicou que o Governo realizou verdadeiro desmonte da saúde do
1159 DF – desmontou o serviço de Saúde da Família, prejudicando o Sistema de Atenção Básica do DF,
1160 desativou a Fundação de Saúde, passando as compras para uma central única – na tentativa de provar
1161 que o Sistema de Saúde Público não funciona e é necessário terceirizá-lo. Além disso, afirmou que o
1162 atual Secretário de Saúde apoiou, de forma explícita, o Governo do DF desde o início do seu mandato.
1163 Conselheira **Cibele G. de Mello Osório** deu seu depoimento sobre a experiência de utilizar o serviço do
1164 Hospital de Base, denunciando a precariedade das instalações, a falta de medicação e de
1165 acompanhamento médico, entre outros problemas. Colocou-se à disposição para participar do GT do
1166 CNS de Acompanhamento da situação da saúde do DF. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa**
1167 sugeriu que os Ministros da Saúde anteriores fossem envolvidos no processo de investigação da
1168 situação do DF. Em seguida, apresentou a seguinte Questão de Ordem: que fosse encaminhada a
1169 votação da proposta de desabilitação. Conselheiro **Elias Fernando Miziara** mostrou-se surpreso com a
1170 afirmação do Assessor Jurídico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal **Paulo de Souza**
1171 de que não conhece o Senhor **Alofsio Toscano**, diretor do Hospital de Base. Nesse sentido, colocou em
1172 dúvida a veracidade das afirmações do Assessor Jurídico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito
1173 Federal **Paulo de Souza**. Explicou que a equipe que assumiu a coordenação do Hospital de Base em
1174 1994 encontrou os contratos suspensos na justiça e todos os procedimentos de licitação não foram
1175 possíveis de serem implementados. Comentou, ainda, a declaração do Assessor Jurídico da SES/DF
1176 de que as Entidades Médicas indicaram o atual Secretário de Saúde do DF, explicando que a
1177 Associação Médica de Brasília manifestou posição contrária a gestão da SES/DF e, ainda, que o
1178 Conselho Regional de Medicina publicou em seu jornal que, participou de reunião onde o Governador
1179 do DF indicou o Secretário de Saúde, mas, em nenhum momento, apoiou a indicação. A propósito da
1180 afirmação sobre problemas com contratos, disse que, na sua direção do Departamento em 1997 e
1181 1998, recebeu atestado de honestidade do Governo, tendo em vista que, após avaliação, fiscalização e
1182 análise de todos os processos de compras não foram encontradas irregularidades. Solicitou que o
1183 Conselho encaminhasse oficialmente solicitação à Secretaria de Saúde do DF para que seja
1184 disponibilizada a relação de preços de aquisição de medicamentos, a partir de 1994, especialmente de
1185 antibióticos, soros fisiológicos e glicosados e anti neoplásicos quimioterápicos, a fim de verificar a
1186 evolução dos preços praticados pela SES/DF. O Conselheiro Estadual de Mato Grosso do Sul **Júlio**
1187 **César das Neves**, em nome da Coordenação da Plenária de Conselhos, solicitou ação incisiva do
1188 Controle Social frente à situação da saúde no DF, propondo que o Conselho recomendasse a
1189 desabilitação do DF. Além disso, solicitou a participação da Coordenação da Plenária no GT do CNS de
1190 Acompanhamento da Situação da Saúde no DF. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** falou
1191 sobre a intencionalidade do Governo de desmontar o Sistema de Saúde do DF com ações como a
1192 desativação do Conselho de Saúde do DF. Ressaltou que a atitude política do CNS de desabilitar o DF
