



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA CENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

ABERTURA – A Centésima Quadragésima Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde realizou-se aos cinco e seis dias do mês de maio do ano de dois mil e quatro, no Auditório do Parlamento Mundial da Fraternidade Ecumênica, situado no SGAS 915, Asa Sul, Brasília, Distrito Federal. O Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, procedeu à abertura dos trabalhos da reunião, dirigindo-se ao Plenário nos seguintes termos: “Bom dia a todos e todas. Gostaria de saudar os membros que compõem o Conselho Nacional da Saúde e manifestar a minha satisfação pela realização de mais uma reunião do Conselho. Nós entendemos que o ano de 2004 será muito importante para a saúde do nosso país. Nós estabelecemos um conjunto de ações e prioridades para esse ano que eu já tive a oportunidade de apresentar aos Conselheiros. Estamos colocando em prática alguns dos Programas cujas bases foram lançadas em 2003, dentre eles, o Programa de Saúde Bucal que consiste em uma proposta de inserir na atenção à saúde algo que nunca foi feito em relação à saúde bucal da população brasileira. Também iniciamos o processo de reestruturação do Sistema de Urgência e Emergência, começando pela questão do déficit de novos leitos de UTI. Até o mês de junho de 2004, cumpriremos a meta de credenciar 2.333 novos leitos. Além disso, destaco a implantação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU, lançado no ano de 2003 e criado formalmente há alguns dias por Decreto do Presidente da República. Começamos a entregar 1.480 ambulâncias e os equipamentos para as centrais de regulação. O Ministério da Saúde irá se responsabilizar pela metade do custeio das equipes. Temos a previsão de que 1.770 municípios estarão cobertos pelo SAMU até o final de 2004 e de que serão implantadas 132 centrais de regulação. Também estamos fechando dois convênios, um com a Polícia Rodoviária Federal e outro com a Polícia Federal. No caso da Polícia Rodoviária, desejamos integrar o sistema de atendimento a urgências nas rodovias federais ao SAMU. Iremos discutir a integração dos serviços de atendimento ao SAMU com as concessionárias de serviços públicos nas rodovias. Também com a Polícia Rodoviária Federal e o Ministério da Defesa, queremos integrar o sistema de atendimento aéreo, já que a Polícia Rodoviária Federal dispõe de helicópteros e o Ministério da Defesa dispõe de “salva aéreos”. E, no caso da Marinha, nós iremos nos articular para o atendimento de urgência na Região Amazônica por intermédio de barcos. O SAMU continua em pleno processo de implementação. Concomitantemente ao SAMU, nós começamos a desenvolver o projeto piloto do Projeto que estamos chamando, provisoriamente, de Qualisus. O Projeto começa pela reestruturação dos serviços de urgência e emergência em algumas regiões metropolitanas do Brasil. Eu irei lançar o Projeto nos próximos dias, no Rio de Janeiro. Além disso, nós lançaremos no mês de maio o Projeto Farmácia Popular, que vocês terão a oportunidade de conhecer posteriormente. Gostaria de ressaltar também a importância de decisões que tomamos, nessa semana, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite. Ressalto que se tratam de decisões históricas para o Sistema Único de Saúde. Nós aprovamos o projeto de orçamentação e redefinição do papel dos hospitais de pequeno porte. No Brasil, há mais de mil hospitais com menos de trinta leitos, muitos deles localizados em pequenas cidades. Trata-se de hospitais públicos ou filantrópicos cuja sobrevivência está profundamente ameaçada por vários fatores como o fato de que o PSF reduziu a necessidade de utilização dos hospitais, de internação hospitalar e os valores pagos pelos procedimentos de média complexidade estão defasados. Dessa forma, esses hospitais procuram criar, de forma artificial, uma complexidade que não cabe pelo papel que desempenham no sistema e induzem a realização de determinados procedimentos que são melhores remunerados. Nós acordamos na Tripartite a mudança desse modelo e os hospitais passarão a desempenhar papel diferente no sistema municipal de saúde. Esses hospitais serão referência para o PSF, para o atendimento na área de saúde mental e desempenharão papel mais articulado na questão do parto, além disso, terão atendimento de urgência em odontologia. Também, receberão recurso global para sobrevivência e adaptação à realidade vivida hoje. Vários Estados já se credenciaram para a implementação do projeto. Será um processo de financiamento com participação do Ministério da Saúde, dos municípios e estados. Outra decisão importante foi a definição de nova proposta de financiamento na área da Atenção Básica para municípios de pequeno porte, com baixa densidade populacional, com baixo IDH, localizados em áreas de regiões isoladas, não se tratando de uma iniciativa voltada apenas para a Amazônia. Nós estamos definindo financiamento

57 especial para a Atenção Básica e o Programa Saúde da Família contemplará os municípios da Região
58 Norte, Nordeste e Sudeste. Trata-se de municípios pequenos que têm dificuldade de fixar o profissional
59 no próprio município. Esse financiamento permitirá a presença do profissional e a garantia de acesso
60 aos serviços por parte da população nesses municípios. Nós discutimos não apenas um financiamento
61 para estados e municípios, mas para situações concretas. Por exemplo, esse financiamento será
62 aplicado às áreas de quilombos e de assentamentos da reforma agrária. Nós estamos fechando a
63 proposta com o Ministério de Desenvolvimento Agrário e iremos discutir uma política de atenção aos
64 assentados da reforma agrária. Nós também aprovamos na Tripartite a política de revisão da prestação
65 do atendimento na área de alta complexidade. Essa era uma aspiração do CNS e da sociedade. Nós
66 tínhamos, de forma muito desarticulada, a oferta de serviços na área de alta complexidade, como, por
67 exemplo, na área de atendimento ao paciente cardiopata, com a hemodinâmica em um lugar, a cirurgia
68 cardíaca em outro, os exames em outro. Dessa forma, trabalhamos para ampliar a complexidade
69 desses serviços, para, por exemplo, somente credenciar serviços de cirurgia cardíaca que tenha
70 hemodinâmica e capacidade de realizar todos os outros exames necessários. Isso vale para a área dos
71 pacientes renais e dos pacientes cardiopatas, tratando-se também de uma mudança estrutural
72 importante. Esses foram os pontos mais importantes da nossa discussão. Eu as considero como
73 iniciativas estruturantes para o SUS. Desse modo, a nossa avaliação de que o ano de 2004 será um
74 ano muito bom para a saúde do Brasil e o SUS é uma realidade concreta. Creio que teremos avanços
75 importantes na área de assistência farmacêutica. A proposta da Farmácia Popular e a nossa política de
76 medicamentos para o SUS apresentam uma série de questões importantes que clarificam as
77 responsabilidades do estado, do município e do governo federal. Por último, eu gostaria de fazer um
78 registro. Acredito que a atual gestão do Ministério da Saúde tem sido fiel cumpridora do compromisso
79 de respeito ao Controle Social, de sua promoção e de respeito às instâncias de deliberação do SUS –
80 Conferências e Conselho Nacional de Saúde. A antecipação da 12ª Conferência surgiu da nossa
81 iniciativa e do CNS. Além disso, reafirmo a nossa absoluta isenção nos assuntos que dizem respeito ao
82 Controle Social. Todo o processo de organização da 12ª Conferência foi feito pelo Conselho. Nós
83 estamos ainda com alguns problemas em relação ao Relatório Final, talvez porque deixamos tudo sob
84 a responsabilidade do Conselho. Creio que temos nos pautado pelo respeito à forma de funcionamento
85 e decisões do CNS. Nessa semana, saiu uma matéria no Jornal *Folha de S. Paulo* que não condiz com
86 a reciprocidade que se deveria ter em relação ao Ministério da Saúde. Uma representante da Rede
87 Nacional Feminista de Saúde afirmou na notícia que o Ministério da Saúde estaria desmobilizando a
88 sociedade civil, extinguindo Comissões do CNS e do Ministério, e deixando de acompanhar o Programa
89 da AIDS. Com isso, criou-se uma grande confusão e nós não pudemos nos defender, porque o
90 jornalista não nos ouviu da forma que deveria. Trata-se de uma questão complicada, pois o que está
91 acontecendo aqui é uma discussão do CNS. A criação ou extinção de Comissões do CNS é uma
92 atribuição e decisão do Conselho. Acredito que não seja correto colocar como uma política de governo
93 ou do Ministério que estejamos querendo agir de determinada forma ou de outra em relação ao
94 Conselho Nacional de Saúde. Penso que foi uma colocação infeliz. Inclusive, se há um movimento no
95 país que não pode estabelecer nenhum tipo de reparação sobre o diálogo que tem com o Ministério da
96 Saúde, esse movimento é o movimento de mulheres. O movimento foi chamado a discutir política de
97 planejamento familiar, pacto de mortalidade materna infantil, política de saúde da mulher etc. O
98 Ministério tem os seus representantes no Conselho Nacional de Saúde e é óbvio que temos posições
99 sobre uma série de questões que dizem respeito à política. Os representantes, individualmente, se
100 manifestam sobre o funcionamento do Conselho, mas eu considero muito ruim a acusação de que
101 queremos interferir quando, na verdade, eu nem mesmo tinha conhecimento da questão. Eu gostaria de
102 fazer esse desabafo para que nós tenhamos mais cuidado ao tratarmos dessas questões que acabam
103 trazendo, de toda sorte, um desgaste na relação que há entre nós. Eu gostaria de agradecer a todos e
104 todas e desejar um bom trabalho”. O Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge José Santos Pereira Solla**,
105 explicou que foi solicitado à Secretaria-Executiva do CNS pautar o debate sobre as questões aprovadas
106 na Tripartite na próxima reunião do CNS. Conselheira **Marisa Fúria** falou sobre problemas enfrentados
107 com relação a medicamentos psiquiátricos que constam de Portaria e não estão especificados como
108 medicamentos destinados a portadores de autismo. Explicou que a não especificação dificultava o
109 acesso dos portadores de autismo a tais medicamentos e, por essa razão, solicitou que tal portaria
110 fosse revista. A representante da Coordenação da Plenária de Conselhos, **Maria do Espírito do Santo**,
111 ressaltou que a nota publicada no jornal não expressava a posição da Rede Nacional Feminista. Além
112 disso, pediu maiores esclarecimentos sobre o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), que
113 seria implantado no Estado do Rio de Janeiro. Conselheira **Silvia Marques Dantas de Oliveira** reafirmou
114 que a matéria não manifestava as discussões ocorridas no âmbito da Rede Feminista. Informou que a
115 Rede encaminhou carta à Secretaria-Executiva do CNS, manifestando a sua posição sobre a
116 reformulação das Comissões do CNS. Reconheceu, contudo, que havia mal estar da Rede em relação
117 à extinção das Comissões do CNS, por entender que essa iniciativa dificultaria a discussão das

políticas de atenção e promoção à saúde. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** comentou sobre a situação dos hospitais de pequenos municípios, sinalizando a necessidade de vistorias da vigilância sanitária, a fim de verificar as condições para funcionamento. Por solicitação, a intervenção do Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** consta, na íntegra, em Ata “Gostaria de dizer que sou médico, professor da Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte e estudioso dos assuntos de saúde há mais de trinta anos. Quero dizer aqui, sem nenhum partidarismo ou corporativismo, que nunca vi nenhuma gestão do Ministério da Saúde que tenha feito tanto nas áreas necessárias. É claro que todas as gestões contribuíram, mas nenhuma com esse nível que percebo desde o primeiro dia de funcionamento do Conselho na vigência dessa nova gestão. Gostaria de ressaltar que a gestão atual do Ministério tem respeito e atenção especial com o CNS. Nenhum outro Ministro teve essa atenção ou esse cuidado de estar conosco constantemente”. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** ressaltou que a matéria publicada no jornal merecia o repúdio do CNS, considerando que o debate sobre as Comissões do CNS era prerrogativa do próprio Conselho. Além disso, enfatizou que a nova estrutura das Comissões do CNS foi aprovada na última reunião do Conselho e seria discutida novamente na reunião. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que o CNS elaborasse nota de esclarecimento sobre a questão para ser encaminhada ao jornal *Folha de S. Paulo*. Manifestou apoio aos programas em implementação, por parte do Ministério da Saúde. Por outro lado, chamou a atenção para a necessidade de capacitar os profissionais que atuariam na implementação dos programas. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que em praticamente todas as reuniões do CNS tem sido reservado espaço para o debate sobre as políticas implementadas pelo Ministério da Saúde. Em resposta às intervenções do Plenário, o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, ressaltou que a lista de medicamentos de alto custo, bem como as indicações de uso, era definida em protocolo formalizado com base em estudos científicos e com a participação de especialistas. Explicou que, havendo constatação científica de que determinado medicamento resultaria em melhoria do atendimento, o mesmo era incorporado à lista. Informou que o Ministério da Saúde promoveria debate, para o qual o Conselho seria convidado a participar, sobre a questão da universalidade e equidade na assistência farmacêutica. Disse que alguns tratamentos pelo Ministério da Saúde e pelo SUS acabavam por provocar super concentração de gastos em relação ao número pequeno de pessoas. Ressaltou que seria necessário discutir a questão, considerando a pressão, por parte da indústria farmacêutica e da justiça, para concessão de medicamentos destinados a tratamentos que, muitas vezes, não eram estabelecidos como adequados. Citou como exemplo o fato de o Ministério da Saúde, há dois meses, ter sido obrigado a pagar transplante experimental nos Estados Unidos, no valor de US\$ 200 mil. Nesse caso, informou que o Ministério da Saúde moveu uma ação contra o hospital e o médico que indicaram o tratamento, visando o ressarcimento ao SUS, pois vários laudos indicaram que o transplante não era indicado por ser experimental. Sobre a questão específica dos medicamentos psiquiátricos, informou que seria respondida pelo Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, **Norberto Rech**. A respeito da questão da matéria publicada no jornal *Folha de S. Paulo*, ressaltou que o movimento de mulheres poderia contestar a decisão do CNS, sem citar o Ministério da Saúde. Sobre os hospitais de pequeno porte, informou que ao processo de orçamentação estava agregado um contrato de gestão que deveria ser assinado pelos hospitais, estabelecendo compromisso dos mesmos com o cumprimento de um conjunto de obrigações e indicadores. Levantou a possibilidade de definir como critério para a orçamentação as condições sanitárias dos hospitais. Por fim, despediu-se do Plenário e, em virtude de reunião já agendada. **ITEM 01 – APRESENTAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA** – Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto**, Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde – SGP/MS, iniciou a apresentação explicando que o Projeto Acompanhamento dos Conselhos de Saúde era um produto na área do Controle Social resultante da administração do Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**. Disse que o Projeto, feito a partir da iniciativa do então Secretário, **Sérgio Arouca**, era fruto de uma parceria da Secretaria de Gestão Participativa/MS – SGP/MS com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), por intermédio dos Departamentos de Ciências Sociais, de Administração e Planejamento em Saúde e do NUPES. Explicou que o Projeto possuía duas fases, a primeira buscava levantar informações quantitativas e qualitativas que propiciassem a construção de um banco de dados sobre os Conselhos de Saúde em funcionamento no Brasil e de um cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde em funcionamento no Brasil, a fim de levantar os dados necessários para a aplicação do instrumento de pesquisa (endereço, telefone e, quando possível, *e-mail* e pessoa para contato). A segunda etapa tinha por objetivo elaborar, a partir das informações levantadas, um perfil dos Conselhos de Saúde em funcionamento no Brasil e construir um banco de dados cujas informações produzissem uma matriz de indicadores capaz de delinear a criação de um Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Falou sobre as dificuldades enfrentadas em relação à comunicação com os Conselhos de Saúde, sendo que 60% das correspondências enviadas pelo

