



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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 convocou, 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 vínhamos 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 construísssemos 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 vínhamos 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 estremeceadora. 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 *peças 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 descrição 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 descrição*  
 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 ambulatorios 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 “ambulatórioterapia”. 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

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

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

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



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

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

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

temas: **Tema 01.** Acesso à Assistência: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde – Palestras: **1.1.** O SUS que queremos: Acesso Universal e Equânime com Controle Social; **1.2.** Regulação de mercado: oferta e demanda, comércio farmacêutico e sua Inserção no SUS; **1.3.** Racionalidade, Essencialidade e Excepcionalidade na Assistência Farmacêutica: financiamento do Setor. **Tema 02.** Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico para a produção de medicamentos – Palestras: **2.1.** Política Nacional de Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Industrial; **2.2.** Direitos de Propriedade Intelectual: inovação e saúde pública; **2.3.** Acordos Internacionais: (aspectos regulatórios e comerciais) Incentivo, entraves ou ambos? **Tema 03.** “*Qualidade na Assistência Farmacêutica, formação e capacitação de Recursos Humanos*” – Palestras: **3.1.** Construindo a Assistência Farmacêutica Integral; **3.2.** Preparando Recursos Humanos para Assistência Farmacêutica e Uso Racional de Medicamentos; **3.3** Assegurando a qualidade dos Serviços e Produtos. Explicou que serão realizados Painéis Específicos, que desdobrarão os temas tratados nas Mesas-redondas, sobre os seguintes temas: **01.** Marco Regulatório para a Assistência Farmacêutica; **02.** Genéricos; **03.** Assistência Farmacêutica na Saúde Suplementar; **04.** Financiamento e Gestão da Assistência Farmacêutica; **05.** Interdisciplinaridade na formação e educação permanente de RH para Assistência Farmacêutica; **06.** Implantando Sistema de Farmacovigilância; **07.** O papel dos Poderes na demanda do mercado; **08.** Plantas Medicinais e Fitoterápicos; **09.** Informação sobre medicamentos: publicidade, informação científica para profissionais e promoção para o uso correto; **10.** Revisitando a Portaria nº 3916/MS – Política de Medicamentos: avanços e desafios; **11.** Uso Racional de Medicamentos em grupos vulneráveis; **12.** Garantindo a qualidade, segurança e efetividade dos medicamentos. Explicou que a Conferência terá, ainda, duas apresentações especiais sobre “*Farmácia Popular*” e “*Farmácia 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 terão à disposição dez espaços abertos para discutir temas sobre assistência farmacêutica e apresentar relatório no final da Conferência. Concluída a apresentação, o Colegiado apresentou as seguintes propostas à programação da Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: **a)** ampliar a participação de Universidades no Painel Específico “*Plantas Medicinais e Fitoterápicos na 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 “*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 “*Interdisciplinaridade na formação e educação permanente de RH para a Assistência Farmacêutica*”; **d)** incluir representação dos usuários nas Mesas de Discussão; **e)** garantir discussão sobre medicamento similar e falsificação de medicamentos – proposta contemplada no item “**1.3. Racionalidade, Essencialidade e Excepcionalidade na Assistência Farmacêutica: Financiamento do Setor**”; **f)** incluir discussão sobre o problema da administração de medicamentos; **g)** incluir discussão sobre controle e eficácia da venda de medicamentos; **h)** incluir a participação de representante da Associação Familiar dos Doentes Mentais do Brasil no Painel Específico “*O papel dos Poderes na demanda do mercado*”; **i)** definir o número de cinco componentes para cada Mesa-redonda, Painel, Mini-Conferência e Apresentação Especial, segundo o critério: coordenador; especialistas, trabalhadores e Universidades (um a dois); Usuários, Ministério Público, Poder Legislativo e Governo (um a dois). A propósito da delegação nacional da 1ª Conferência de Medicamentos, Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** submeteu à apreciação e deliberação do Colegiado a seguinte proposta de divisão das 178 vagas disponibilizadas (correspondendo a 15% da delegação total) entre os segmentos: **a)** Usuários: 89 (20 vagas destinadas a Conselheiros – restando 69 vagas); **b)** Prestadores de Serviço: 18 (02 vagas destinadas a Conselheiros – restando 16 vagas); **c)** Governo: 26 (08 vagas destinadas a Conselheiros – restando 18 vagas); e **d)** Trabalhadores de Saúde: 45 (10 vagas destinadas a Conselheiros – restando 35 vagas). Em seguida, apresentou proposta de divisão das vagas 138 vagas restantes (após descontadas as vagas destinadas a Conselheiros) entre as Entidades representantes do segmento dos usuários, dos trabalhadores de saúde, do governo e dos prestadores de serviço. Concluída as apresentações das propostas de programação e de delegação nacional da Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, foram constituídos dois grupos para discutir a composição das Mesas-redondas, dos Painéis, das Mini Conferências e das Apresentações Especiais, considerando o critério de cinco componentes - coordenador; especialistas, trabalhadores e Universidades (um a dois); Usuários, Ministério Público, Poder Legislativo e Governo (um a dois) – e as sugestões do Pleno do Conselho; e para elaborar e apresentar proposta de divisão das vagas entre os segmentos dos usuários, dos trabalhadores de saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços e indicar convidados. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** apresentou a proposta elaborada pelo Grupo de divisão das vagas restantes (138 após descontadas as vagas destinadas a Conselheiros) entre Entidades representantes do segmento dos usuários, dos trabalhadores de saúde, do governo e