1193 seria uma resposta à solicitação de apoio do Controle Social do DF. Conselheiro **Rogério Carvalho**
1194 **Santos** solicitou contagem de quorum para votação. Secretaria Executiva do CNS **Eliane Aparecida da**
1195 **Cruz** colocou em votação as duas propostas apresentadas na discussão do tema: a) indicar a

desabilitação do Distrito Federal na gestão plena do Sistema de Saúde – 17 (dezessete) votos a favor; e b) aguardar a Audiência sobre o assunto, a ser realizada no dia 21 de agosto de 2003, para posicionar-se – 01(um) voto. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde aprovou, com 17 (dezessete) votos a favor, a indicação de desabilitação do Distrito Federal na gestão plena do Sistema de Saúde. O tema continuará em pauta no próximo período. O representante do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios **Jairo Bisol** solicitou a palavra para ressaltar que a situação da hemodiálise era comum a outras áreas e mostrava que está em gestação, no interior do Sistema Público de Saúde do DF, o anti-sistema que é a privatização e a terceirização da saúde que trabalhará em torno da doença e não da saúde. Esclareceu que um dos pontos de investigação do Ministério Público no segundo semestre de 2003 será de mapear os profissionais com controle setorial na área da saúde que, ao mesmo tempo, desenvolvem atividades empresariais no mesmo sentido. Disse que o resultado das investigações seria repassado ao Conselho Federal de Medicina. Conselheiro **Elias Fernando Miziara** falou sobre denúncia de empresa de medicina do trabalho, habilitada como clínica de hemodiálise, mas não possui nenhum aparelho de hemodiálise. Conselheiro **Francisco das Chagas Dias Monteiro** reforçou o pedido de que sejam disponibilizados os documentos citados pelo representante do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios **Jairo Bisol**. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** agradeceu a presença dos convidados e encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião.

ITEM 05 – INFORMES E INDICAÇÕES – Indicações: a) Programa Canal Saúde –Tema: Gestão Participativa. Local: Rio de Janeiro. Data: 13 de agosto – Conselheiro indicado: **Climério da Silva Rangel Júnior**; b) I Seminário do Projeto Buriticupu Saudável – Data: 12 a 14 de agosto – Local: Buriticupu, MA – Conselheiro indicado: **Wander Geraldo da Silva**; c) Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Data: 28 de agosto. Horário: 10h. Local: Brasília – DF. Conselheira indicada: **Clair Castilhos Coelho**; e d) Cerimônia de Abertura do 22º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental – Data: 14 de setembro; Horário: 19h – Local: Joinville, SC. Indicação: representante da CISAMA. Informe: Correspondência eletrônica de Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde do Maranhão, com questionamentos sobre a criação da Secretaria Extraordinária de Saúde Preventiva – Conselheiro **Gerônimo Paludo** esteve no Estado acompanhando a questão e apresentará relatório.

FORMAÇÃO DA COMISSÃO PARA ELABORAR PROPOSTA DE REGULAMENTAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – Proposta da Secretaria Executiva do CNS de constituir Comissão, composta por oito componentes (quatro usuários, dois trabalhadores, um gestor e um prestador), com o propósito de elaborar proposta de regulamentação do CNS, a ser apreciada e deliberada pelo Plenário do Conselho. A Secretaria Executiva do CNS aguardava indicação dos nomes dos representantes.

APROVAÇÃO DE ATAS DO CNS – Item transferido para a 27ª Reunião Extraordinária do CNS, a ser realizada no dia 21 de agosto de 2003.