Ministério da Saúde voltavam em decorrência de endereço errado. Acrescentou que, segundo dados do IBGE publicados em janeiro de 2004, 134 municípios não possuíam Conselhos de Saúde. Contudo, após a pesquisa, iniciada em 15 de dezembro de 2003, constatou-se que dos 5.560 municípios brasileiros apenas o município de Cedral, do Estado do Maranhão, não possuía Conselho de Saúde. Informou, ainda, que foi enviada correspondência aos Conselhos Municipais de Saúde, utilizando os dados levantados pela primeira etapa do Projeto e nenhuma correspondência foi devolvida. Ressaltou que o novo governo comprometeu-se com a democratização do modo de fazer política pública e com a afirmação do direito à saúde como um direito de cidadania e, para isso, era necessário dar suporte organizado à estrutura dos Conselhos de Saúde como instâncias organizadas, participativas e representativas da sociedade, que deviam compartilhar responsabilidades com os gestores na busca de soluções para os problemas da saúde pública do país. Nesta visão, destacou que o controle social do estado, exercido pela sociedade, assumia caráter de compartilhamento de responsabilidades sociais e não de disputa de poder. Citou alguns dos objetivos do Projeto, dentre eles, realizar estudos voltados para o desenvolvimento dos Conselhos de Saúde como instrumento da participação social na gestão de políticas públicas; considerar as prerrogativas legalmente atribuídas aos Conselhos de Saúde, como inovação singular na legislação brasileira; e avaliar os desvios sofridos pelos Conselhos de Saúde, ao longo do seu tempo de existência. Além disso, destacou o reconhecimento do movimento da reforma sanitária do Brasil por outros países e o fato de o Conselho Nacional de Saúde ser modelo para vários países. Feitos esses esclarecimentos iniciais, passou a palavra à técnica da Secretaria de Gestão Participativa, **Doriane Patrícia F. de Souza**, e ao técnico da ENSP/FIOCRUZ, **Luiz Fernando M. Sucena**, para apresentação das fases do Projeto e dos produtos resultantes da sua primeira fase. A técnica da SGP/MS, **Doriane Patrícia F. de Souza**, apresentou os objetivos da primeira etapa do Projeto, sendo: **a)** elaborar um instrumento de pesquisa que seja aplicado no levantamento de informações quantitativas e qualitativas que propiciem a construção de um banco de dados sobre os Conselhos de Saúde em funcionamento no Brasil; e **b)** construir um cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde em funcionamento no Brasil, a fim de levantar os dados necessários para a aplicação do instrumento de pesquisa (endereço, telefone e, quando possível, *e-mail* e pessoa para contato). Explicou que a primeira etapa do Projeto foi concluída e, a partir do instrumento de pesquisa e do cadastro, seria iniciada a segunda etapa do Projeto que visava: **a)** validar o instrumento de pesquisa elaborado na primeira etapa; **b)** aplicar o instrumento de pesquisa validado nos Conselhos de Saúde em funcionamento no Brasil; **c)** monitorar a aplicação do instrumento; **d)** elaborar, a partir das informações levantadas via instrumento, um perfil dos Conselhos de Saúde em funcionamento no Brasil; e **e)** construir um banco de dados cujas informações produzam uma matriz de indicadores capaz de delinear a criação de um Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde em funcionamento no país. O técnico da ENSP/FIOCRUZ, **Luiz Fernando M. Sucena**, justificou a ausência do Coordenador do Projeto, **Marcelo Rasga Moreira**, que não pôde estar presente em virtude de acidente sofrido no dia anterior. Feito esse esclarecimento inicial, passou a apresentar o Cadastro dos Conselhos de Saúde, elaborado na primeira fase do projeto. Explicou que foi criado um banco de dados a partir do programa *Microsoft access*, a fim de se criar uma Ficha Cadastral que facilitasse o levantamento e o armazenamento de dados a serem levantados. Disse que o cadastro buscou trabalhar com dois grupos de informações. O primeiro, denominado Informações Obrigatórias, foi composto por endereço, telefone, CEP, fax, *e-mail* e *home page*. O segundo grupo de informações, denominado Informações Desejáveis, referia-se a dados modeladores dos Conselhos como número de conselheiros titulares; nomes do Presidente do Conselho e segmento representado pelo Presidente. A técnica da SGP/MS, **Doriane Patrícia F. de Souza**, apresentou dados resultantes do cadastro inicial, dentre eles: **a)** dos 2.844, 51% dos Conselhos que responderam ou 2.539 eram presididos por gestores; 3,4% por profissionais de saúde; 5,3% por usuários; e 1,93% por prestadores de serviço; **b)** do total de 2.850 Conselhos: 552 possuem, em média, doze Conselheiros; e 257 possuem, em média, dezesseis Conselheiros; e **c)** em Municípios de até cinco mil habitantes a média de Conselheiros é de onze Conselheiros, sendo que a quantidade de Conselheiros crescia de acordo com o porte populacional dos municípios. Por fim, ressaltou que, em virtude do elevado potencial de mudança, os dados do Cadastro seriam periodicamente acompanhados e atualizados. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto**, informou que seria distribuído aos Conselheiros material com informações mais detalhadas sobre o Projeto de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Além disso, informou que as informações do CD-ROM do Cadastro seriam enviadas aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de motivá-los a responder o questionário da segunda etapa do Projeto. Por fim, disse que os dados da primeira etapa do Projeto seriam disponibilizados para consulta na internet. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** cumprimentou a Secretaria de Gestão Participativa e a FIOCRUZ pela iniciativa. Sugeriu que o CNS analisasse os dados oriundos da primeira etapa do Projeto, a fim de incentivar o debate dos problemas identificados, por parte dos Conselhos Estaduais, e solução para questões como a falta de paridade dos Conselhos Municipais. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** saudou a equipe da

SGP/MS e da FIOCRUZ pelo Projeto e sugeriu que fosse elaborado cadastro dos Conselhos Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional da Saúde. Ressaltou a importância de o CNS aprovar, a partir dos dados do Projeto de Acompanhamento dos Conselhos, instrumentos capazes de garantir o efetivo cumprimento do Controle Social por todos os órgãos das três esferas de governo. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** parabenizou a SGP/MS e da FIOCRUZ pela iniciativa, por representar grande avanço no que se refere às informações sobre os Conselhos Municipais de Saúde. Chamou a atenção para o desafio de manter os dados relativos aos Conselhos e Conselheiros atualizados e enfatizou a necessidade de realizar avaliação qualitativa dos dados. Sugeriu que, a partir dos dados da primeira etapa, fossem definidas estratégias para o envio de informações aos Conselhos Municipais de Saúde sobre as ações do CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** ressaltou ser de fundamental importância a atualização permanente dos dados sobre os Conselhos Municipais de Saúde. O representante da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos, **Paulo Roberto V. Cardoso**, destacou a importância de análise qualitativa dos dados sobre os Conselhos Municipais, verificando aspectos como a paridade, eleição dos coordenadores e dos Conselheiros, entre outros. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** cumprimentou a SGP/MS e a FIOCRUZ pelo Projeto e pediu maiores esclarecimentos sobre o custo do levantamento das informações apresentadas e sua utilização. Ressaltou ainda que, apesar de serem constituídos, alguns Conselhos Municipais não se reuniam. Solicitou maiores informações sobre como se daria o processo de atualização dos dados do cadastro. Sugeriu que as correspondências aos Conselhos fossem enviadas pela mala direta do Ministério da Saúde, a fim de otimizar os custos. Por fim, perguntou se seriam produzidos indicadores que orientassem a definição de políticas de saúde nos Conselhos Estaduais de Saúde e no CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** saudou os responsáveis pela elaboração do Projeto que, na sua concepção, teria vários desdobramentos além do processo de acompanhamento, assim, o nome Projeto de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde não seria o mais apropriado. Sugeriu que o sistema disponibilizasse as pautas de discussão dos Conselhos Municipais de Saúde a fim de verificar a realidade de cada região. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o cadastro contemplasse os dados de todos os Conselheiros dos Conselhos Municipais de Saúde, de forma a garantir a confiabilidade das informações prestadas. Além disso, propôs que na página do Ministério da Saúde fosse disponibilizado ícone da Resolução nº 333, que versa sobre a organização dos Conselhos de Saúde. Em resposta às intervenções do Colegiado, Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** ressaltou que a FIOCRUZ foi a responsável por entrar em contato, por meio telefônico, com os Conselhos Municipais, a fim de levantar os dados necessários. Disse que, na segunda etapa do Projeto, seria aplicado instrumento de pesquisa para levantamento de informações quantitativas e qualitativas que propiciariam a construção de um banco de dados e perfil dos Conselhos de Saúde em funcionamento no Brasil e a definição de diretrizes. Por fim, informou que posteriormente seria apresentado o plano de trabalho da Secretaria de Gestão Participativa. A técnica da SGP/MS, **Doriane Patrícia F. de Souza**, explicou que os dados do Cadastro seriam utilizados para viabilizar projetos da SGP/MS relativos à disseminação da informação e conhecimento. Ressaltou que o Cadastro apresentava dados relativos a número de representantes, periodicidade das reuniões, número de Conferência, entre outros, de forma a apresentar visão global da situação dos Conselhos. Informou que a ferramenta utilizada para o Programa seria o *call center*, pois apresentava maiores vantagens em termos de custo e benefício e de confiabilidade. No que diz respeito à confiabilidade das informações prestadas, explicou que na segunda etapa do Projeto as informações teriam de vir, preferencialmente, da Secretaria-Executiva do CNS. Além disso, destacou que a segunda etapa previa a definição de indicadores capazes de avaliar as ações da Secretaria-Executiva dos Conselhos. Informou que as contribuições do CNS ao Projeto foram registradas e seriam consideradas pela equipe de elaboração. No que diz respeito ao nome do Projeto, explicou que o sentido de “acompanhar” era andar e construir junto. Informou que os dados do Cadastro seriam disponibilizados na intranet do Ministério da Saúde e o conteúdo do CD-ROM seria copiado e enviado aos Conselhos de Saúde. Por fim, colocou-se à disposição para maiores esclarecimentos.

ITEM 02 – APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – O Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, **Norberto Rech**, iniciou sua apresentação cumprimentando o Plenário e explicando que apresentaria a Política de Assistência Farmacêutica, bem como as ações do Ministério da Saúde para a sua implementação. Ressaltou que muitas das ações a serem apresentadas resultavam de processo de discussão envolvendo o Controle Social. Disse que o objetivo fundamental da Política de Assistência Farmacêutica era efetivar o acesso, a qualidade e a humanização da assistência farmacêutica com Controle Social. Além disso, a Política de Assistência Farmacêutica deveria ser parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial. Enfatizou que a assistência farmacêutica não poderia ser concebida como simples atendimento da demanda de medicamentos gerada nos serviços, mas sim como parte integrante da Política Nacional de Saúde,

envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial. Acrescentou que a assistência farmacêutica deveria fundamentar-se no conceito de acesso racional, sendo este uma concepção fundamentada na caracterização do medicamento como instrumento essencial às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidas tanto no âmbito do setor público como privado de atenção à saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade. Ressaltou que a assistência farmacêutica assumia caráter de política intersetorial que deveria nortear a formulação de políticas setoriais, dentre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao Sistema de Saúde do país (SUS) e cuja implantação envolvia tanto o setor público como privado de atenção à saúde. Disse que Política foi elaborada a partir da concepção de que a assistência farmacêutica envolvia desde o processo de pesquisa e desenvolvimento até o processo de acompanhamento das pessoas que utilizam medicamentos e a promoção para a não utilização. Explicou que para definição da Política partiu-se da realidade brasileira verificada até 2002 de que, embora existisse um marco legal importante – Portaria nº 3.916/98 que estabelece a chamada Política Nacional de Medicamentos – deu-se enfoque a programas isolados, em geral com financiamento extemporâneo e coordenação não articuladas e, em alguns casos, paralelos a ações do SUS. Disse que a prática de programas foi um fator desestruturante do SUS e de uma política pública no setor e gerou uma realidade anômala a ponto de existir, no âmbito do Ministério da Saúde, 23 diferentes programas com diferentes grupos de medicamentos, coordenações, orçamentos, entre outros. Acrescentou que, embora existisse uma referência legal, não existia, até recentemente (janeiro de 2003), um órgão que coordenasse a implementação de uma política de assistência farmacêutica e de medicamentos conseqüente para o Brasil. Além disso, verificou-se a falta de uma Política Industrial e de Pesquisa e Desenvolvimento, pública e privada, para o setor, a inexistência de uma política sólida e conseqüente para a formação e fixação de recursos humanos capacitados e comprometidos com o SUS e a existência de um setor farmacêutico caracterizado pelo entendimento do medicamento sob o aspecto mercadológico. Ressaltou que a visão do medicamento sob o aspecto mercadológico tinha várias conseqüências, dentre elas, o fato de o medicamento, conforme dados de 1996, ser a primeira causa das intoxicações registradas no país. Explicou que o mercado farmacêutico do Brasil era altamente dependente da importação de produtos e de matérias primárias e consistia em uma das balanças comerciais mais deficitárias dos setores da economia nacional. Ressaltou que tal fato possuía grande impacto econômico e, nessa ótica, enfatizou a importância de o país investir no setor, principalmente, para produção de insumos, fármacos e medicamentos prioritários para a cobertura de atenção à saúde da população. Prosseguiu destacando que uma das diretrizes necessárias à definição de uma política justa seria a formulação e implementação de uma Política de Assistência Farmacêutica inserida na Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Nessa linha, destacou algumas ações do Ministério da Saúde que contribuíram para a definição de uma política justa, a saber: criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; e criação do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, com atribuições formais nos âmbitos da formulação e da implementação da Política de Assistência Farmacêutica, a responsabilidade institucional de superar as fragmentações e a necessária característica de intersectorialidade. Apresentou também outras ações implementadas pelo Ministério da Saúde para definição da Política de Assistência Farmacêutica, a saber: **a)** identificação dos diferentes programas envolvendo medicamentos, seus orçamentos e suas diferentes lógicas; **b)** manutenção dos processos de programação, aquisição, distribuição e controle dos medicamentos dos programas pactuados; **c)** alteração do fluxo de trabalho no novo contexto do Ministério da Saúde; **d)** inclusão do Brasil no projeto “Observatório do Medicamento das Américas”, juntamente com OMS/OPAS (Fase I finalizada) para obtenção de informações sobre o setor farmacêutico; e **e)** introdução de mecanismos de regulação da assistência farmacêutica, utilizando protocolos clínicos e indicadores de avaliação e empregando o Cartão SUS como ferramenta. Destacou a importante atuação do Ministério da Saúde no processo de realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, que definiu as diretrizes a serem adotadas no País, a partir da busca de consensos entre os diferentes segmentos envolvidos, na perspectiva da garantia do direito da população à assistência farmacêutica, enquanto parte integrante da política de saúde do Brasil. Acrescentou que 100% dos Estados realizaram suas Conferências, o que representava um avanço do Controle Social. Falou, ainda, sobre as ações necessárias em processo para que a Política se concretize, dentre elas: **a)** ações para alteração da lógica existente e superação das fragmentações identificadas; elaboração de política específica para os chamados medicamentos de alto custo, juntamente com CONASS e CONASEMS; **b)** definição de novas propostas de pactuação com os gestores estaduais; **c)** realização da Fase II do Projeto “Observatório do Medicamento das Américas” – MS/OMS/OPAS; e **d)** continuidade da introdução de

mecanismos de regulação da assistência farmacêutica, utilizando protocolos clínicos e indicadores de avaliação e empregando como ferramenta o Cartão SUS. Disse que a segunda grande diretriz da Política referia-se a necessidade de modernizar e ampliar a capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos. Explicou que, nesse âmbito, foram desenvolvidas importantes ações, dentre elas: **a)** diagnóstico da situação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (há cerca de 19 Laboratórios); **b)** redefinição do processo de pactuações e convênios entre os Laboratórios Farmacêuticos Oficiais e o Ministério da Saúde; **c)** definição de “Critérios Estruturantes para Investimentos nos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais”; **d)** realização do Seminário Nacional envolvendo Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, CONASS, CONASEMS, ANVISA e Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde; **e)** realização do Seminário Nacional sobre Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Assistência Farmacêutica que definiu diretrizes da política para o setor; **f)** inclusão da área “Fármacos e Medicamentos” como uma das prioridades das Diretrizes da Política Industrial do País; e **g)** incremento de 122% no orçamento de 2004 para fomento à produção farmacêutica. A propósito dos investimentos do Ministério da Saúde para modernização e ampliação da capacidade produtiva dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, destacou crescimento considerável, sendo que em 2003 foi executado o total de R\$ 36 milhões para os Laboratórios Farmacêuticos Oficiais e R\$ 4 milhões para produção de vacinas. Acrescentou que para 2004 foi destinado o recurso orçamentário de R\$ 80 milhões, demonstrando que se trata de uma área prioritária para suprimento do SUS. Destacou ações que estão em processo e precisavam ser conduzidas, a saber: **a)** instalação da Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos – Racionalização e otimização da produção; **b)** formação de Grupo Técnico de Acompanhamento dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (monitoramento da rede); **c)** interface entre Laboratórios Farmacêuticos Oficiais e setor farmoquímico produtor de insumos; **d)** identificação de potencialidades e prioridades para o estabelecimento de acordos de cooperação internacional para desenvolvimento e transferência de tecnologia; **e)** formalização de transferência de tecnologia com o governo de Cuba (eritropoetina, interferon); **f)** desenvolvimento de ações intersetoriais de prospecção e definição das potencialidades de inserção dos LFO na agenda de pesquisa em saúde, no seu âmbito de ação; **g)** desenvolvimento de ações intersetoriais para a adequação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais à legislação sanitária (exemplos: biodisponibilidade e bioequivalência); **h)** definição de pactuações para viabilizar a produção nacional de medicamentos antiretrovirais; **i)** seqüência no processo de implantação da Fábrica de Preservativos em Xapuri/AC – Piloto de 600 L de látex qualificado; e **j)** definição e pactuação de ações intersetoriais que visem a utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com: respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados; embasamento científico; adoção de políticas de geração de emprego e renda; qualificação e fixação de produtores; envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica; e incentivo à produção nacional, com utilização da biodiversidade existente no País. Acrescentou que uma terceira grande diretriz da Política configurava-se na necessidade de estabelecer mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de medicamentos, de insumos e produtos estratégicos para a saúde. Para isso, explicou que se desenvolveu uma série de ações, sendo elas: **a)** diagnóstico da regulação adotado pela antiga CAMED; **b)** avaliação dos possíveis reflexos e das ações necessárias ao cumprimento do “Protocolo de Intenções” firmado entre o atual governo e o setor produtivo privado de medicamentos; **c)** estudo e definição dos critérios para a liberação de preços de parcela dos medicamentos disponíveis no mercado brasileiro; **d)** estudo e sugestão dos critérios e mecanismos legais para a regulação econômica do setor de medicamentos – Medida Provisória nº 123/03, convertida na Lei nº 10.742, de 06/03; **e)** criação da Câmara de Regulação de Medicamentos – CMED; **f)** inclusão da SCTIE na direção do Comitê Técnico da CMED; **g)** definição de novos critérios legais para a avaliação de registros de novos medicamentos, incluindo aspectos econômicos; **h)** realização de “Painéis de Especialistas” (isentos), como mecanismo adicional para análise da possibilidade de registro de novos medicamentos; e **i)** participação no processo de estudo e negociação referente aos reajustes de preços de medicamentos. Destacou também ações do Ministério da Saúde em processo de implementação, sendo: **a)** otimização das ações no âmbito da CMED, na perspectiva de definição de mecanismos estruturantes para a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; **b)** desenvolvimento de ações intersetoriais para implantação de Núcleos de Referência para Análise Farmacoeconômica; **c)** otimizar o Registro Nacional de Preços, na perspectiva de atender as necessidades do SUS; **d)** otimizar o Banco de Preços, na perspectiva de atendimento das necessidades do SUS; **e)** recuperar e ampliar os serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS; **f)** qualificar os serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção; e **g)**