dos prestadores de serviço: **01. Usuários:** ABRASCO: 1 vaga; Movimento Negro: 1 vaga; Associação Brasileira de Imprensa: 1 vaga; Associação Brasileira de Química: 1 vaga; Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior: 1 vaga; Central Geral dos Trabalhadores: 1 vaga; Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas: 1 vaga; Confederação Nacional de Trabalhadores na Agricultura: 1 vaga; Confederação Nacional dos Trabalhadores no Serviço Público Federal: 1 vaga; Confederação Nacional do Serviço Público Municipal: 1 vaga; Diretoria da Executiva Nacional de Estudantes de Medicina: 1 vaga; Diretoria da Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem: 1 vaga; Diretoria da Executiva Nacional de Estudantes de Farmácia: 1 vaga; Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras: 1 vaga; Federação Nacional dos Jornalistas: 1 vaga; Federação Nacional dos Profissionais da Química: 1 vaga; Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica: 1 vaga; Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos: 1 vaga; Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra: 1 vaga; Ordem dos Advogados do Brasil: 1 vaga; Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Rede Saúde): 1 vaga; Social Democracia Sindical: 1 vaga; Sociedade Brasileira de Bioética: 1 vaga; União Brasileira de Mulheres: 1 vaga; União Nacional dos Estudantes; SOBRAVIME: 1 vaga; Executiva de Estudantes de Nutrição: 1 vaga; Confederação Nacional das Associações de Moradores: 2 vagas; MOPS: 1 vaga; Confederação Nacional da Indústria: 1 vaga; Confederação Nacional da Agricultura: 1 vaga; Associação de Plantas Medicinais: 1 vaga; Pastoral da Criança: 1 vaga; Pastoral da Saúde: 1 vaga; Associação de Mulheres Rurais: 1 vaga; Associação de Mulheres Indígenas: 1 vaga; Federação Nacional das Partearas: 1 vaga; Movimento Articulado das Mulheres da Amazônia: 1 vaga; Entidades Religiosas: 2 vagas; Central Única de Trabalhadores: 1 vaga; Força Sindical: 1 vaga; Federação Nacional das Pessoas Portadoras de Deficiências e Patologias: 2 vagas; Organizações Indígenas: 2 vagas; Sociedade Brasileira de Ciências Farmacêuticas: 1 vaga. Sugestão de destinar as vinte vagas restantes do segmento dos usuários aos primeiros suplentes do CNS do segmento dos usuários. **02. Trabalhadores de Saúde:** Associação Brasileira de Enfermagem; Associação Brasileira de Farmacêuticos; Associação Brasileira de Farmacêuticos Hospitalares; Associação Brasileira de Nutrição; Associação Brasileira de Odontologia; Associação Brasileira dos Farmacêuticos Homeopatas; Associação Médica Brasileira; Associação Nacional dos Farmacêuticos Magistrais; Confederação Nacional das Profissões Liberais; Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde; Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social; Conselho Federal de Enfermagem; Federação Brasileira de Psicologia; Conselho Federal de Farmácia; Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Nutricionistas; Conselho Federal de Odontologia; Conselho Federal de Química; Conselho Federal de Serviço Social, Federação Interestadual dos Odontólogos; Federação Nacional dos Assistentes Sociais; Federação Nacional dos Enfermeiros; Federação Nacional dos Farmacêuticos; Federação Nacional dos Médicos; Conselho Federal de Biologia; COFFITO; Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social; Conselho Federal de Medicina Veterinária; Médicos Sem Fronteira; Associação da Saúde da Família; Conselho Federal de Psicologia; Conselho Federal de Fonoaudiologia; Federação Brasileira das Sociedades Biologia Experimental; CMB. **03. Governo:** Ministério da Ciência e Tecnologia: 1 vaga; Ministério da Fazenda: 1 vaga; Ministério das Relações Exteriores: 1 vaga; Ministério da Justiça: 1 vaga; Ministério do Planejamento e Orçamento: 1 vaga; Ministério da Assistência Social: 1 vaga; Ministério da Saúde: 3 vagas; ANVISA: 2 vagas; FUNASA: 1 vaga; ANS: 1 vaga; FUNAI: 1 vaga; CONASEMS: 2 vagas; CONASS: 2 vagas. **04. Prestadores de Serviço:** Associação Brasileira de Farmácias; Associação Brasileira das Auto-sugestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas; Federação Brasileira de Hospitais; Associação Brasileira de Medicina de Grupo; Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico; Associação Brasileira dos Hospitais Universitários de Ensino; Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais; Associação dos Laboratórios Oficiais do Brasil; Confederação Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras; Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica; FIOCRUZ; Representação Nacional das Distribuidoras de Medicamentos; Confederação Nacional das Misericórdias do Brasil; UNIODONTO; UNIMED. A propósito da delegação dos convidados, apresentou a proposta de delegar à Comissão Organizadora a definição dos convidados, considerando o total de cem vagas disponíveis e as pré-indicações: Plenária Nacional de Conselhos – titulares e suplentes; Ministério Público Federal; Ministério Público Estadual, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do CNS; Conselho Nacional de Auto-regulação Publicitária; Instituto de Defesa do Consumidor; Rede Única; Rede de Educação Popular; Rede de Humanização do Nascimento; OXFAN, Ouvidorias; Poder Legislativo; Articulação de Mulheres Brasileiras; e Palestrantes. **A proposta supracitada de divisão das vagas dos delegados da Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica foi aprovada por unanimidade.** A propósito da Programação da Conferência, Conselheira **Clair Castilhos Coelho** apresentou a proposta de composição das Mesas-redondas, das Mini Conferências, das Apresentações Especiais e dos Painéis Específicos elaborada pelo Grupo, com base nas sugestões do



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

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

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

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

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

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