ITEM 06 – ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NO PROGRAMA “FOME ZERO” – A Secretaria Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** convidou a Procuradora Geral da República **Raquel Dodge** e o **Hugo Melo**, Coordenador de Assessoria da Procuradoria Federal de Direito do Cidadão, para compor a mesa e informou que o Ministério Público concordou com a solicitação do CNS de que seja indicado representante para participar das reuniões do Conselho e encaminhar as questões relacionadas ao Ministério Público. A Procuradora Geral da República **Raquel Dodge** cumprimentou o Plenário e explicou que trataria sobre dois Direitos Humanos Econômicos Sociais e Culturais – DHESCs: o Direito Humano à Alimentação Adequada e o Direito à Liberdade e à Dignidade no Trabalho: erradicação do trabalho escravo. Explicou que o Brasil encontra-se na vanguarda de discussão internacional sobre a implementação dos Direitos Humanos Econômicos Sociais e Culturais e que as ações do Ministério da Saúde, com a intensa vigilância do Conselho Nacional de Saúde, permitiu que o país tivesse papel destacado na América Latina e no cenário mundial no que diz respeito ao Direito Humano à Saúde. Ressaltou que há discussão no cenário da Organização das Nações Unidas sobre a elaboração de protocolo para implementação dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais. Informou que o Brasil manifestou a importância de promover ampla discussão sobre os Direitos Econômicos Sociais e Culturais, oferecendo-se para protagonizar o processo de discussão na América Latina, no sentido de definir instrumentos para sua judicialização. A propósito do Direito Humano à Alimentação Adequada, explicou que é definido em normas institucionais das quais o Brasil é signatário e comprometeu-se a implementar, porém de difícil exigência judicial. Nesse sentido, disse que sua implementação deve ser exigida por meio de Ações do Poder Público. Disse que o Ministério Público instaurou Inquérito Civil Público, instrumento utilizado para a implementação do Direito à Alimentação Saúde, no mês de maio de 2003, na Procuradoria da República, em Brasília, com o objetivo de verificar os projetos do Governo que visam implementar o Direito Humano à alimentação adequada, bem como a inter-relação dos mesmos. Explicou que serão instaurados outros 27 Inquéritos Civis Públicos em cada Unidade Federativa do Brasil, a fim de avaliar a eficiência dos Programas do Governo no âmbito dos Estados e dos Municípios. Ressaltou a relevância da contribuição do CNS na melhoria da qualidade nutricional e

nas ações para implementação do Direito Humano à alimentação. A propósito do Direito Humano à Liberdade e à Dignidade no Trabalho, falou sobre o Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Escravo, elaborado de forma interinstitucional e com a participação da sociedade civil, que visa combater e erradicar as várias formas contemporâneas de escravidão, sejam elas: servidão por dívida; trabalho infantil; tráfico de pessoas; tráfico de órgãos; exploração sexual; uso de crianças em conflitos armados; apartheid; entre outras. Lembrou que o Brasil está inserido no Sistema Nacional de Aplicação da Justiça por participar de dois distintos Sistemas de Jurisdição Internacional: Corte Inter-Americana de Direitos Humanos e Sistema das Organizações das Nações Unidas, que passou a contar, a partir de 2002, com o Tribunal Penal Internacional. Nesse sentido, destacou que os Tribunais Internacionais estavam habilitados a julgar o Brasil ou pessoas que pratiquem as formas contemporâneas de escravidão. Falou sobre o aliciamento de pessoas, prática criminosa comum no país, e a necessidade de se promover campanhas educativas para erradicá-la. Ressaltou que os direitos humanos à dignidade e à liberdade e os direitos sociais à saúde, ao trabalho, à remuneração justa e à educação são fundamentos da ordem econômica e social brasileira. A propósito da escravidão no Brasil, explicou que é praticada por pessoas e empresas, por grandes proprietários de terras e até mesmo por empreendimentos com incentivos financeiros da União Federal. Sobre a servidão por dívidas, disse que os trabalhadores são aliciados em cidades pequenas, distantes e desprovidas de serviços de saúde, educação e de instituição pública para trabalharem em locais distantes com promessas de salários dignos, alimentação, moradia. A partir daí os aliciadores, chamados “gatos”, descontam todas as despesas dos trabalhadores: deslocamento da cidade origem até a fazenda, alimentação (armazém da fazenda), roupas, moradia, ferramentas, entre