descentralizar ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras e superação da fragmentação em programas desarticulados. Apresentou também ações que ampliavam o acesso a medicamentos, à cobertura e à responsabilidade dos gestores na qualificação dos serviços, dentre elas: **a)** duplicação do Piso do Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica para os municípios integrantes do Programa Fome Zero – 2004; **b)** inclusão de previsão orçamentária para estruturação e qualificação de serviços de assistência farmacêutica – 2004; **c)** estabelecimento de Cooperação Técnica (piloto) com estados e municípios para aplicação do Cartão SUS no processo de gestão da assistência farmacêutica (atenção básica e medicamentos de alto custo), em conjunto com o DATASUS; e **d)** ampliação dos recursos orçamentários para a aquisição de medicamentos. Falou sobre a evolução dos principais gastos do Ministério da Saúde com medicamentos, sinalizando que na aquisição de medicamentos foi investido o total de R\$ 2,5 bilhões em 2002, R\$ 2,9 bilhões em 2003 e para 2004 foi aprovado o orçamento de aproximadamente R\$ 3,6 bilhões. Continuou detalhando os gastos do Ministério da Saúde com medicamentos, a saber: I. Medicamentos para atender os Programas Estratégicos, incluindo medicamentos para DST/AIDS e imunobiológicos: **a)** 2002: R\$ 997.179.443; **b)** 2003: R\$ 1.379.077.507; e **c)** 2004: R\$ 1.538.130.000; II. Incentivo financeiro a municípios habilitados à parte variável do piso de atenção básica (PAB) para assistência farmacêutica básica. Medicamentos para o Programa de Assistência Farmacêutica Básica, correspondentes a R\$ 1,00/habitante/ano: **a)** 2002: R\$ 166.399.378; **b)** 2003: R\$ 173.920.923; e **c)** 2004: R\$ 192.971.930; III. Medicamentos de dispensação em caráter excepcional (alto custo), mediante repasse de teto financeiro aos Estados: **a)** 2002: R\$ 489.533.000; **b)** 2003: R\$ 519.789.868; e **c)** 2004: R\$ 763.000.000; IV. Atenção aos pacientes portadores de coagulopatias: **a)** 2002: R\$ 273.140.592; **b)** 2003: R\$ 112.445.058; e **c)** 2004: R\$ 3.584.101.930; V. Medicamentos cobertos na atenção hospitalar (Autorização da Internação Hospitalar e Oncológicos): **a)** 2002: R\$ 2.487.148.566; **b)** 2003: R\$ 2.888.756.372; e **c)** 2004: R\$ 882.000.000. Dessa formação, configurando-se nos seguintes gastos anuais: 2002: R\$ 2.487.148.566; 2003: R\$ 2.888.756.372; e 2004: R\$ 3.584.101.930. Comentou sobre a dispensação de produtos de alto custo, ressaltando que não deveria ser tratado em uma política de acesso que considerasse a integralidade e a equidade e como uma pactuação de transferência de recurso. Explicou que dos 226 medicamentos do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, que totalizaram quase R\$ 600 milhões, gastos em 2003, apenas quatorze consomem mais de 60% do orçamento. Frente a esse quadro, explicou que o Ministério da Saúde, em parceria com CONASS e CONASEMS, estava buscando definir política de critérios de inclusão ou exclusão dos medicamentos excepcionais. Acrescentou que, apesar do não crescimento do número de paciente que utilizavam medicamentos excepcionais, o custo crescia vertiginosamente com a inclusão de novos produtos, em virtude da “vida útil” desses medicamentos ser curta. Prosseguiu destacando outras ações implementadas pelo Ministério da Saúde: **a)** inserção do Brasil no projeto multicêntrico de implantação da Atenção Farmacêutica em Hipertensão, em cooperação com a OPAS/Fórum Farmacêutico das Américas; **b)** realização do I Seminário de formação de multiplicadores e treinamento de farmacêuticos para o desenvolvimento do projeto de implantação da atenção farmacêutica em hipertensão, em cooperação com a OPAS/Fórum Farmacêutico das Américas/ENSP, envolvendo representantes de cinco Estados Brasileiros e farmacêuticos dos setores público e privado; **c)** coordenação do grupo temático de “Acesso e Compras Públicas” no Fórum de Competitividade do Setor Farmacêutico/ MDIC/ MS; **d)** participação na Comissão de Negociação para redução de preços de medicamentos antiretrovirais e apontamento da possibilidade de adoção de licença compulsória para produção oficial no país; **e)** participação no processo de definição das diretrizes para diagnóstico e tratamento das hepatites virais, juntamente com a SAS e Anvisa; **f)** inserção no projeto “Saúde na Amazônia Legal”; **g)** início do trabalho para a inclusão da assistência farmacêutica no processo de atenção à saúde dos povos indígenas; **h)** realização da programação (*in loco*) dos Estados para as aquisições de medicamentos para tratamento de tuberculose e hanseníase, juntamente com as respectivas coordenações nacionais; **i)** fomento ao estabelecimento de acordos de cooperação internacional visando a produção nacional de fármacos, de medicamentos e outros insumos estratégicos para a saúde, envolvendo os setores público e privado – Início de prospecção – Visitas Técnicas a Cuba, China e Índia; e **j)** fomento ao desenvolvimento da química fina e da produção de insumos estratégicos para a saúde – Estabelecimento de Agenda Pró-Ativa com o setor. Destacou também, como diretriz da Política de Assistência Farmacêutica, a necessidade de construção de uma política justa de Vigilância Sanitária, que garantisse o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade e promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo. Nessa linha, citou ações implementadas nesse âmbito: **a)** participação em Grupo de Trabalho envolvendo DAF/SCTIE e ANVISA, para análise de 26 propostas de Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs), que trataram de registro de medicamentos, bulas de medicamentos, medicamentos similares, medicamentos homeopáticos e medicamentos fitoterápicos; **b)** inserção do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE) no

desenvolvimento do projeto “Monitoração da Propaganda e Publicidade de Medicamentos”, envolvendo ANVISA e dezesseis universidades brasileiras; **c)** estudo para formalização de Cooperação Técnica entre MS e Estados para o desenvolvimento de amplas campanhas voltadas ao uso correto de medicamentos; e **d)** estudo inicial para a implantação da Rede Brasileira de Centros de Informação de Medicamentos – Fase exploratória. Além disso, destacou as ações em processo, a saber: **a)** continuidade do processo de articulação com a ANVISA; **b)** iniciar o processo de revisão constante e periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); **c)** continuidade da inserção do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE) no desenvolvimento do projeto “Monitoração da Propaganda e Publicidade de Medicamentos”, envolvendo ANVISA e 16 universidades brasileiras; **d)** implantação da Rede Brasileira de Centros de Informação de Medicamentos, sob coordenação articulada do Ministério da Saúde; **e)** desenvolvimento do “Projeto Farmácia Popular”: identificação dos medicamentos que mais impactam no gasto em saúde das famílias brasileiras; inclusão dos medicamentos na proposta da reforma tributária, na menor alíquota de ICMS; e elaboração do projeto de implantação das farmácias. Concluída a apresentação, o Diretor passou a palavra ao Coordenador do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, **Dirceu B. A. Barbano**, para apresentação do Projeto Farmácia Popular. O Coordenador do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, **Dirceu B. A. Barbano**, iniciou sua explanação manifestando satisfação em apresentar o Projeto Farmácia Popular do Brasil ao Plenário do CNS. Salientou, a princípio, que o Projeto era parte de um conjunto de ações desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde e possuía objetivos gerais e específicos concernentes ao acesso a medicamentos. Explicou que o Projeto era parte integrante do Programa de Governo que foi discutido no âmbito do Ministério da Saúde, com envolvimento técnico e administrativo da Fundação Oswaldo Cruz. Disse que a apresentação do Projeto Farmácia Popular tinha por justificativas a Política de Assistência Farmacêutica, com base na efetivação do acesso aos medicamentos, o plano de ações estratégicas para a garantia da assistência farmacêutica pública e a Política de Assistência Farmacêutica como eixo norteador para a formulação de políticas setoriais. Destacou que tais justificativas criaram as condições necessárias a sustentar ações mais contundentes na regulação do mercado e do setor farmacêutico privado. Comentou sobre o mercado farmacêutico brasileiro, destacando que se situava entre os dez maiores do mundo, com faturamento anual de cerca de dez bilhões de dólares, caracterizado por oligopólios, com elevada concentração de empresas transnacionais. Além disso, apresentava relativa estabilidade no número de unidades vendidas, embora com aumento nos níveis de faturamento. Ressaltou que os medicamentos recentemente lançados apresentavam preços cada vez mais elevados, na tentativa de alcançar os níveis internacionais. Acrescentou que os gastos com saúde apareciam em quarto lugar dentre os gastos familiares, sendo que a parcela da população que sofria maior impacto com os gastos para a “compra de medicamentos” era responsável pela menor participação no consumo. Frente a essa conjuntura, citou ações governamentais relevantes para a regulação do mercado farmacêutico, sendo: **a)** criação da CMED (Lei nº 10.742/03); **b)** inclusão dos fármacos e medicamentos na política industrial; **c)** redução do ICMS de medicamentos na reforma tributária; e **d)** aquisição de nova unidade de produção de medicamentos situada no Rio de Janeiro, vinculada a FIOCRUZ. Ressaltou que o Projeto representava intervenção do Estado em um setor historicamente organizado e controlado pela lógica do mercado. Dessa forma, o Projeto configurava-se em uma parte da Política de Assistência Farmacêutica que demandaria compreensão da sociedade. Destacou três estratégias de implantação do Projeto Farmácia Popular do Brasil, em discussão no âmbito do Ministério da Saúde: **a)** estruturação de uma rede de estabelecimentos e farmácias estruturadas na lógica de serviços voltados à atenção à saúde, em parceria com gestores municipais e hospitais filantrópicos (previsão de implantar 220 farmácias até o final de 2004); **b)** definição de lista de medicamentos com preços subsidiados na rede privada de farmácias; e **c)** redução de ICMS da lista selecionada de medicamentos. Nessa linha, detalhou algumas das ações a serem desenvolvidas em parcerias com gestores municipais e hospitais filantrópicos. Em parceria com os gestores municipais, explicou que seriam instaladas farmácias em áreas estratégicas para atendimento da população alvo do projeto. Acrescentou que essas farmácias disponibilizariam medicamentos de uma lista selecionada a preço de custo e os medicamentos disponibilizados seriam oriundos da produção pública e, complementarmente, adquiridos da indústria privada. Acrescentou que as farmácias teriam *layout* e instalações padronizadas e os medicamentos teriam etiqueta de identificação do projeto. Informou que a lista selecionada de medicamentos para implantação do Projeto Farmácia Popular do Brasil seria composta por 94 itens, sendo 67 itens de produção pública, 27 itens do mercado privado e 2 apresentações de preservativos masculinos. Acrescentou que se definiria subsídio para oferta de medicamentos a baixo custo nas farmácias privadas e venda de medicamentos a baixo custo nos 45 mil estabelecimentos do comércio varejista, garantida por meio de ato regulatório. Explicou que o início da implantação se daria com medicamentos essenciais para tratamento da hipertensão e do diabetes, com medicamentos para hipertensão; medicamentos de via oral para diabetes; insulina para todos os

pacientes que atualmente adquirem em farmácias privadas; e cerca de dez medicamentos. Informou que as embalagens desses medicamentos seriam padronizadas, conteriam quantidades compatíveis com o tratamento indicado e seriam identificadas com a marca do Programa, por meio da colocação de etiqueta padronizada. Ressaltou também que foi iniciado processo de pactuação de preços padrões incorporando os custos e margem de lucratividade da cadeia produtiva (produção, distribuição e consumo). Disse que a estimativa era de que o preço padrão estaria situado na média entre o menor valor praticado no mercado e o constante no banco de preços do Ministério da Saúde. Por fim, ressaltou que haveria redução de ICMS da lista selecionada de medicamentos, sendo cerca de 200 princípios ativos e cerca de 3000 apresentações comerciais, que abrangeria em torno de 15% do mercado farmacêutico. Concluiu a apresentação, colocando-se à disposição para maiores esclarecimentos. Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** cumprimentou o Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde pela apresentação da Política de Assistência Farmacêutica. Destacou que a Rede SUS distribuía os medicamentos da forma correta, em especial aqueles de alta complexidade. Entretanto, manifestou preocupação com o processo de revisão dos protocolos de medicamentos de alta complexidade, o que poderia dificultar o acesso dos usuários a tais medicamentos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que a falta de medicamentos era uma realidade de todos os estados do país e configurava-se em um dos mais graves problemas em relação à saúde da população brasileira. Citou também como graves problemas o fato de os medicamentos serem tratados como mercadorias, os estabelecimentos farmacêuticos serem vistos como comércios e mais de 1/3 da população ser vítima de intoxicação por medicamento. Endossou a Política de Assistência Farmacêutica, contudo, ressaltou a necessidade de ser melhor debatida. Pediu maiores esclarecimentos sobre o debate em relação à Lei nº 5.991, em especial, no que concerne a definição de comércio e estabelecimento farmacêutico, e sobre a atenção farmacêutica no Projeto Farmácia Popular. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** cumprimentou os palestrantes pela apresentação e manifestou apoio à Política por terem sido contemplados, dentre outros, os princípios da intersetorialidade e da multidisciplinariedade. Desse modo, destacou que seria necessário definir estratégias para implementá-la, a fim de garantir o acesso do usuário à assistência farmacêutica. Indagou sobre quais seriam as estratégias para diminuição do índice de produtos e insumos importados e como seria a taxa dos medicamentos oriundos dos laboratórios públicos. Por fim, propôs que o CNS elaborasse Resolução, manifestando apoio às diretrizes da Política de Assistência Farmacêutica e sua implementação. Conselheira **Gilca Starling Starling Diniz** chamou a atenção para a importância de o Projeto Farmácia Popular indicar a implantação de farmácias populares também nos hospitais de ensino, considerando que poderia ser indutora de mudanças de paradigmas na formação dos graduandos. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** destacou que o Brasil tinha condições de produzir medicamentos com qualidade e baixo custo no território nacional, mas, para isso seria necessário investir na área de pesquisa para produção de princípios ativos, evitando a dependência da importação de insumos. Destacou que, no momento em que a China e a Índia assinassem o Acordo da Tríplice, o Brasil não poderia mais comprar insumos, o que prejudicaria a produção de medicamentos para patologias como a AIDS, hipertensão, tireóide, câncer, entre outras. Nessa linha, perguntou quais seriam as estratégias para enfrentar tal questão e como se daria o debate relativo à Lei de Patentes para fabricação de medicamentos de melhor qualidade e de baixo custo no Brasil. Comentou também sobre a questão do licenciamento compulsório, destacando que seria uma estratégia somente se houvesse investimento na área de pesquisa para produção de matéria-prima. A propósito, perguntou como a questão seria tratada no âmbito da Política. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** ressaltou que na 1ª Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica foi apresentada a proposta de garantir aos portadores de doença celíaca os medicamentos que fazem parte do protocolo terapêutico. Nessa linha, perguntou qual a posição do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde sobre a questão. Conselheiro **Eni Carajá Filho** cumprimentou o Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/MS pela apresentação, destacando que a Política de Assistência Farmacêutica foi elaborada a partir das diretrizes da 1ª Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Comentou sobre a falta de medicamentos para hanseníase nos municípios e, nessa linha, solicitou maior fiscalização do processo de distribuição dos medicamentos do exterior que chegam ao Brasil. Além disso, disse que seria necessário agregar a Política de Medicamento a uma política de prevenção. Por fim, sugeriu que o Plenário aprofundasse o debate sobre o Projeto Farmácia Popular. Conselheira **Marisa Fúria** solicitou maiores esclarecimentos sobre como se daria a mudança na Portaria que contempla medicamentos psiquiátricos, de forma a garantir a destinação de medicamentos aos portadores de autismo. Registrou, ainda, a necessidade de aumentar o recurso destinado a medicamentos cobertos na atenção hospitalar (autorização da internação hospitalar e oncológicos). Manifestou preocupação também com a possibilidade de o Projeto Farmácia Popular agravar o problema da falta de medicamentos nos hospitais, considerando que os laboratórios que iriam fornecer