outros. Assim, além de milícias armadas que os impedem de sair das fazendas, os trabalhadores sentem-se presos às “dívidas” adquiridas no armazém e decidem trabalhar para pagá-las. Explicou que nas fazendas não há nenhum tipo de assistência à saúde, não há água potável e as habitações são coletivas e precárias. Citou elementos de Banco de Dados sobre a situação da escravidão no país, destacando que o número de pessoas libertadas vem crescendo ao longo dos anos, sendo que em 2002 foram libertados 1741 trabalhadores. Falou sobre os principais locais de aliciamento (Maranhão, Piauí e Pará); localização das propriedades que utilizam trabalhadores aliciados (principalmente fazendas no Pará); local de libertação de trabalhadores (Município de Redenção, Pará; Marabá, Zedoca, Santana do Araguaia). Ressaltou que, a partir do Banco de Dados, conclui-se que há uma rota fixa de aprisionamento, aliciamento e libertação que acompanha as BRs e as Rodovias Federais. Explicou que, a partir da definição da rota de aprisionamento, é possível e necessário pensar em Políticas Públicas Sociais e Econômicas para os locais campeões de aliciamento, aprisionamento, a fim de manter os trabalhadores na sua cidade de origem. Por fim, convidou o Conselho a refletir sobre a importância de seu papel na efetiva aplicação do Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Escravo. Conselheira **Cibele G. de Mello Osório** ressaltou a importância de articulação das diversas áreas – trabalho, saúde, educação – para pensar solução para a prática do aliciamento e aprisionamento de trabalhadores. Informou que o Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho adotou como Programa de Trabalho o tema *“A vida e saúde no trabalho como direito de cidadania”*. Solicitou que o Banco de Dados sobre a situação do trabalho escravo no país fosse disponibilizado, a fim de o Ministério do Trabalho e o Conselho contribuíssem no processo. Teceu comentários sobre o Programa Alimentação do Trabalhador, criado há alguns anos, com o objetivo de fornecer alimentação ao trabalhador e falou sobre a iniciativa do Governo de reformulá-lo, de forma a integrá-lo aos Programas em implementação, a exemplo do Fome Zero. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** ressaltou que a escravidão no país era uma realidade e que as entidades tinham grande responsabilidade com a efetivação do Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Escravo. Nesse sentido, sugeriu que fosse estabelecido canal de diálogo entre as Entidades que compõem o Conselho sobre o trabalho escravo, a fim de contribuir no processo erradicação. Perguntou se o Município de Redenção, campeão em libertação de trabalhadores aliciados, era também o local campeão de aliciamento. Conselheira **Zilda Arns Neumann** cumprimentou a apresentação e colocou à disposição do Ministério Público os dados sobre as comunidades da Pastoral da Criança (mais de 32 mil), em 3.500 Municípios para auxiliar no trabalho e atuação do Ministério Público. Falou sobre a situação de países, a exemplo do Brasil, Angola e Moçambique, “*escravos da dívida externa*”, questionamento a efetividade dos Fóruns Internacionais para tratar da questão. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** lembrou que o Direito à Saúde era um dos eixos temáticos da 12ª Conferência Nacional da Saúde e, nesse sentido, propôs articulação com Coordenador da 12ª Conferência, a fim de verificar a viabilidade de incluir os temas Direito à Alimentação Adequada e Direito à liberdade e dignidade no trabalho no documento das “dez teses” do Ministério da Saúde sobre os eixos temáticos da 12ª Conferência. Sugeriu a participação do Ministério Público no Seminário Internacional em comemoração aos 25 anos da Conferência de Alma Ata, que precederá a 12ª Conferência, considerando que na Conferência de Alma Ata o direito à saúde foi reforçado como