os medicamentos para a farmácia popular seriam os mesmos que ofereceriam os medicamentos distribuídos pelo SUS. Conselheiro **Rogério Carvalho Santos** chamou a atenção para a dificuldade de interação com o setor da indústria de medicamentos e do sistema de intermediação do comércio de medicamento. Nessa linha, manifestou apoio à Política de Assistência Farmacêutica, que tratava de forma abrangente tais dificuldades, apontando estratégias de incentivo à produção, quebra de patentes, investimento em pesquisa, entre outras. Cumprimentou a iniciativa do Programa Farmácia Popular, considerando que apontava para a perspectiva de ampliação do acesso a medicamentos e regulação do mercado. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury**, Presidente da Federação dos Farmacêuticos, manifestou o apoio da categoria dos farmacêuticos à Política de Assistência Farmacêutica apresentada, porque atendia a uma demanda antiga da sociedade e tinha como base as diretrizes da 1ª Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Disse que a Política apontava diretrizes estruturantes que auxiliariam na solução de problemas do cotidiano como o acesso a medicamentos essenciais e de alto custo e, a médio e longo prazo, para a reversão da lógica do medicamento como mercadoria. Manifestou-se satisfeita com a proposta de farmácia popular apresentada, por se tratar de programa que fazia parte de uma política mais ampla capaz de abrir nova perspectiva de interlocução e “intervenção” no mercado farmacêutico. Nessa linha, ratificou a proposta de elaborar Resolução do CNS, manifestando apoio às diretrizes da Política de Assistência Farmacêutica, visando garantir a sua implementação e acompanhamento por parte do Conselho. Por fim, perguntou como seria tratada a questão dos medicamentos para obesidade no âmbito da Política de Assistência Farmacêutica. Secretário de Atenção à Saúde/MS, **Jorge José Santos Pereira Solla**, cumprimentou a equipe da Secretaria de Ciência e Tecnologia e do Departamento de Assistência Farmacêutica pela proposta da Política de Assistência Farmacêutica para o SUS. Sinalizou para a importância de o CNS voltar atenção para o modo como o Projeto Farmácia Popular seria recebido pelos meios de comunicação, a fim de garantir o entendimento de seu objetivo principal de intervenção e regulação do mercado farmacêutico. Comentou também sobre os medicamentos excepcionais, explicando que o Ministério da Saúde possuía mecanismos de atualização de protocolos e indicações, no entanto, seria necessário aumentar as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria. Nessa linha, disse que o DENASUS iniciaria auditoria nos estados, a partir do segundo semestre de 2004, a fim de analisar o sistema de dispensação de medicamentos excepcionais. A propósito da questão da obesidade, informou que o Ministério da Saúde constituiu GT para definir política que contemplaria desde a promoção até a cirurgia bariátrica. Disse que o Ministério da Saúde, por intermédio da sua Secretaria Executiva, estava definindo proposta que permitiria consorciar o “pregão” eletrônico, feito pelo Ministério da Saúde, a fim de que municípios se associassem a estados para fazer grandes compras de medicamentos e insumos. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** saudou a equipe da Secretaria de Ciência e Tecnologia e do Departamento de Assistência Farmacêutica pela proposta da Política de Assistência Farmacêutica que se configurava em uma proposta global elaborada a partir do acúmulo de discussões do tema e da realidade do país para a sua aplicação. Enfatizou a necessidade de o CNS aprovar a Política, reafirmando a necessidade de sua implementação. Conselheira **Zilda Arns Neumann** manifestou-se favorável à implementação da Política de Assistência Farmacêutica e perguntou como se daria a regulação e dispensação dos medicamentos nas farmácias populares. Perguntou se a Política previa investimentos na área de pesquisa de matéria-prima para a produção de medicamentos, de forma a garantir suficiência do país na produção de insumos. Por fim, chamou a atenção para a importância da participação da FIOCRUZ no processo de definição da Política. Conselheiro **Francisco das Chagas Dias Monteiro** cumprimentou os expositores pela apresentação da Política e do Projeto Farmácia Popular. Pediu maiores esclarecimentos sobre o processo de regulação da Política. Além disso, chamou a atenção para a necessidade de aprofundamento do debate sobre equidade e igualitarismo no que diz respeito a dispensação de medicamentos. Nessa linha, colocou à disposição documentos das Entidades Médicas sobre a questão. Conselheiro **Ciro Mortella** informou que, no dia 30 de março de 2004, foi anunciada Política Industrial para o Brasil que determinava quatro setores para se fazer política industrial, a saber: softer; micro condutores; máquinas e equipamentos; e fármacos e medicamentos. Explicou que, dentre outros aspectos, a Política apontava para regulamentação e estímulo à inovação. Nessa linha, destacou que as empresas nacionais tinham grande interesse em proteger as suas inovações, mas o país só poderia superar a dependência de importância de insumos com produtos de alto valor agregado. Destacou que um sistema de saúde desenvolvido somente seria alcançado com o desenvolvimento do país e, nessa lógica, chamou a atenção para a necessidade de trabalhar as ações apresentadas, estimular o desenvolvimento e articular as políticas públicas. A propósito do recebimento do Projeto Farmácia Popular pela mídia, disse que seria necessário não criar expectativas além da realidade e fazer com que a população entendesse que nenhuma ação isolada resolveria o cenário do país. Conselheiro **Rogério Tokarski** cumprimentou os expositores pela apresentação, no entanto, chamou a atenção para a necessidade de voltar maior atenção para a questão dos recursos humanos da rede. Solicitou maiores esclarecimentos sobre a questão do

fracionamento e destacou a necessidade de parceria do Ministério da Saúde com a área de vigilância sanitária e dos Conselhos de Classe – medicina, enfermagem, odontologia e farmácia, a fim de garantir política justa. A Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, **Maria Luiza Jaeger**, destacou que a proposta de Política Nacional de Assistência Farmacêutica configurava-se em momento histórico na implementação do SUS. Ressaltou que a Política tratava desde a produção de medicamentos no país até a sua distribuição, bem como a forma de intervenção do Estado Brasileiro no setor, e permitiria aos usuários o acesso à assistência farmacêutica com qualidade. Nessa linha, enfatizou a necessidade de o CNS acompanhar o processo de implementação da Política. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** manifestou satisfação em ver, pela primeira vez na história do SUS, a apresentação de uma Política Nacional de Assistência Farmacêutica abrangente, tratando sobre produção, regulação, distribuição, custo, racionalidade da compra, entre outros aspectos. Acrescentou, ainda, que a Política era resultado do trabalho de uma equipe eficiente e prestou homenagens, em especial, ao Senhor **José Alberto Hemógenes**, responsável pela coordenação da Política. Registrou homenagem, ainda, a figura histórica do Senhor **Mário Vitor de A. Pacheco**, que contribuiu para definição de política justa e racional. Conselheira **Lílian Alické** cumprimentou a equipe responsável pela definição da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, todavia, manifestou preocupação com a parcela da população portadora do mal de Alzheimer, de baixa renda, que tinha de utilizar medicamentos não incluídos nos protocolos do SUS. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** sugeriu que, além da elaboração de Resolução do CNS manifestando apoio à Política de Assistência Farmacêutica, fosse distribuída aos Conselheiros e à imprensa uma Nota Técnica Explicativa sobre o Projeto Farmácia Popular. Conselheira **Noemy Yamagishi Tomita** cumprimentou a equipe responsável pela definição da Política de Assistência Farmacêutica e destacou que a Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde apresentaria contribuições para o enfrentamento de questões como a Lei de Patentes. Perguntou, ainda, sobre as estratégias para enfrentar a dependência do mercado farmacêutico do Brasil de importação de produtos e de matérias primárias. Em resposta às intervenções do Plenário, o Coordenador do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, **Dirceu B. A. Barbano**, explicou que o Projeto Popular não possuía o intuito exclusivo de ampliação da capacidade produtiva dos laboratórios oficiais, mas as suas ações contribuíram para isso. Disse que a iniciativa de instalar farmácias populares nos hospitais filantrópicos buscava atender o público atendido nos ambulatórios desses locais. Ressaltou que a organização dos serviços da farmácia popular, que tinha por pressuposto a prescrição por profissional habilitado, o cadastramento de pacientes, o acompanhamento do tratamento e atenção voltada a resolver o problema de saúde, poderia contribuir para a transformação de toda a legislação sanitária do setor. Sobre o processo de atendimento, explicou que as farmácias populares seriam unidades de serviços de saúde que teriam a presença de profissional farmacêutico habilitado para atender as demandas de orientação e educação de pacientes para utilização dos medicamentos. Ressaltou que a prescrição de profissional habilitado do serviço público ou privado para a dispensação de medicamentos nas farmácias populares era o pressuposto para o vínculo de tais unidades com o serviço de saúde. Destacou que não haveria farmácias populares em unidades públicas de atenção à saúde. Enfatizou que as farmácias populares não se confundiriam com as unidades de dispensação de medicamentos do SUS que também precisava ser revista e pensada no que se refere à atenção ao paciente. Ressaltou que vários laboratórios públicos do país eram autorizados a disponibilizar medicamentos para as farmácias. A propósito, informou que o Congresso Nacional aprovou lei que autoriza a FIOCRUZ a disponibilizar medicamentos na rede de farmácias. Disse também que o Projeto não previa a instalação de farmácias populares nos hospitais de ensino da rede pública, contudo, lembrou que muitos hospitais filantrópicos eram ligados a instituições de ensino privado. Destacou que houve alocação de recurso, por meio de crédito suplementar, para o Projeto Farmácia Popular e que, assim, não será utilizado recurso do orçamento da saúde. Chamou a atenção para a importância da participação da FIOCRUZ no Projeto, considerando que se tratava de um referencial na área de medicamentos por exercer poder moderador em relação ao preço da produção e distribuição pública. Ressaltou que o projeto arquitetônico das farmácias populares, elaborado por engenheiros da FIOCRUZ, atendia a questões sanitárias para preservação da qualidade do atendimento dos pacientes e da qualidade dos medicamentos. Além disso, acrescentou que a equipe que atuaria nesses estabelecimentos passaria por intenso processo de treinamento para evitar riscos à saúde da população em decorrência da falta de cuidado com o medicamento. Por fim, colocou-se à disposição, caso o Plenário entendesse necessário, para elaborar nota técnica sobre o Projeto Farmácia Popular. O Vice-Presidente da FIOCRUZ, **Paulo Gadelha**, agradeceu as contribuições do Colegiado, por entender que auxiliariam no encaminhamento da operacionalização do Projeto Farmácia Popular. Ressaltou que a FIOCRUZ participava de toda a cadeia, desde a pesquisa até a produção, no entanto, não realizava estudo sobre o processo de dispensação. Falou sobre programa específico na FIOCRUZ de prospecção em vários campos de medicamentos, vacinas, kits e equipamentos, que gerou dados sobre

a realidade de demanda e possibilidade de superação da dependência do Brasil de importação de insumos e medicamentos. Nessa linha, disse que a Fundação já possuía matriz e posteriormente iria promover pactuação com várias instâncias dentro e fora do Ministério da Saúde no sentido de identificar os medicamentos de maior necessidade, de maior valor agregado, com patentes vencidas ou não e definir estratégias prioritárias para que o país seja auto-suficiente no processo de pesquisa e produção. Ressaltou que o Projeto seria um processo de aperfeiçoamento constante. O Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, **Norberto Rech**, falou sobre a satisfação em apresentar a Política de Assistência Farmacêutica ao Controle Social, ressaltando que a capacidade técnica da equipe responsável pela elaboração da Política foi aliada às propostas de políticas construídas nos últimos vinte anos. Ressaltou que o processo de construção da Política foi conduzido pelo Senhor **José Alberto Hermógenes** e em virtude do compromisso político do Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, foi possível o entendimento da Política como estratégia intersetorial. Sobre o Programa de Dispensação de Medicamentos Excepcionais, ressaltou que dispunha de mais de duzentos medicamentos excepcionais e atendia cerca de 140 mil pessoas. Todavia, acrescentou que os medicamentos de alto custo não estavam apenas no Programa de Dispensação de Medicamentos Excepcionais e, a propósito, citou os medicamentos da alta complexidade, oncologia, entre outros. Explicou que o Ministério da Saúde participava do debate concernente à farmácia como estabelecimento de saúde, com acompanhamento do processo de revisão da Lei nº 5.991. Além disso, chamou a atenção para a necessidade de retomar a Resolução do CNS de aprofundar a proposta da Comissão de Vigilância Sanitária no que dizia respeito à concessão pública. Destacou a necessidade de discutir as propostas relativas à farmácia como estabelecimento de saúde, com vistas à definição de marco regulatório para a questão. Disse que para superar o quadro de dependência do país no que diz respeito à importação seria necessário implementar a política industrial que trata fármacos e medicamentos como uma área prioritária de investimento para os próximos anos e definir política de investimento em ciência, tecnologia e inovação em saúde que apontasse a dotação orçamentária necessária à interação entre as prioridades definidas pelo país e as iniciativas de produção de insumos e medicamentos do setor público e privado. Ressaltou, ainda, que o investimento na área de ciência, tecnologia e inovação em saúde consistia em um processo de ação intersetorial no âmbito da política de desenvolvimento do país, ilustrado pela iniciativa do governo de criar no âmbito do Ministério da Saúde a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e possibilitar interface concreta com outros Ministérios. Além disso, disse ser de fundamental importância definição de diretrizes, por parte do Controle Social, no âmbito de ciência e tecnologia a serem observadas pelos diferentes segmentos do governo. Acrescentou também a importância de discutir as consequências da Lei de Patentes, aprovada em 1996, bem como o Decreto Presidencial que a regulamentou. Explicou que o Decreto Presidencial de regulamentação da Lei de Patentes foi alterado em 2003, garantindo que na perspectiva de licença compulsória fosse possível a importação de medicamentos genéricos produzidos por outros produtores internacionais para atender as demandas do país, enquanto não houvesse condições de produção. Disse que a questão das patentes tem sido tratada com bastante cautela e atenção no âmbito do Ministério da Saúde. Informou também que representava o Ministério da Saúde no Grupo Interministerial de Propriedade Intelectual que reunia representantes de diferentes Ministérios e vinha tratando sobre a necessidade de o país incorporar a chamada importância paralela para suprir as necessidades nacionais. Destacou que, sem a salvaguarda da licença voluntária ou da licença compulsória, o país perderia mecanismo de pressão no cenário internacional, o que resultaria em maior nível de dependência em relação aos medicamentos de maior valor agregado e mais recentemente lançados, a exemplo dos medicamentos antiretrovirais. Ressaltou que o Farmanguinhos era um centro de investimento estratégico para o processo de transferência, agregação e desenvolvimento de tecnologia a partir de recursos do Ministério da Saúde e outros órgãos do governo. Reconheceu a importância de defender a “Declaração de Dorah” que permitiria ao país atuar no cenário com a salvaguarda necessária a todo país em desenvolvimento, não se submetendo a legislação internacional de patente que resultasse na exclusão do Brasil do cenário internacional e do acesso aos medicamentos. Comentou também sobre a questão da equidade na dispensação dos medicamentos, destacando que as pessoas que necessitam de medicamentos de alto custo tinham de ter acesso aos mesmos e a serviços qualificados para diagnóstico e acompanhamento da utilização de medicamentos. Nessa linha, destacou que, no caso dos medicamentos de alto custo, o viés monetarista não poderia ser adotado na perspectiva de comparação de recursos para atenção primária e alto custo, sem avaliar o impacto disso na vida das pessoas. Comentou sobre o impacto positivo de dispensação dos medicamentos do Programa DST/AIDS como a redução de mais de US\$ 250 mil em gastos com internação hospitalar e melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras do HIV. Ressaltou a importância de pactuação com gestores estaduais e municipais concernente à responsabilização hierarquizada sobre os serviços para atenção à saúde das pessoas. Informou, também, que a incorporação de novos medicamentos e a definição de protocolos era uma questão que

estava em aberto e o Ministério da Saúde vinha acolhendo todas as reivindicações. Explicou que o Ministério da Saúde buscava a definição de protocolos não excludentes e possibilitadores do acesso com responsabilidade das diferentes instâncias de gestão do SUS. Chamou a atenção para necessidade de definição de critérios claros para investimento de recursos públicos, especialmente do Ministério da Saúde, no que se refere às prioridades do Sistema, com desenvolvimento de medicamentos a partir da biodiversidade brasileira. Nessa linha, disse que os medicamentos fitoterápicos poderiam ser incluídos na farmácia popular e, a propósito, falou sobre o primeiro laboratório produtor de medicamentos fitoterápicos que seria lançado em 2004. Informou também que a ANVISA seria incorporada ao processo como um ente regulatório de tradução das expectativas em um arcabouço legal da condução da regulação no que diz respeito à política de medicamentos e assistência farmacêutica. Sobre a questão do fracionamento, disse que se tratava de um tema em discussão, mas, certamente, no caso da farmácia popular haveria iniciativa de projeto piloto para ação regulatória nesse âmbito. Ressaltou que todas as políticas públicas somente seriam efetivadas na medida em que houvesse diretrizes claras com capilaridade nas instâncias de governo. Destacou que o momento atual era histórico para o país, considerando que havia a junção dos esforços do Poder Executivo com o Controle Social no que diz respeito à Política de Saúde. Nesse sentido, enfatizou a importância do debate aprofundado e qualificado sobre Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que se configura em uma política intersetorial traduzida em ações, envolvendo a área econômica, a área de desenvolvimento social e as ações de saúde propriamente ditas. Por fim, disse que seria necessária Resolução do Controle Social garantindo que as estratégias apresentadas fossem perenizadas como política pública com controle da sociedade. Após esses esclarecimentos, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em votação a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada com uma abstenção.** Também foram aprovados os seguintes encaminhamentos em relação à Política: **a)** elaboração de Resolução do CNS manifestando o apoio do Conselho à Política Nacional de Assistência Farmacêutica, com base nas diretrizes da 1ª Conferência de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e contribuições do CNS; **b)** elaboração, por parte da equipe técnica do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/MS, de Nota Técnica Explicativa sobre o Projeto Farmácia Popular para ser divulgada à imprensa e aos movimentos sociais; e **c)** o acompanhamento da execução da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou esse ponto agradecendo a presença do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/MS, **Norberto Rech**, do Coordenador do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/MS, **Dirceu B. A. Barbano**, e do Senhor **José Alberto Hermógenes**, que foi solicitado pelo Plenário com uma salva de palmas. Depois de elaboradas, a Resolução e a Nota Técnica seria submetida à apreciação e deliberação do CNS. **ITEM 03 – POLÍTICA NACIONAL DE COMBATE À AIDS – Relatório da Situação da Política de Incentivo** – A discussão sobre a Política Nacional de Combate à AIDS foi adiada para a 143ª Reunião Ordinária, a ser realizada nos dias 02 e 03 de junho de 2004. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** falou sobre a proposta do GT de AIDS de realizar o 2º Seminário de Controle Social no SUS, que teria como objetivo aprimorar a execução das Políticas Públicas em HIV/AIDS e outras DSTs, a partir da qualificação do Controle Social, e discutir e aprofundar parâmetros e mecanismos para o estabelecimento de parcerias com a sociedade civil no âmbito do SUS. Disse que o GT sugeriu a indicação de Conselheiros para acompanhar o processo de organização do Seminário, previsto para ser realizado de 23 a 25 de junho de 2004, em Brasília. **Os Conselheiros André Luiz de Oliveira, Francisco das Chagas Dias Monteiro e Rosane Maria Nascimento da Silva foram indicados para participar da organização do Seminário.** Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 04 da pauta. **ITEM 04 – COFIN E PLENÁRIA NACIONAL EXTRAORDINÁRIA DE CONSELHOS** – Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** ponderou se a ausência de representantes do CONASS e CONASEMS não prejudicaria o debate sobre a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** endossou a preocupação relativa à ausência de representações importantes, entretanto, frente à importância do tema e urgência de definição de encaminhamento, sugeriu que o Plenário iniciasse o debate. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, registrou a ponderação da Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**. Conselheiro **Gerônimo Paludo** registrou também a constante ausência de representações do governo na apresentação dos relatórios da COFIN e, nesse sentido, destacou a necessidade de o CNS definir encaminhamento para a questão. Feito esse registro, Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** passou a apresentar o relatório da reunião extraordinária da COFIN, realizada no 29 de abril de 2004, na qual foi discutido o quadro comparativo entre os Projetos de Lei dos Deputados **Guilherme Menezes** e **Roberto Gouveia** e a Resolução nº 322 do CNS. Destacou como itens estruturantes da EC nº 29, e, portanto, não passíveis de negociação, os arts. 2º; 3º; 21; 22; 32 e 35 do Projeto de Lei Complementar. Além disso, ressaltou que, após conversa com o Deputado **Guilherme Menezes** chegou-se ao consenso de retirar o art. 38 do Substitutivo que revogava o art. 35

da Lei nº 8.080/90, que define a forma de repasse de recursos pela União a Estados e Municípios. Disse que, após avaliação, a COFIN/CNS observou que o Projeto de Lei Complementar do Deputado **Guilherme Menezes** contemplava as diretrizes da Resolução nº 322, bem como as sugestões apresentadas em seminários realizados no processo de discussão da regulamentação. Ressaltou que a manutenção dos 10% das receitas correntes da União aplicáveis na saúde, que consistia em diretriz aprovada na 12ª Conferência Nacional da Saúde e contemplada no Projeto de Lei Completar seria a principal polêmica que permearia o debate no Congresso Nacional. Por fim, informou que o Deputado **Rafael Guerra** apresentaria novo Projeto de Lei Complementar de Regulamentação da EC nº 29, que abordaria de forma diferente o percentual das receitas correntes da União aplicáveis na saúde. Conselheiro **Gerônimo Paludo** acrescentou que a fonte de arrecadação proposta no Projeto de Lei Complementar do Deputado **Rafael Guerra** seria de 2,5% do PIB nominal. Disse que tal fato prejudicaria o processo de debate sobre a regulamentação da EC nº 29, nesse sentido, ressaltou a importância de mobilização para garantir a aprovação da proposta de regulamentação justa. Além disso, mostrou preocupação com o fato de o Ministério da Fazenda ter definido a regulamentação da EC nº 29 como uma das suas prioridades para 2004, considerando que a questão financeira, muitas vezes, prevalecia sobre a questão do orçamento para o Controle Social. Por fim, informou também que o Deputado **Guilherme Menezes** comprometeu-se a dar entrada no Substitutivo somente após a reunião do CNS, o que possibilitaria a apresentação de sugestões. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que fosse elaborada manifestação de apoio do CNS à proposta de regulamentação aprovada na 12ª Conferência Nacional de Saúde para ser encaminhada ao Deputado **Rafael Guerra** e aos demais membros da Frente Parlamentar da Saúde. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** destacou que uma das prioridades do Ministério da Saúde era garantir mais recursos para a saúde, no entanto, reconheceu que haveria embate com a área econômica do governo e com o Congresso Nacional. Nessa linha, disse que o CNS teria de lutar pelos recursos da saúde por meio de vários mecanismos de pressão política. Conselheiro **Gerônimo Paludo** apresentou o relatório da reunião ordinária da COFIN, realizada no dia 04 de maio de 2004, na qual foram tratados os seguintes aspectos: errata sobre a notícia de Regulamentação da EC nº 29 no Jornal "SAÚDE BRASIL" do Ministério da Saúde, na próxima edição nº 95, em abril de 2004; Nota Técnica nº 01/ASTEC/SOF/MP, de 22 de abril de 2004, relativa à aplicação mínima de recursos em ações e serviços de saúde; estudo e finalização do documento sobre a regulamentação da EC nº 29 para trabalho na Plenária de Conselhos; execução orçamentária e financeira 2003 do Ministério da Saúde. A propósito do cumprimento da Emenda, destacou que o Ministério da Saúde não cumpriu a EC nº 29 no ano de 2003. Ressaltou que de acordo com o disposto na Emenda, os recursos gastos em ações e serviços de saúde compreenderiam R\$ 24,73 bilhões, ou seja, a execução de 2002 acrescida de variação estimada do PIB entre 2002 e 2003. Sinalizou que, considerando o percentual de 12,29% do PIB, o Ministério da Saúde deveria ter gasto R\$ 27,77 bilhões. No entanto, mesmo considerando a estimativa anterior de 10,12% do PIB, o Ministério da Saúde não cumpriu a Emenda, pois aplicou R\$ 27,18 bilhões em ações e serviços de saúde. Desse modo, disse que na estimativa anterior o Ministério deixou de cumprir a EC nº 29 em R\$ 58 milhões, e considerando a variação de 12,29% do PIB, entre 2002 e 2003, em R\$ 595 milhões. Ressaltou que o Ministério da Saúde solicitou a Secretaria de Orçamento e Finanças do Ministério do Planejamento e Orçamento o acréscimo de R\$ 161 milhões ao limite autorizado para empenho em 2004, de modo a totalizar o montante de R\$ 596 milhões relativos ao déficit de aplicação mínima necessária para 2003. Ressaltou que a Secretaria de Orçamento e Finanças do Ministério do Planejamento não concordou com o aporte pleiteado pelo Ministério da Saúde e destacou que o limite orçamentário atual já incorporava o mínimo definido pela EC nº 29 e os recursos não aplicados em 2003. Sinalizou que cabia ao CNS, por intermédio da COFIN, verificar se serão aplicados recursos adicionais no valor de R\$ 595 milhões relativos a ações e serviços não realizados em 2003. Enfatizou, ainda, que a base de cálculo para se chegar ao total de R\$ 27,77 bilhões estava sendo discutida desde 2003, considerando que ao se admitir o referido valor aceitava-se que o Ministério da Saúde teria cumprido a EC nº 29 em 2002, o que não aconteceu. Além disso, acrescentou que a Emenda também não foi cumprida em 2001 e 2000. No que diz respeito à execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, chamou a atenção para a baixa proporção do valor empenhado e do liquidado de alguns itens em relação ao disposto na Lei. A propósito, citou o caso dos seguintes Programas: **a)** Sangue e Hemoderivados – 10,93% empenhado e apenas 5,44% liquidado; **b)** Saneamento Básico (demais ações) – 92,71% empenhado e apenas 22,14% liquidado; **c)** Saneamento Básico (Projeto Alvorada) – 0,0% empenhado e 0,0% liquidado; **d)** Produção de Vacinas e Medicamentos – 92,71% empenhado e apenas 22,14% liquidado; e **e)** Projeto Nordeste – 100% empenhado e apenas 5,27% liquidado. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** lembrou que o CNS era o responsável por aprovar a prestação de contas da execução orçamentária do Ministério da Saúde. Nesse sentido, indagou sobre o motivo do CNS não haver solicitado explicações do Ministério da Saúde frente à baixa execução orçamentária dos seus programas. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,

comentou sobre a mobilização dos estados em relação à Plenária de Conselhos que ocorreria no dias 12 e 13 de maio de 2004. Nessa linha, ressaltou a importância de o CNS definir a pauta do evento. Ressaltou também que havia novo cenário político em relação ao debate sobre a regulamentação da EC nº 29, considerando que outros Deputados apresentariam Projetos de Lei Complementar ao Substitutivo do Deputado **Guilherme Menezes**. A propósito, informou que o Deputado **Geraldo Rezende** apresentou Projeto apensado ao Substitutivo do Deputado **Guilherme Menezes** e que o Deputado **Rafael Guerra** também apresentaria outro Projeto de Lei Complementar. Com isso, o Projeto do Deputado **Guilherme Menezes** teria dois Projetos apensados, o que poderia resultar na definição de novo relator e no reinício de todo o processo de discussão da EC nº 29. Disse também que a Secretaria-Executiva foi questionada sobre a utilização de recursos da saúde com transferência de renda unificada (Fome Zero). Sinalizou a importância de colocar à disposição de estados e municípios o quadro comparativo entre os Projetos de Lei dos Deputados **Guilherme Menezes** e **Roberto Gouveia** e a Resolução nº 322 do CNS, privilegiando o novo cenário de possíveis mudanças na Comissão de Seguridade Social que reordenariam o processo de debate sobre a EC nº 29. Nessa linha, ressaltou ser de fundamental importância mobilização da Plenária de Conselhos a fim de garantir o processo de debate da EC nº 29, conforme Projeto do Deputado **Guilherme Menezes**. Professor **Elias Antônio Jorge** esclareceu, a princípio, que há onze anos o CNS recebia, mensalmente, prestação de contas do Ministério da Saúde. Lembrou que o Projeto do Deputado **Guilherme Menezes** foi construído a partir da mobilização do conjunto de atores que elaboraram o documento “Parâmetros Consensuais para Implementação da Emenda”, em um processo coordenado pelo CNS. Continuou esclarecendo que a partir do referido documento fora elaborada a Resolução nº 316, de 2002, que fora homologada na nova gestão do Ministério da Saúde com o nº 322, que manifesta a posição oficial do CNS sobre a EC nº 29. Ressaltou que, após análise, a COFIN verificou que as diretrizes da Resolução nº 322 estavam contempladas no Projeto do Deputado **Guilherme Menezes**, além de outras questões. Disse que o Projeto apresentado pelo Deputado **Geraldo Rezende** não atrapalharia o Projeto do Deputado **Guilherme Menezes**, considerando que contemplava as diretrizes da Resolução nº 322. Ressaltou também que o Projeto do Deputado **Rafael Guerra** apresentava como proposta de fonte de arrecadação o percentual de 2,5% do PIB, que correspondia a R\$ 40 milhões, valor que se aproximava do total aprovado pela 12ª Conferência Nacional da Saúde. Ressaltou a importância de o Projeto do Deputado **Guilherme Menezes** ser incluído na pauta de discussão da Comissão de Seguridade Social, considerando que os dois Projetos apensos não apresentariam mudanças significativas. Chamou a atenção para a necessidade de ampla articulação nacional para garantir a aprovação da regulamentação da EC nº 29. Ressaltou que participara do processo de debate sobre a regulamentação da Emenda como representante do CNS na Câmara Técnica do SIOPS. No entanto, disse que seria necessário indicar novo representante do CNS para participar da Câmara, considerando que atualmente participava da mesma como diretor de economia da saúde. Informou que o Deputado **Guilherme Menezes** estaria presente no segundo dia de reunião do Conselho e, nesse sentido, destacou a necessidade de o CNS resguardar o seu direito de acompanhar o Projeto. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou a necessidade de o Ministério recompor o total de R\$ 595 milhões que faltou para cumprir a EC nº 29, em 2003. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** chamou a atenção para o não cumprimento da EC nº 29, pelo Ministério da Saúde, a partir de 2000, o que gerava um déficit em relação à aplicação do valor empenhado. Acrescentou que se apontava para aplicação de recursos adicionais no Orçamento de 2004 para recompor o recurso não executado em 2003, o que gerava a expectativa de cumprimento da Emenda em 2004 e recomposição do valor não executado em 2003, caso houvesse a execução do orçamento previsto para 2004. Nesse sentido, destacou que uma das prioridades de trabalho do CNS deveria ser o acompanhamento da execução orçamentária do Ministério da Saúde em 2004, com análise mensal da execução orçamentária dos Projetos do Ministério. Professor **Elias Antônio Jorge** explicou que a Emenda definia valor mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde. Acrescentou, ainda, que a Resolução nº 322 definia que, caso houvesse descumprimento da Emenda, o valor deveria ser recomposto no ano seguinte. Nesse sentido, disse que havia a hipótese de cumprimento do orçamento 2004 e a recomposição do orçamento de 2003 (total de R\$ 563 milhões). Falou sobre a proposta da COFIN, que foi contemplada no Projeto do Deputado **Guilherme Menezes**, de que somente poderiam ser considerados para efeito de cumprimento da Emenda os restos a pagar cujo dinheiro fosse aplicado no Fundo de Saúde. Ressaltou que o orçamento previsto para 2004 cobriria o mínimo previsto pela Emenda e a defasagem em relação ao orçamento de 2003. Nesse sentido, ressaltou a importância de acompanhamento da execução orçamentária do Ministério da Saúde, convocando os responsáveis pelos Programas com baixa execução a prestarem esclarecimentos. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que na Reunião Ordinária do mês de março de 2004, foi definido que seria publicada emenda esclarecendo sobre o não cumprimento da Emenda por parte do Ministério da Saúde em 2003 e que o montante de R\$ 598 milhões seria recomposto no orçamento de 2004. Dessa forma, disse que seria necessário acompanhar

a execução orçamentária do Ministério da Saúde, a fim de verificar a recomposição do montante de R\$ 598 milhões. Além disso, lembrou que, na Deliberação do CNS nº 001, de agosto de 2003, o Plenário decidiu renegociar o montante relativo ao descumprimento da EC nº 29 em 2000, 2001 e 2002. Disse que seria necessária a participação dos responsáveis pelos Programas do Ministério da Saúde com baixa execução orçamentária nas reuniões da COFIN para prestação de esclarecimentos sobre a questão. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** informou que a COFIN iria recuperar a Deliberação do CNS nº 001, de agosto de 2003, e solicitaria informações ao Ministério da Saúde sobre os encaminhamentos dados. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** destacou que o encaminhamento para a questão da EC nº 29 seria acompanhar a execução orçamentária do Ministério da Saúde de 2004 e convidar os técnicos do Ministério da Saúde responsáveis por Programas do Ministério da Saúde com baixa execução orçamentária para participar da próxima reunião da COFIN e prestar esclarecimentos. **Os relatórios das reuniões da COFIN foram aprovados.** Definido esse ponto, sugeriu que o Plenário iniciasse o debate sobre a programação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Conselheiro **Gerônimo Paludo** apresentou proposta de programação para a Plenária de Conselhos, a realizar-se nos dias 12 e 13 de maio de 2004, sendo: *Dia 12 de maio*: Local: Auditório Petrônio Portela, Senado Federal, Anexo II, Térreo, Brasília, Distrito Federal. 10h – Abertura. 10h – Painel “Conjuntura Econômico-social e os desafios para regulação da EC nº 29”. *Expositores*: Professora **Clair Castilhos**; Professor **Elias Antônio Jorge** e Deputado **Guilherme Menezes**. 11h10min. - Leitura do documento “Manifesto em Defesa da Regulamentação da EC 29”. 11h15min – Debate/Fala dos parlamentares e Conselheiros. 14h30min – Concentração por Estados; 15h – Sensibilização dos Parlamentares (visita dos Conselheiros de Saúde aos Gabinetes dos Parlamentares). *Dia 13 de maio*: Auditório Parlamundi - SGAS 915 - Lotes 75/76 - Parlamento Mundial da Fraternidade Ecumênica (Templo da Boa Vontade), Salão 2ª Subsolo – Brasília, Distrito Federal. 9h – Avaliação das atividades do dia anterior; Construção de Agenda Nacional de Mobilização pela Regulamentação da EC nº 29. 10h: Organização e Funcionamento da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Item 09 – Encerramento. **Após contribuições dos Conselheiros, a proposta de programação para o dia 12 de maio de 2004 foi aprovada, com uma abstenção.** Definida a dinâmica da Plenária concernente ao dia 12 de maio de 2004, Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** convidou a representante da Plenária de Conselhos de Saúde, **Wanderly Machado**, para apresentar proposta de “Manifesto em Defesa da Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29”. A representante da Plenária de Conselhos de Saúde, **Wanderly Machado**, explicou que a proposta de “Manifesto em Defesa da Regulamentação EC nº 29” apresentava um histórico sobre o financiamento para o SUS a partir dos seguintes eixos: I. Recuperando a História: **a)** 1990 – Aprovação da Lei Orgânica da Saúde; **b)** 1993 – Apresentação do Projeto de Emenda Constitucional – PEC nº 169; **c)** 13/09/00 – Promulgação da Emenda Constitucional – EC nº 29. II. Por que a EC nº 29 ainda precisa de regulamentação?. II. Princípios que defendemos para regulamentação da EC nº 29: Integralidade, Integridade, Gerência (mecanismos de fiscalização, avaliação e controle) e Controle Social. III. Definição de percentuais nas três esferas de Governo. IV. Quais os critérios de transferência de recursos da União para Estados, Distrito Federal e Municípios? V. O que são ações e serviços de saúde? e VI. Quais as condições para um gerenciamento adequado e passível de avaliação, fiscalização e controle? Destacou que a proposta era distribuir o documento na Plenária, a fim de inserir novos Conselheiros na discussão sobre a EC nº 29. Esclareceu que se optou por elaborar um manifesto por ser a forma de documento historicamente utilizado para manifestação nas Plenárias de Conselhos. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu que fosse incluído item esclarecendo que as Fontes da Seguridade Social eram as que alimentam as fontes da saúde. Destacou também a necessidade de explicitar no item da promulgação da EC nº 29 a intensa participação dos Conselhos de Saúde no processo de promulgação da Emenda. Sugeriu, ainda, a inclusão da palavra “mínimos” no item que trata da definição de percentuais nas três esferas de Governo. Por fim, propôs que o texto fosse melhor formato. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu, em virtude do avançar da hora, que o Plenário apresentasse as contribuições ao Manifesto para a representante da Plenária de Conselhos de Saúde, **Wanderly Machado**. O Plenário acatou a proposta e decidiu concluir a discussão sobre o Manifesto e a dinâmica do dia de 13 de maio de 2004 no segundo dia de reunião. No segundo dia de reunião, foi retomado o debate da dinâmica de trabalho da Plenária para o dia de 13 de maio de 2004. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que, foram distribuídos aos Conselheiros os dois documentos que serviriam de subsídio para os debates do segundo dia de Plenária, sendo: documento da Plenária de Conselhos, que apresenta trajetória histórica das Plenárias de Conselhos de Saúde já realizadas; e documento com as decisões da XI Plenária de Conselho sobre a organização e funcionamento da Plenária. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** enfatizou que seria necessário elaborar documento com explicações sobre o processo de conclusão da 12ª Conferência Nacional da Saúde para ser distribuído na Plenária, esclarecendo que a responsabilidade pela não conclusão do relatório não era do CNS. Conselheira **Zilda Arns Neumann** ressaltou a importância de garantir que os parlamentares tivessem na Plenária, precedência na fala. A Secretária-

Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, esclareceu que seria combinado com os participantes da Plenária que os parlamentares tivessem precedência na fala. Disse, ainda, que a equipe técnica do Ministério da Saúde apresentaria informe sobre a conclusão do relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde. **Feitas essas considerações, o Plenário aprovou a proposta de programação para o dia de 13 de maio de 2004.** Em seguida, foram feitas indicações de nomes para coordenar os pontos da pauta da Plenária. **Após a indicação dos nomes para coordenar os trabalhos, a programação da Plenária foi aprovada nos seguintes termos:** *Dia 12 de maio:* Local: Auditório Petrônio Portela, Senado Federal, Anexo II, Térreo, Brasília, Distrito Federal. 10h – Abertura. 10h – Painel “Conjuntura Econômico-social e os desafios para regulação da EC nº 29”. *Expositores:* Professora **Clair Castilhos**; Professor **Elias Antônio Jorge** e Deputado **Guilherme Menezes**. (será aberta a palavra para os parlamentares presentes). 11h10min – Leitura do documento “Manifesto em Defesa da Regulamentação da EC 29”. 11h15min – Debate – Fala dos parlamentares e manifestação livre do Plenário. Os trabalhos da manhã serão coordenados pelos Conselheiros **Júlia Maria dos Santos Roland** e **Eni Carajá Filho**; e dois representantes da Plenária de Conselhos. 14h30 min – Concentração por Estados. 15h – Sensibilização dos Parlamentares (visita dos Conselheiros de Saúde aos Gabinetes dos Parlamentares). *Dia 13 de maio:* Auditório Parlamundi - SGAS 915 - Lotes 75/76 - Parlamento Mundial da Fraternidade Ecumênica (Templo da Boa Vontade), Salão 2ª Subsolo – Brasília, Distrito Federal. 9h – Avaliação das atividades do dia anterior - Construção de Agenda Nacional de Mobilização pela Regulamentação da EC nº 29. 10h – Organização e Funcionamento da Plenária Nacional de Conselhos (a pauta será definida pelo CNS). Item 09 – Encerramento. Os trabalhos do segundo dia da Plenária serão coordenados pelos Conselheiros **Francisco Batista Júnior** e **Jesus Francisco Garcia** e dois representantes da Plenária. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** destacou que seria necessário definir documento com uma estrutura de composição da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde para subsidiar o debate sobre organização e funcionamento da Plenária. Além disso, lembrou que foi constituído grupo na última reunião do CNS para apresentar diretrizes para o processo eleitoral da Plenária de Conselhos. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que, em virtude do curto espaço de tempo entre a reunião ordinária do CNS de abril e a do mês de maio, o grupo constituído para apresentar diretrizes para o processo eleitoral da Plenária não conseguiu elaborar proposta para apresentar ao Plenário. Por essa razão, decidiu-se por retomar as decisões da XI Plenária de Conselhos sobre a organização e funcionamento da Plenária para subsidiar o debate. Acrescentou que a idéia era realizar Plenária até o final de 2004 para eleger a nova coordenação. Conselheiro **Eni Carajá Filho** ressaltou que a Plenária que ocorreria na semana seguinte foi convocada extraordinariamente para discutir, *a priori*, a Emenda Constitucional nº 29 e iniciar o debate das diretrizes para o processo eleitoral da Plenária que ocorreria no mês de novembro de 2004. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** sugeriu que fosse aberto debate sobre a composição da Plenária de Conselhos, a fim de definir propostas de composição a serem apresentadas na Plenária. Conselheiro a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que para discutir o processo de composição da Plenária de Conselhos seria necessário suspender o debate do item 05 relativo a regulamentação das Comissões e GTs do CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** ressaltou que o processo de regulamentação das Comissões e GTs do CNS tem gerado conflitos nos estados. Desse modo, defendeu a manutenção do item relativo a regulamentação das Comissões e GTs do CNS. Além disso, sinalizou que seria necessário elaborar documento explicando sobre o processo de reformulação das Comissões do CNS para ser divulgado. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que o CNS não se manifestou a respeito do processo de regulamentação das suas Comissões, pois o processo de reformulação estava em debate. Nessa linha, sugeriu que os documentos relativos ao processo de reformulação das Comissões do CNS não fossem divulgados às entidades, pois eram preliminares e estavam em fase de discussão. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** sugeriu que fosse definida proposta de composição da Plenária de Conselhos, para ser apresentada na Plenária, com vistas a deflagrar o processo de debate sobre a eleição da nova coordenação. **O Plenário endossou o encaminhamento apresentado pela Conselheira Rosane Maria Nascimento da Silva. Os Conselheiros Eni Carajá Filho e Rozângela Fernandes Camapum deverão elaborar documento de sistematização das propostas existentes de composição das Coordenações da Plenária de Conselhos para ser distribuído aos participantes da Plenária.** Concluída essa questão, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou como novo membro do Conselho o Secretário Municipal de Saúde de Campina Grande/SP, **André Luiz B. de Carvalho**. Em seguida, iniciou o debate do item 05 da pauta. **ITEM 05 – GT DE REGULAMENTAÇÃO DAS COMISSÕES E GTs DO CNS** – Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** iniciou sua apresentação lembrando que na 141ª Reunião, realizada no dias 14 e 15 de abril, o Plenário aprovou o novo formato das Comissões do CNS e a criação de GT para definir proposta de regulamentação para o funcionamento das Comissões de Promoção e Atenção à Saúde e de Articulação, Informação e Controle Social. Nesse sentido, informou que foi realizada reunião do GT no dia 29 de abril de 2004 da qual participaram Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**, Conselheiro

Francisco Batista Júnior, Conselheira Gysélle Saddi Tannous, Eliane Aparecida Cruz e Lúcia Maria Costa Figueiredo. Explicou que na reunião foi elaborada proposta, com base nos considerandos do Plenário apresentados na reunião 141ª/CNS, para então iniciar o debate sobre a regulamentação para o funcionamento das Comissões e GTs do CNS. Feitas essas considerações iniciais, passou a apresentar as propostas do GT. Destacou, a princípio, os eixos temáticos de competência da Comissão de Promoção e Atenção à Saúde, a saber: **1. DST/AIDS; 2. Saúde Bucal; 3. Saúde da Mulher; 4. Saúde Mental; 5. Saúde do Campo; 6. Saúde Suplementar; 7. Saúde do Negro; 8. Saúde da Criança e do Adolescente; 9. Saúde dos Idosos; 10. Eliminação da Hanseníase; 11. Portadores de Deficiência e Patologia; e 12. Redução do Trauma e Violência.** Explicou que a proposta era incluir o eixo temático Assistência Farmacêutica na Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia. Lembrou que as Comissões eram assessoras do Plenário, desse modo, as suas pautas (agenda) deveriam sempre ser definidas pelo Plenário do CNS. Nessa linha, apresentou alguns objetivos da Comissão de Promoção e Atenção à Saúde, sendo: **1. Articular as temáticas transversais relativas à promoção e atenção à saúde, buscando assegurar os princípios da intersetorialidade e a integralidade do SUS; 2. Acompanhar a implementação das Políticas Nacionais de Saúde pelo Ministério da Saúde, reportando-se ao CNS para informes periódicos sobre as mesmas; e 3. Propor ao Plenário do CNS que delibere sobre questões referentes às diversas temáticas de sua competência.** No que diz respeito à periodicidade de reuniões, explicou que a sugestão era de que a Comissão de Promoção e Atenção à Saúde se reunisse a cada dois meses. Nesse ponto, apresentou a proposta de transformar as antigas Comissões em Grupos de Apoio Temático que teriam como propósito subsidiar pautas e referências técnicas para a Comissão de Promoção e Atenção à Saúde. Acrescentou que os Grupos Temáticos deveriam reunir-se a cada quatro meses, de forma intercalada, a fim de evitar que todos se reunissem no mesmo mês, ou extraordinariamente, por solicitação do Plenário. Com relação ao número de integrantes, explicou que a proposta era que a Comissão de Promoção e Atenção à Saúde tivesse doze membros. Já os Grupos de Apoio Temático deveriam ter 6 (seis) membros, exceto aqueles responsáveis pelos eixos temáticos Saúde da Mulher e Saúde Mental que teriam 9 (nove) membros. Sobre a composição, disse que a Comissão e os Grupos de Apoio deveriam ter representantes de todos os segmentos que compõem o CNS (usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços), no entanto, não seria obrigatório o critério da paridade. Comentou também sobre a coordenação e coordenação adjunta da Comissão e dos Grupos de Apoio, explicando que a proposta era que somente Conselheiro, indicado pelo Plenário, poderia ser coordenador de Comissão, por um período máximo de dois anos ou, em caso de solicitação, por período inferior a esse. Ressaltou que o grupo também propôs a criação da relatoria e relatoria adjunta da Comissão e dos Grupos de Apoio Temático, a fim de garantir registro político dos debates das Comissões e dos Grupos. Enfatizou que o relator das Comissões e dos Grupos de Apoio deveria ser Conselheiro indicado por um período máximo de dois anos ou, em caso de solicitação da Comissão, por período inferior a esse. Referiu que os Conselheiros não deveriam coordenar mais de uma Comissão ou Grupos de Apoio por vez, a fim de não sobrecarregar os membros do CNS. No que se refere às funções, explicou que a Coordenação ou, na ausência desta, a Coordenação Adjunta, seriam responsáveis por: **1. Convocar as reuniões por escrito com a proposta de pauta; 2. Solicitar o material de apoio à pauta; 3. Coordenar as reuniões; 4. Representar a Comissão sempre que o Pleno do CNS determinar; e 5. Apresentar o calendário de reuniões e o Plano de Trabalho para aprovação pelo Plenário.** Com referência à Relatoria ou da Relatoria Adjunta, na ausência da primeira, explicou que seria responsável por preparar e apresentar ao Plenário informes sobre o andamento da Comissão que seriam divulgados nos meios de comunicação do CNS, após aprovação do Plenário. Sobre a Comissão de Articulação, Informação e Controle Social, destacou, a princípio, os eixos temáticos de sua competência, sendo: **1. Capacitação de Conselheiros; 2. Normatização; 3. Regimento Interno (proposta-estatuto eleitoral); 4. Coordenação Geral – CCG; 5. Comunicação Social; e 6. Coordenadores do CNS na Plenária de Conselho de Saúde.** Explicou que a Comissão deveria se reunir mensalmente. Além disso, disse que a proposta era constituir dois Grupos de Apoio Temático para a Comissão, sendo: **1. Comunicação Social: composto por 6 (seis) membros e com reuniões mensais; e 2. Comissão de Coordenação Geral – CCG: paritária, devendo optar-se por um modelo de composição: quatro membros: deverá ter suplência; e oito membros: não deverá ter suplência.** Nesse ponto, destacou que seria necessário definir as atribuições da CCG. Disse, ainda, que deveriam ser criados Grupos de Apoio Temporários para tratar sobre os temas: **1. Regimento Interno (suspensão até a nova gestão do CNS); 2. Normatização – Revisão Normativa da Tripartite – CIT e outros. Prazo de funcionamento: até agosto de 2004; 3. Estatuto Eleitoral (a ser elaborado). Prazo: até agosto de 2004; e 4. OSCIPS. Prazo de funcionamento: até maio de 2004.** No que diz respeito às Comissões instituídas pela Lei nº 8.080/90, apresentou as seguintes propostas do Grupo: **a) que as Comissões apresentassem os seus Planos de Trabalho até julho de 2004; b) que as reuniões da CONEP e da COFIN fossem mensais; c) que fosse instalada a Comissão de Vigilância Sanitária (CIVS), conforme proposta; d) que as reuniões das Comissões fossem**

trimestrais, com reuniões extraordinárias aprovadas pelo plenário, quando necessário; e e) que fossem revistas coordenações e relatoria das Comissões sem coordenação e relatoria. Disse que proposta era de que o processo de transição das Comissões atuais fosse feito até março de 2005. Por fim, destacou que a proposta apresentada pelo Grupo era preliminar e estava aberta a contribuições. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que o Grupo teve dúvida sobre onde deveria ser contemplado o eixo temático assistência farmacêutica. Contudo, destacou que, após a apresentação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a proposta era incluir o Grupo Temático de Assistência Farmacêutica na Comissão de Promoção e Atenção à Saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** propôs que o prazo máximo para a transição das Comissões fosse de dois meses, após definição do processo de regulamentação. Ressaltou também que as pautas da Comissão de Promoção e Atenção à Saúde não deveriam ser definidas sempre pelo Plenário, mas sim, prioritariamente, de forma a garantir a proposição de temas a serem discutidos, por parte da Comissão. Além disso, sugeriu que as reuniões da Comissão de Promoção e Atenção à Saúde fossem mensais, em virtude do grande número de temas de sua competência. Defendeu, ainda, que as Comissões de Promoção e Atenção à Saúde e de Articulação, Informação e Controle Social fossem compostas somente por Conselheiros. Já as Comissões definidas pela Lei nº 8.080/90 e os Grupos de Apoio poderiam ser compostos por membros que não fossem Conselheiros. Por fim, lembrou que o Regimento Interno do CNS e o Estatuto Eleitoral eram pontos de discussão prioritários. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** discordou do prazo proposto para a transição das Comissões, por entender que era muito extenso. Endossou, ainda, a proposta de a Comissão de Promoção e Atenção à Saúde ser composta apenas por Conselheiros e de as suas reuniões serem mensais. Concordeu com a sugestão de o eixo temático Assistência Farmacêutica ser incluído na Comissão de Promoção e Atenção à Saúde. Por fim, sugeriu que as reuniões dos Grupos de Apoio Temático fossem trimestrais. Conselheira **Zilda Arns Neumann** disse que as Comissões deveriam ter autonomia para definir os seus respectivos calendários de reunião e planos de trabalho, no entanto, deveriam submetê-los à apreciação e aprovação do Plenário do CNS. Além disso, discordou do prazo máximo de dois anos para que um Conselheiro ficasse na coordenação de uma Comissão. Na sua opinião, o período de coordenação deveria ser de dois anos prorrogáveis por igual período, caso Plenário assim entendesse. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** defendeu que o eixo temático Assistência Farmacêutica fosse incluído na Comissão de Promoção e Atenção à Saúde, de forma a garantir o debate do tema na perspectiva da integralidade da saúde. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** sugeriu que as Comissões elaborassem propostas de planos de trabalho e calendários de reuniões para subsidiarem a definição da periodicidade das reuniões das Comissões, por parte do Plenário ou da Secretaria-Executiva do CNS. Propôs que o GT definisse critérios para definição de número mínimo e máximo de integrantes das Comissões. Defendeu, ainda, que o mandato dos Conselheiros coordenadores de Comissões fosse de dois anos, podendo ser prorrogável, conforme decisão do Plenário. Ressaltou, ainda, a necessidade de o GT de Regimento Interno do CNS reiniciar o debate sobre o Regimento que balizaria as eleições do CNS que ocorreria em fevereiro de 2005. Discordou da proposta de constituir GT para definir Regimento Eleitoral do CNS, considerando que as escolhas dos representantes para compor o Conselho eram feitas em fóruns específicos. Conselheiro **Moisés Goldbaum** endossou a proposta de incluir o tema Assistência Farmacêutica na Comissão de Promoção e Atenção à Saúde, entretanto, ponderou que seria importante não subordiná-lo a eixos temáticos. Pediu maiores esclarecimentos sobre as atribuições das Comissões Permanentes e Comissões Assessoras, destacando a necessidade de o trabalho das mesmas ser intersetorial e transversal. Propôs que a nomenclatura “saúde do negro” fosse substituída por “saúde da etnia negra”. Por fim, solicitou que o prazo para a apresentação do Plano de Trabalho das Comissões (junho de 2004) fosse estendido, considerando a impossibilidade da apresentação do Plano da CICT no prazo definido, em virtude do processo de realização da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o eixo temático “Saúde do Negro” fosse substituído por “Saúde da População Negra”, em virtude de esta ser a nomenclatura utilizada pelo Ministério da Saúde. Propôs que o período de transição para as Comissões fosse de noventa dias. Falou sobre a composição da CCG, sugerindo que a Comissão fosse composta por quatro membros titulares e quatro suplências por segmento. Por fim, chamou a atenção para a necessidade de priorizar o debate da questão da OSCIPS no CNS. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** destacou que seria necessário definir o funcionamento do CNS para, em seguida, definir o funcionamento das suas Comissões. Mostrou preocupação com as pautas do CNS, na maioria das vezes, voltadas a assuntos emergenciais e questões pontuais, sem uma programação para isso. Discordou da inclusão da CCG na Comissão de Articulação, Informação e Controle Social, por compreender que a CCG era a própria gestão do CNS e não uma Comissão. Conselheira **Gilca Ribeiro Starling Diniz** ponderou se a nova proposta de modelo das Comissões do CNS era inovadora no sentido de favorecer a articulação das Comissões com o Plenário do CNS. Sugeriu que as atuais Comissões apontassem os eixos essenciais a serem discutidos no âmbito da Comissão de Promoção e Atenção à Saúde. Conselheira **Silvia Marques Dantas**