elemento constitutivo dos Programas de Saúde. Chamou atenção para importância de mobilizar os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde sobre a necessidade de erradicar o trabalho escravo no Brasil. Ressaltou a importância de reflexão do Conselho sobre a servidão por dívida do Brasil que compromete os seus Programas Sociais para pagar juros e dívidas com os "grandes agiotas" do Mercado Financeiro Internacional. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** disse ser necessário promover discussão sobre o conceito de "*trabalho infantil*", em virtude "*do radicalismo*" de iniciativas do Conselho Tutelar como proibir crianças de cuidarem da horta da escola, impedindo o contato com a natureza e o incentivo à preservação do meio ambiente. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** falou sobre o grande número de brasileiros que sentem fome e, nesse sentido, ressaltou ser importante garantir que a população tenha Direito à Alimentação, ainda que não seja a desejável. Mostrou-se indignado com a possibilidade de o aliciamento de trabalhadores ser bancado por recurso público, ressaltando a importância de providências incisivas nesse sentido. Conselheira **Zilda Arns Neumann** afirmou ser necessário que o CONANDA defina o conceito de trabalho infantil, tendo em vista que determinadas atividades – como cuidar da horta da escola – ajudam no desenvolvimento da criança. Lembrou que as principais reivindicações dos países na Meta de Cúpula da ONU foram à igualdade de comercialização de produtos e o apoio para sanar os problemas de infra-estrutura, saúde e educação. Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** sugeriu que o Direito Humano à liberdade e à dignidade no trabalho fosse discutido na 12ª Conferência, com o propósito de mobilizar Estados e Municípios no combate e erradicação do trabalho escravo no país. Conselheira **Jaqueleine Santana T. de Freitas Ferreira** perguntou se há metodologia para verificar a utilização de trabalhadores aliciados em Empreendimentos com incentivos da União Federal. Em resposta às intervenções, a Procuradora Geral da República **Raquel Dodge** agradeceu as menções feitas ao trabalho do Ministério Público e as sugestões do Colegiado. Explicou que as instituições responsáveis por elaborar o Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Escravo, o Estado Brasileiro e o Ministério Público atuarão no sentido de evitar reincidências de trabalho escravo. Disse que o Ministério Público está atuando, de forma incisiva, na verificação os financiamentos com recursos públicos federais obtidos pelos fazendeiros e tomará as providências cabíveis. Colocou os dados do Ministério Público à disposição e mostrou-se interessada em obter os dados sobre as comunidades da Pastoral da Criança, considerando que contribuiria para melhorar a atuação do Ministério Público. Ressaltou que o objetivo do Programa de Erradicação do Trabalho Escravo é definir providências práticas para erradicar o trabalho escravo no país. Falou sobre a importância da atuação de todos no sentido de não permitir que recursos públicos constitucionais, de qualquer ordem, continuem sendo canalizados para pessoas que escravizam, principalmente recursos oriundos de empréstimos internacionais que oneram a todos. Teceu comentários sobre a realidade do país e o paradoxo entre a fome de muitos brasileiros e a proposta de implementação do Direito à Alimentação Saudável, ressaltando a necessidade de lutar para que não haja mais fome no país e que todos tenham acesso à alimentação adequada. Chamou atenção para importância de diferenciar educação formal e educação não formal, considerando que a educação familiar sobre as práticas culturais da região não feria os direitos da criança. Lembrou, ainda, que a integridade da criança é comprometida quando há privação de recursos de educação e imposição de trabalho. Reafirmou sua admiração pelo Conselho, considerando a atuação representativa na área da participação popular e democrática. Concluiu suas considerações solicitando a atuação do Conselho na erradicação do trabalho escravo e na garantia da alimentação adequada. **ITEM 07 – POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS** – Item não apresentado. **Itens Extra Pauta:** a) **Proposta de Reunião Extraordinária** – Proposta da Secretaria Executiva do CNS de realizar Reunião Extraordinária do CNS no dia 21 de agosto de 2003 – aprovada da proposta; b) **Informes da Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS** – Professor **Elias Antônio Jorge** informou que será apresentado relatório da COFIN/CNS com novas planilhas de execução na reunião extraordinária a ser realizada no dia 21 de agosto de 2003. Disse, ainda, que será apresentado, mensalmente, relatório autônomo do SIOPS com dados sobre Estados, Municípios e União. Ressaltou a importância de realização de Reunião Extraordinária do CNS e da COFIN/CNS para discutir o Orçamento e o Plano Plurianual – PPA. Informou que assumiu a diretoria da Área de Economia da Saúde do MS e deixaria a função de coordenador adjunto da COFIN/CNS em setembro de 2003. Agradeceu a confiança que o Conselho depositou nos dez anos que esteve à frente da COFIN/CNS. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** propôs que fosse agregado campo no SIOPS para cadastro de Conselheiros, a fim elaborar Sistema Nacional de Conselheiros de Saúde. Professor **Elias Antônio Jorge** endossou a proposta, propondo que fosse discutida na Câmara Técnica do SIOPS; c) **Recomposição do Conselho Nacional de Saúde** – marcar reunião com o Movimento Popular Nacional para eleição de seu representante no CNS: sugestão de marcar reunião com o Movimento Popular Nacional no dia 21 de agosto de 2003; d) **Comissões Especiais da 12ª Conferência** – a Secretaria Executiva do CNS redefinirá a composição das Comissões Especiais. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** solicitou que o Plenário do Conselho definisse

1376 encaminhamento sobre a sua participação na Comissão de Mobilização e Articulação, tendo em vista
1377 que participava dos trabalhos da Comissão e em alguns documentos o seu nome não aparecia como
1378 membro da Comissão. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** lembrou que o Plenário aprovou a
1379 inclusão do Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** na Comissão de Mobilização e Articulação. Falou,
1380 ainda, sobre a participação ativa do Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** nas atividades da Comissão
1381 de Mobilização e Articulação. Secretaria Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** falou sobre a
1382 dificuldade da Secretaria Executiva do CNS em convocar os membros das Comissões Especiais da 12ª
1383 Conferência e liberar passagens, em virtude da dificuldade de verificar a composição das Comissões
1384 Especiais. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** manifestou sua indignação sobre a metodologia
1385 utilizada para liberar as passagens dos Conselheiros. Secretaria Executiva do CNS **Eliane Aparecida da**
1386 **Cruz** solicitou que os Conselheiros indicassem a Comissão da qual participam, a fim de evitar
1387 problemas com convocação e liberação de passagens. Lembrou, ainda, que será pautada discussão
1388 sobre as Comissões do CNS. A propósito da emissão de passagens, explicou que os questionamentos
1389 do Colegiado foram repassados ao Ministério do Planejamento e ao Gabinete do Ministro, mas não
1390 foram tomadas providências nesse sentido. Sugeriu que fosse constituído grupo de Conselheiros para ir
1391 ao Gabinete e apresentar as reclamações do Colegiado. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa**
1392 anunciou sua saída como Conselheiro do CNS e informou que assumiriam a vaga do MORHAN no
1393 CNS o Senhor **Eni Carajá** e o Senhor **Cristiano Torres**. Sugeriu que o Senhor **Eni Carajá** assumisse o
1394 seu lugar nos GTs, Comissões e demais espaços que participava. **ENCERRAMENTO:** Definidos esses
1395 assuntos, a Secretaria Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** encerrou a Centésima Trigésima
1396 Terceira Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: Aos seis dias do
1397 mês de agosto do ano de dois mil e três: **Artur Custódio M. de Sousa, Baldur Oscar Schubert, Cássio**
1398 **Teixeira Mendes, Cibele Gueresi de Mello Osório, Clímerio da Silva Rangel Júnior, Clair Castilhos**
1399 **Coelho, Cláudio Bernardo Freitas, Clóvis A. Boufleur, Elias Fernando Miziara, Francisco das Chagas**
1400 **Dias Monteiro, Geraldo Adão Santos, Georgimar Martiniano de Sousa, Gilson Cantarino O'Dwyer,**
1401 **Graciara Matos de Azevedo, Jaqueline Santana Ferreira, Jesus Francisco Garcia, Jorge José Santos P.**
1402 **Solla, José Luiz Spigolon, José Carvalho de Noronha, Lilian Aliche, Lucas Cardoso Veras Neto, Maria**
1403 **Helena Baumgarten, Maria Irene Monteiro Magalhães, Maria Leda de R. Dantas, Maria Natividade G. S.**
1404 **T. Santana, Mário César Scheffer, Neide Regina C. Barriguelli, Rogério Carvalho dos Santos, Rosane**
1405 **Lowenthal, Zilda Arns Neumann, Wander Geraldo da Silva;** Aos sete dias do mês de agosto do ano de
1406 dois mil e três: **Alfredo Boa Sorte Júnior, Artur Custódio M. de Sousa, Cássio Teixeira Mendes, Cibele**
1407 **Gueresi de M. Osório, Clímerio da Silva Rangel Júnior, Clair Castilhos Coelho, Cláudio Bernardo**
1408 **Freitas, Clóvis A. Boufleur, Elias Fernando Miziara, Francisco das Chagas Dias Monteiro, Geraldo Adão**
1409 **Santos, Gerônimo Paludo, Graciara Matos de Azevedo, Jaqueline Santana Ferreira, Jesus Francisco**
1410 **Garcia, José Carvalho de Noronha, Lucas Cardoso Veras Neto, Maria Helena Baumgarten, Maria Irene**
1411 **Monteiro Magalhães, Maria Leda de R. Dantas, Neide Regina C. Barriguelli, Rosane Lowenthal, Zilda**
1412 **Arns Neumann.**