Oliveira mostrou preocupação concernente ao novo modelo das Comissões, por entender que poderia criar uma estrutura hierarquizada e burocrática no que diz respeito aos eixos temáticos. Nesse sentido, pediu maiores esclarecimentos sobre as competências e atribuições da Comissão de Promoção e Atenção à Saúde. Conselheira **Zilda Arns Neumann** chamou a atenção para a importância de as Comissões do CNS trabalharem de forma intersetorial e articulada. Por outro lado, ressaltou que o formato apresentado para as Comissões era confuso e precisava ser debatido com mais profundidade. Defendeu, ainda, que a Comissão de Ciência e Tecnologia fosse a responsável por discutir o eixo Assistência Farmacêutica. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que a proposta de novo formato das Conferências foi definida no Seminário do CNS sobre Comissões e GTs com o propósito de possibilitar ao CNS o exercício da sua prerrogativa de atuar na formulação da Política de Saúde. Ressaltou que, em um segundo momento, as Comissões teriam a função de acompanhar a execução das Políticas e oferecer subsídios para atuação do Pleno. Nessa ótica, disse que a periodicidade das reuniões e a composição das Comissões se dariam a partir da definição de planos de trabalho. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** destacou que seria necessário estabelecer diretrizes de trabalho e limites para atuação das Comissões. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** manifestou preocupação com o número de eixos temáticos a serem tratados pela Comissão de Promoção e Atenção à Saúde e com a falta de critérios para definir a sua composição. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou que a apresentação dos informes das Comissões ao Plenário do CNS poderia contribuir para a articulação do papel das Comissões com o CNS. Por outro lado, lembrou que as Comissões não poderiam funcionar com total autonomia em relação ao Conselho, de forma a criar um “conselho paralelo”. Informou que o Orçamento do CNS para 2004 era de R\$ 3,9 milhões e parte desse total seria dedicada à contratação de consultores para prestar assessoria jurídica, de orçamento e finanças. Disse que na semana anterior, o CNS foi acionado judicialmente a respeito de projetos apresentados a CONEP que não foram aprovados. Esclareceu também que a proposta do GT não era definir um Regimento Eleitoral para o CNS, mas sim um Estatuto Eleitoral para ordenar a questão dos segmentos que compõem o CNS. A propósito da composição das Comissões, disse que deveria ser analisada e discutida caso a caso. Chamou a atenção, ainda, para a necessidade de discutir o papel da CCG, de forma que pudesse contribuir para um melhor encaminhamento das deliberações do Pleno. Disse que o Plenário teria de definir encaminhamento para a solicitação de indicação de membros do CNS para participar das Comissões do Ministério da Saúde. Sinalizou, ainda, a importância de definir o calendário de reunião das Comissões, considerando as dificuldades da Secretaria-Executiva em emitir as passagens dos Conselheiros e encontrar local para as reuniões das Comissões. Conselheiro **André Luiz Bonifácio de Carvalho** ressaltou que as Comissões do CNS deveriam ser definidas a partir das diretrizes do Plano Nacional de Saúde. Nesse sentido, ponderou se o novo formato das Conferências permitiria o acompanhamento da implementação do Plano. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou, a princípio, que a proposta apresentada de funcionamento das Comissões estava em processo de construção, assim, poderia ser modificada, caso o Plenário assim entendesse. Explicou que o GT foi constituído para começar a planejar as ações do Controle Social, apesar das dificuldades enfrentadas como, por exemplo, assuntos emergenciais e pontuais que surgiam na pauta de discussão do CNS e necessitavam de respostas imediatas. Disse que o formato das Comissões apresentado foi definido a partir dos dispositivos do Regimento Interno do CNS e das propostas apresentadas no Seminário do CNS sobre as Comissões. Acrescentou que a proposta de novo formato das Comissões buscava desburocratizar a estrutura do CNS e garantir que as Comissões tivessem o papel de assessorar o CNS. Ressaltou também que a periodicidade das reuniões das Comissões seria definida a partir das demandas. Além disso, destacou que as antigas Comissões deveriam apresentar sugestões de pauta para as novas Comissões. Explicou que, ao propor um período de transição, o GT buscou definir que até março de 2005 as Comissões deveriam se adequar ao novo formato. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** lembrou que a proposta de funcionamento apresentada pelo GT foi elaborada a partir da nova estrutura das Comissões aprovada na última reunião do CNS. Explicou que as Comissões também seriam responsáveis por tratar de demandas urgentes que por ventura surgissem. Ressaltou a importância de o Plenário tomar conhecimento dos trabalhos desenvolvidos pelas Comissões, a fim de transformá-los em resoluções do CNS. A propósito das pautas de discussão das Comissões, explicou que seria definida a partir das demandas do CNS e dos segmentos que compõem a Comissão. Afirmou que algumas das contribuições apresentadas seriam facilmente assimiladas pelo GT. Por fim, enfatizou que o Plenário do CNS era o centro de debate e a partir dele as questões seriam encaminhadas para Comissões e GTs apropriados. A representante da Secretaria-Executiva, **Lúcia Maria Costa Figueiredo**, destacou que o Plenário levantou questões basilares que precisavam ser definidas para facilitar e otimizar o trabalho do Plenário do CNS e da Secretaria-Executiva, a exemplo das diretrizes de trabalho das Comissões, composição e periodicidade das reuniões. **A propósito do item, foi definido o seguinte encaminhamento: o GT irá rever a proposta de regulamentação apresentada, a partir das contribuições do Plenário, e apresentará nova proposta na**

Reunião Ordinária de junho de 2004. ITEM 06 – INFORMES E INDICAÇÕES – Informes: I. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde, conforme informado pelo Ofício Circular CONASS nº 31/2004, está implantando uma nova política de comunicação social, que apresenta, entre outros, dois novos produtos: o CONSENSUS (Jornal do CONASS) e o CONASS DOCUMENTA (veículo de informação técnica). No primeiro número deste último, foi publicado o resultado do estudo *Estruturação da Área de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal*, resultado de cooperação técnica entre o CONASS, a OPAS e o Ministério da Saúde. II. Encontra-se à disposição do CNS, para conhecimento e consulta, um exemplar do Plano Municipal de Saúde – Gestão 2001/2004, da Secretaria de Saúde de Goiânia. III. Ofício 047/2004 da STV – Sociedade Terra Viva - RN, que solicita providências cabíveis do CNS, no sentido de atender à solicitação de prestação de contas do Programa Estadual de DST/AIDS/RN, relativas ao carnaval/2004. Apesar da solicitação ter sido apresentada à Comissão Estadual de AIDS, a STV não obteve resposta. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, membro do Conselho de Saúde do Rio Grande do Norte, informou que o Conselho não tinha conhecimento da solicitação da Sociedade Terra Vida. Nesse sentido, solicitou que o Ofício fosse encaminhado ao Conselho de Saúde do Rio Grande do Norte. Acrescentou que o Programa Estadual de DST/AIDS/RN foi discutido e aprovado pelo Conselho. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** informou que representantes do Programa Nacional de AIDS estavam tentando intermediar a questão. **Foi acordado que a solicitação seria encaminhada ao Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte.** IV. Informe PAFCS – Foi distribuído informe do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS, da Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde (SGTES/DEGES/MS), com balanço da capacitação por região até 31 de março de 2004. **Será realizada reunião do Comitê em maio para realizar o balanço final do Programa. Após essa reunião, o tema será pautado para debate no CNS.** V. Informe da Comissão Intergestores Tripartite – CIT – foi distribuído Resumo Executivo da Reunião Ordinária da CIT, realizada no dia 18 de março de 2004. VI. ADIn nº 2999 – foi distribuído posicionamento da Procuradoria-Geral da República explicitado no expediente Nº 025/2003 – VPGR-AF, com relação à Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2.999-1/600. A ADIn continua na pauta de discussão do STF e, provavelmente, será discutida no mês de maio de 2004. VII. Revogação da Portaria MS nº 1.469/2000 – foi apresentado informe do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, sobre a revogação da Portaria MS nº 1.469, de 29 de dezembro de 2000, pela Portaria MS nº 518, de 25 de março de 2004. A Portaria nº 1.469/2000 foi revogada por motivo de mudança de competência do antigo Centro Nacional de Epidemiologia – Cenepi ligado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, criada pelo Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003. A Portaria MS nº 518/2004, em seu artigo 5º, estabelece a competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria. Fica estabelecido, em seu artigo 2º, o prazo máximo de 12 meses, contados a partir da publicação, para que as instituições ou órgãos aos quais esta Norma se aplica, promovam as adequações necessárias a seu cumprimento, no que se refere ao tratamento por filtração de água para consumo humano suprida por manancial superficial e distribuída por meio de canalização e da obrigação do monitoramento de cianobactérias e cianotoxinas. **O tema será encaminhado à discussão da CISAMA/CNS.** VIII. Proibição de visitas técnicas de representantes de laboratórios farmacêuticos aos cirurgiões-dentistas – foi distribuída cópia da correspondência eletrônica do Dr. **Rubens Domingues** referente ao assunto, recebida pela conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**. **O tema será encaminhado à análise da CIRH/CNS.** IX. A coordenação do Fórum dos Trabalhadores em Saúde do Mato Grosso do Sul comunicou ao CNS a publicação do Decreto nº 11.582/2004, que regulamenta o Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul – CES/MS e “mutila” o Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde, medida considerada unilateral. Informa que o CES/MS, em reunião extraordinária realizada no dia 16 de abril de 2004, deliberou pela suspensão de todas as suas atividades até que o governador revogue o referido Decreto. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que o Secretário de Saúde do Mato Grosso do Sul esteve no CNS e apresentou o Decreto à Secretaria-Executiva do CNS, solicitando que fosse definida Comissão do Conselho para ir até o Estado e buscar alternativas para resolver o impasse. Ressaltou que a posição atual dos Fóruns dos Trabalhadores e Fórum dos Usuários que compõem o Conselho Estadual era de que as negociações seriam iniciadas somente após a revogação do Decreto. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que o primeiro passo para resolver o impasse seria ouvir os segmentos envolvidos para, em seguida, buscar negociação política. Sugeriu que o CNS solicitasse reunião com os membros do Conselho Estadual para ouvir as posições dos segmentos envolvidos e, em seguida, posicionar-se. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que as reuniões do Conselho Estadual estavam suspensas. O Conselheiro do CES/MS, **Júlio César das Neves**, informou que os segmentos dos trabalhadores e parte do segmento dos prestadores de serviço do Conselho Estadual estavam à disposição para negociar o impasse. Nessa linha, endossou o encaminhamento de marcar reunião com os segmentos que compõem o Conselho. Senhor **Dilson**, da

SES/MS, ressaltou que os gestores estavam à disposição para rediscutir o Decreto. Nesse sentido, endossou o encaminhamento de marcar reunião com o CES/MS. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** mostrou preocupação com a possibilidade de CNS ter de resolver os vários conflitos dos Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais, o que inviabilizaria as suas atividades. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** endossou a fala do Conselheiro **Augusto Alves do Amorim**, destacando a necessidade de definir de dinâmica para acompanhar questões relativas a estados e municípios. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que não seria possível definir dinâmica única para tratar das questões dos estados, considerando a particularidade de cada situação. Acrescentou, ainda, que a dinâmica do CNS era auxiliar na mediação de conflitos nos estados e, no caso concernentes a municípios, buscava-se tratar da questão com o Conselho Estadual. Conselheira **Zilda Arns Neumann** lembrou que, conforme deliberação do Plenário, as demandas dos municípios seriam encaminhadas ao estado para serem resolvidas e, caso não houvesse solução, retornariam ao CNS. Aproveitou a oportunidade para sugerir à Secretaria-Executiva do CNS o resgate do documento que dispõe sobre os objetivos da Plenária de Conselhos. **O Plenário do CNS decidiu solicitar reunião com os membros do Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul para discutir a questão. Os Conselheiros Francisco Batista Júnior, Eni Carajá Filho e Clóvis A. Boufleur foram indicados para ir até o Estado do Mato Grosso do Sul e mediar o impasse.** Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** sugeriu que o grupo também discutisse estratégias para o tratamento de conflitos dos Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais, por parte do CNS. **X. 5º Fórum Eurolac (Europa, América Latina e Caribe) – Conselheiro Carlos Alberto Ebeling Duarte** apresentou informe sobre o Fórum, realizado de 14 a 16 de abril de 2004, em Recife, Pernambuco, que teve como tema “Melhoria do Desempenho dos Serviços de Saúde e Impactos no Setor Saúde”. Disse que o Fórum foi um encontro de gestores centrado na apresentação de experiências financiadas pelo Banco Mundial que tiveram êxito. Destacou que, em nenhum momento, houve espaço para abordagem do Controle Social. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** ressaltou que seria necessário programar a participação do Controle Social em fóruns internacionais para que se pudesse contribuir nos debates. Chamou a atenção para a intolerância dos gestores em relação ao Controle Social não só em reuniões internacionais, mas também do próprio do Ministério da Saúde. **XI. Informe do FENTAS – Conselheira Rozângela Fernandes Camapum** informou que o Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação reabriria a discussão sobre a abertura de cursos de tecnólogos na área da saúde sem a participação do CNS no processo. Destacou que a abertura de novos cursos contrariava a Resolução do CNS que determinava a suspensão da abertura de novos cursos por 180 dias e a deliberação do CNS contrária à abertura dos cursos de tecnólogos na área da saúde. Sugeriu que as questões fossem pautadas na próxima reunião do CNS, com a participação de representantes do Ministério da Educação. Conselheira **Gilca Ribeiro Starling Diniz** disse que o Ministério da Educação criaria Comissão para discutir os temas relacionados ao setor saúde, a fim de criar consensos. Nesse sentido, propôs que fosse realizada reunião de trabalho entre o FENTAS, a CONSIR e representantes do Ministério da Educação para discutir politicamente a questão da abertura de novos cursos. A Secretária-Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que fosse agendada reunião da CIRH/CNS, que possui representação do Ministério da Educação, para discutir a questão levantada. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** ressaltou a necessidade de o Ministério da Educação interromper a abertura de novos cursos para possibilitar o debate sobre a questão. Além disso, sugeriu que os convites para os eventos do Ministério da Saúde fossem apresentados com antecedência ao Plenário, a fim de facilitar a indicação de representantes. **O Plenário decidiu pautar o tema na próxima reunião do CNS e marcar reunião entre a CIRH e o Ministério da Educação para discutir a questão, antes da próxima reunião do Conselho. XXII. Informe sobre o Seminário de Experiências Internacionais – Internacional de Serviços Públicos – Conselheira Marisa Fúria** informou que no Seminário foram discutidas experiências dos sindicatos da Suécia, Alemanha e África do Sul em relação a serviços públicos. A Secretária-Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que o Seminário foi uma das atividades da Campanha da Internacional de Serviços Públicos em defesa dos serviços públicos. Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** ressaltou que o Seminário foi muito enriquecedor para a melhoria dos serviços públicos. **Foi acordado que seria distribuído informe do Seminário aos Conselheiros. Além disso, será oportunamente pautado debate sobre relações internacionais. XXIII.** Na próxima reunião do CNS será pautado debate sobre as deliberações do Ministério da Saúde. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** sugeriu que os convites para os eventos do Ministério da Saúde fossem apresentados com antecedência ao Plenário, a fim de facilitar a indicação de representantes. **XIV. Congresso Brasileiro de Prevenção de Transmissão Vertical e outras DSTs.** A Secretaria-Executiva formalizará a indicação do Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** para participar do Congresso. *Indicações:* I. 1º Fórum Nacional de Homeopatia – *A homeopatia que queremos implantar no SUS* – Data: 12 a 14 de maio. A programação do evento foi distribuída aos Conselheiros. No entanto, não foi indicado Conselheiro para participar do evento, considerando que o evento coincidia com a realização da Plenária de Conselhos. II. Projeto de

Descentralização do Sistema de Informação Hospitalar – Data: 12 de maio – Horário: 9 às 18h – Local: Auditório Emílio Ribas, no Ministério da Saúde. Evento promovido pela Secretaria de Atenção à Saúde e DATASUS. Não foi indicado Conselheiro para participar do evento, considerando que o evento coincidia com a realização da Plenária de Conselhos. III. Fórum de Discussão do Processo de Doação/Transplante no Brasil – Data: 13 a 15 de maio – Local: Academia de Tênis, em Brasília, DF. O evento tem como objetivo discutir e formular políticas relacionadas à doação/transplante no Brasil. *Indicação:* seis representantes do Fórum de Defesa das Pessoas Portadoras de Deficiência e Patologia, sendo três Conselheiros do CNS: **Neide Regina C. Barriguelli, Volmir Raimondi, Maria Irene M. Magalhães**. IV. Desafios para a Proteção Social em um contexto de iniquidade: uma proposta de pesquisa – Data: 20 de maio – Horário: 9h30 – Local: Auditório Emílio Ribas, no Ministério da Saúde. *Indicação:* Conselheiras **Marisa Fúria e Nildes de Oliveira Andrade**. V. II Seminário Internacional de Engenharia de Saúde Pública – Data: 1º a 03 de dezembro – Local: Goiânia, GO – A FUNASA convida o CNS a participar do Seminário e solicita a indicação de um representante do Conselho para compor o Comitê Organizador do evento. *Indicação:* Conselheira **Marisa Fúria**. **TEM 07 – CONFERÊNCIAS DE SAÚDE BUCAL E DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA – I. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal –** Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** apresentou questões discutidas e aprovadas na reunião da Comissão Organizadora e Executiva, realizada no dia 03 de maio de 2004, que precisariam ser homologadas pelo Plenário. A princípio, destacou as sugestões de nomes para compor os painéis dos Eixos Temáticos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, sendo: I. *Formação e Trabalho em Saúde Bucal:* **Júlio Baldiseroto** (Universidade Federal do RS); **José Carrijo Brom** (FIO); **Jesus Francisco Garcia** (CUT); **Gysélle Saddi Tannous** (Entidade Nacional dos Portadores de Deficiência e Patologia). II. *Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal:* **Leni Lúcia L. Nobre** (CONASEMS); **Francisco Batista Júnior** (CNTSS); **Eni Carajá Filho** (MORHAN); **Humberto Jacques Medeiros** (Procurador da República). III. *Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal:* **René José dos Santos** (CONASS); **Joaquim Guilherme Cerveira** (CFO); **Neide Regina C. Barriguelli** (FARBRA); **Fernando Luiz Eliotério** (CONAM). IV. *Educação e Construção da Cidadania:* **Dais Gonçalves Rocha** (Faculdade de Odontologia João Prudente – Anápolis); **Rogério Moreira Arcieri** (ABO); **Maria Leda de R. Dantas** (COBAP); e **Evanilde Maria Martins** (PUC – MG). **As indicações de nomes para compor os painéis foram aprovadas por unanimidade.** Em seguida, a Conselheira explicou que a relatoria da Comissão Organizadora, após análise do Regulamento, propôs a reformulação dos artigos 10, 12 e 19 do Regulamento da Conferência nos seguintes: **a)** artigo 10: reformulação da redação do artigo: “A mesa-diretora fará a leitura da parte relativa ao eixo temático do Documento-Referência (Documento Base acrescido do consolidado das propostas aprovadas nas Conferências Estaduais), específico da respectiva plenária.”; **b)** artigo 12: substituição do caput “Relatório Síntese” por Documento-Referência”; transformação do parágrafo único em § 1º; e inclusão do § 2º com a seguinte redação “§2º - Não será admitida a apresentação de propostas novas ao conjunto de propostas que compõem o Documento-Referência.”; e **c)** artigo 19: alteração da alínea b, que passaria a ter a seguinte redação “b) de acordo com o Art.16, para dar conhecimento aos delegados, as propostas aprovadas nas Plenárias Temáticas serão identificadas com negrito e sublinhado no Relatório-Síntese, e não serão lidas na Plenária Final”. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** lembrou que o CNS decidiu garantir a apresentação de novas propostas nas Plenárias Temáticas para que os delegados indicados que não participaram das Conferências Municipais e Estaduais pudessem apresentar propostas. Nesse sentido, discordou da proposta de inclusão do § 2º, no artigo 12, que não permitiria a apresentação de novas propostas em relação ao Documento-Referência. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** explicou que a proposta de inclusão do § 2º, no artigo 12, foi apresentada frente à preocupação da relatoria da Comissão de que a possibilidade de apresentação de novas propostas poderia resultar em um número excessivo de propostas, prejudicando o andamento da Conferência e inviabilizando a aprovação do relatório final, a exemplo do que ocorreu na 12ª Conferência. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** concordou com a proposta de não permitir a apresentação de novas propostas nas Plenárias Temáticas, por entender que estimularia a participação dos delegados nas etapas estaduais, municipais e regionais. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** endossou a proposta de não permitir a apresentação de novas propostas nas Plenárias Temáticas, a fim de incentivar o processo ascendente de construção de propostas. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** explicou que a proposta apresentada era ideal, entretanto, não seria aprovada pela Plenária da Conferência, o que complicaria a dinâmica da mesma. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** defendeu a apresentação de novas propostas na etapa nacional, considerando que seria o espaço para a discussão da saúde bucal em âmbito nacional. Conselheiro **Rui Barbosa da Silva** defendeu a proposta de não permitir a apresentação de novas propostas na etapa nacional, a fim de valorizar os debates nos Estados e Municípios. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** explicou que a partir do novo formato das Conferências os Estados e Municípios discutiriam o Documento-Base Nacional que apresentava questões de âmbito nacional. Ressaltou ainda que, na maioria das vezes, as propostas novas apresentadas na etapa nacional foram recusadas nos estados e

municípios, o que não contribuiria para o processo democrático de discussão. Além disso, destacou que as propostas novas poderiam ser contempladas como propostas constantes do Documento-Referência a partir de adendos. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** enfatizou que as mudanças propostas tinham por base as dificuldades apresentadas pela metodologia anterior das Conferências. Ratificou a proposta de apresentar propostas a partir daquelas constantes do Documento-Referência, valorizando o processo ascendente de construção de propostas. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que seria necessário reformular a redação do § 2º do artigo, substituindo a expressão “propostas novas” por outra que expressasse a idéia de que seria permitida a apresentação de adendos (supressivos, modificativos, aditivos) a partir das propostas constantes do Documento-Referência. Além disso, ressaltou que seria importante discutir o funcionamento da Plenária Temática. O representante da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, **Paulo Roberto V. Cardoso**, explicou que, ao mudar a dinâmica de grupo de trabalho para plenárias temáticas, o número de proposta diminuiria de forma considerável, facilitando o trabalho da relatoria da Conferência. Nesse sentido, concordou com a proposta de apresentação de propostas novas na etapa nacional da Conferência, de forma a enriquecer o debate, por parte dos delegados. **Após essas considerações, o Plenário aprovou a proposta de reformulação dos artigos 10 e 19 do Regulamento da Conferência. Quanto ao artigo 12, foi acordado que na próxima reunião do CNS a Comissão Organizadora apresentaria nova proposta de redação para o § 2º.** Definida a questão do Regulamento, a Publicitária **Diana**, representante da empresa responsável pela elaboração da logomarca da Conferência, apresentou a logomarca “Sorriso Bandeira” escolhida pela Comissão Organizadora da Conferência. Além disso, foram apresentadas peças com a aplicação da logomarca (caneta, bloco de anotações, pasta). **O Plenário aprovou, por unanimidade, a logomarca apresentada.** Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** informou que foi distribuído calendário das Conferências Estaduais de Saúde. Além disso, propôs que na próxima reunião do CNS, os segmentos apresentassem os nomes dos quarenta delegados nacionais (vinte usuários, dez trabalhadores e dez gestores e prestadores) e os nomes dos 109 convidados da Conferência. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** perguntou sobre as vagas de delegados destinadas aos Conselheiros titulares do CNS. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** explicou que seriam disponibilizadas quarenta vagas para o CNS, a serem ocupadas por Conselheiros titulares e suplentes. Concluído esse ponto, foi iniciado o debate sobre a Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. **II. 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde** – Conselheiro **Moisés Goldbaum** apresentou ao Plenário questões relativas à Conferência que precisavam ser apreciadas e votadas. Explicou que, em virtude da mudança da data da etapa nacional, aprovada na última reunião do CNS (de 25 de julho de 2004), foi necessário alterar o calendário de realização das etapas municipal e estadual. Nesse sentido, submeteu à deliberação as novas propostas de datas: **1)** etapa municipal: de até 10 de maio para até 10 de junho; e **2)** etapa estadual: de até 10 de junho para até 30 de junho (a nova data implicaria na mudança de calendário da entrega dos Relatórios, do credenciamento, das inscrições, entre outros aspectos). Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** manifestou preocupação com a dificuldade dos municípios em realizar a etapa municipal da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Conselheiro **Moisés Goldbaum** explicou que era previsível que a maioria dos municípios não realizassem as Conferências Municipais e que até mesmo alguns Estados teriam dificuldade de realizar as Conferências Estaduais. Contudo, destacou que a Comissão decidiu manter a realização das Conferências Municipais. Nesse ponto, informou que o Conselho Estadual do Rio Grande do Sul solicitou a transferência da Conferência para 2005, entretanto, a Comissão Organizadora decidiu por manter a data prevista por entender que o debate sobre ciência e tecnologia deveria ser iniciado em todas as esferas. Destacou também a criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia, por parte do Ministério da Saúde, o que apontava para a atenção dada ao setor. Ressaltou que, apesar das dificuldades, alguns municípios realizariam Conferências Municipais. Nesse sentido, apresentou proposta de alteração do Regimento Interno que visava facilitar a participação de delegados e estimular o debate nos Estados, sendo: alteração da alínea “b”, Inciso I, § 4º, do Art. 2º - substituição do termo “credenciados” por “previstos”, ficando a redação nos seguintes termos “os delegados indicados não poderão ultrapassar o percentual de 20% do total de delegados previstos pelos municípios, no prazo em que se encerrar a inscrição de delegados à etapa estadual”. Conselheiro **Júlio Strubing Muller Neto** explicou que o Conselho Estadual do Rio Grande do Sul solicitou a transferência da Conferência frente às dificuldades de atender as especificações da organização. Disse que a partir das mudanças propostas provavelmente a deliberação do Conselho seria revertida. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou se seriam destinadas vagas para as Secretarias de Educação e de Ciência e Tecnologia. Conselheiro **Moisés Goldbaum** explicou que a Comissão não definiu vagas para as Secretarias de Educação e Ciência e Tecnologia, considerando que o Regimento Interno definiu critérios de participação apenas para o setor saúde. Disse que no dia seguinte teria uma reunião com o Secretário-Adjunto da Secretaria de Ciência e Tecnologia de São Paulo e discutiria mecanismos para

1521 mobilizar a participação das Secretarias de Ciência e Tecnologia e Educação na Conferência. Nessa
1522 linha, afirmou que a proposta de alteração do Regimento permitiria aos Conselhos Estaduais convidar
1523 delegados das Secretarias de Ciência e Tecnologia e da Secretaria de Educação para participar da
1524 Conferência. Além disso, enfatizou que seria importante mobilização dos Conselheiros nos seus
1525 respectivos estados no sentido de incentivar a participação das Secretarias de Ciência e Tecnologia e
1526 de Educação. Conselheiro **Júlio Strubing Muller Neto** endossou a proposta de alteração do Regimento
1527 Interno, por entender que viabilizaria a realização, pelo menos, das Conferências Estaduais. Disse que
1528 seria de fundamental importância garantir a participação dos setores de ciência e tecnologia nas
1529 Conferências Estaduais. Nesse sentido, sugeriu que o critério de distribuição de vagas para a etapa
1530 estadual fosse o mesmo da etapa nacional, sendo 60% das vagas para o setor saúde, 20% das vagas
1531 para o setor da educação e 20% de delegados do setor de ciência e tecnologia. Sugeriu que a proposta
1532 fosse levada aos Conselhos Estaduais de Saúde que fariam as adaptações necessárias às suas
1533 realidades. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou como seriam escolhidos os delegados da
1534 área de educação e da ciência e tecnologia. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
1535 explicou que o Plenário teria de definir o percentual de delegados indicados para que os Conselhos
1536 Estaduais definissem a base de cálculo dos participantes. Disse que os Conselhos Estaduais seriam
1537 responsáveis por definir os critérios de participação dos delegados, no entanto, poderiam ser orientados
1538 a utilizar a base de cálculo utilizada na etapa nacional (600 delegados, sendo 60% da saúde, 20% da
1539 educação e 20% da ciência e tecnologia). Conselheiro **Moisés Goldbaum** sugeriu que a base de cálculo
1540 para a etapa estadual fosse definida pelo Conselho Estadual de Saúde. Além disso, informou que
1541 estava sendo elaborado documento mais sucinto sobre o Documento Base para ser distribuído a
1542 comunidade em geral. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que seria
1543 necessário definir a participação dos delegados da ciência e tecnologia e educação nas Conferências
1544 Estaduais. A propósito, levantou a possibilidade de os representantes dos referidos setores
1545 participarem da Conferência como convidados. Conselheiro **Júlio Strubing Muller Neto** ressaltou que
1546 seria importante garantir a participação dos setores da área de ciência e tecnologia e educação na
1547 Conferência Estadual, a fim de consolidar o debate sobre ciência e tecnologia. Dessa forma, defendeu
1548 que fosse destinado percentual de vagas para os setores de ciência e tecnologia e educação.
1549 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** endossou a proposta apresentada pelo Conselheiro **Júlio Strubing**
1550 **Muller Neto**, contudo, mostrou preocupação sobre a participação dos delegados dos setores de ciência
1551 e tecnologia e educação na etapa nacional. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
1552 informou que o Regimento Interno não tratava da questão. Conselheiro **Júlio Strubing Muller Neto**
1553 sugeriu que os Estados destinassem 20% das vagas para os delegados da área de ciência e
1554 tecnologia e educação, respeitando o critério da paridade. A representante da Secretaria-Executiva do
1555 CNS, **Adalgiza Balsemão Araujo**, falou sobre a reunião com as Secretarias-Executivas dos Conselhos
1556 Estaduais na qual as Secretarias manifestaram dificuldade em realizar a Conferência. Além disso,
1557 destacou que os Conselhos Estaduais estavam enfrentando dificuldades em relação à estrutura das
1558 comissões organizadoras das Conferências Estaduais. Ressaltou, ainda, que mudanças do Regimento
1559 Interno dificultavam o processo de organização das Conferências Estaduais. Dessa forma, sugeriu que
1560 os setores da ciência e tecnologia e educação participassem das Conferências Estaduais como
1561 convidados. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, propôs que fossem discutidas
1562 com os Estados as possibilidades para garantir a participação dos representantes dos setores da
1563 ciência e tecnologia e educação nas Conferências Estaduais. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
1564 levantou duas possibilidades para garantir a participação dos setores de ciência e tecnologia e de
1565 educação na etapa estadual: os representantes das referidas Secretarias participariam da etapa
1566 estadual, mas não poderiam se candidatar a delegados para a etapa nacional; ou as coordenações
1567 estaduais e municipais deveriam orientar as respectivas Secretarias de Ciência e Tecnologia e de
1568 Educação para que, ao indicar os delegados, se definisse o segmento a que pertenceriam. Conselheiro
1569 **Alexandre de Oliveira Fraga** endossou o encaminhamento de garantir a participação dos
1570 representantes das Secretarias de Ciência e Tecnologia e de Educação na etapa estadual, com a
1571 ressalva de que não poderiam se candidatar a delegados para a etapa nacional. A Secretária-Executiva
1572 do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, defendeu a proposta de os Estados definirem a forma participação
1573 dos delegados, com a ressalva de que fosse ressaltada a importância da participação de
1574 representantes das Secretarias de Ciência e Tecnologia e de Educação nas Conferências Estaduais.
1575 Após essas considerações, o Plenário aprovou as seguintes propostas: 1) mudança da data de
1576 realização das etapas municipais e estaduais da Conferência; 2) substituição do termo “credenciados”
1577 por “previstos” do Inciso I, alínea “b”, § 4º, Art. 2º, ficando a redação nos seguintes termos “os
1578 delegados indicados não poderão ultrapassar o percentual de 20% do total de delegados previstos
1579 pelos municípios, no prazo em que se encerrar a inscrição de delegados à etapa estadual”. A mudança
1580 também se aplicaria ao Regimento Interno da Conferência Nacional de Saúde Bucal; e 3) reunião das
1581 Comissões de Mobilização e Articulação no dia 14 de maio de 2004. Além disso, foi aprovado, com

uma abstenção, o encaminhamento de incentivar a participação das Secretarias de Ciência e Tecnologia e de Educação nas Conferências Estaduais, sendo que a forma de participação dos delegados dos respectivos setores nas Conferências Estaduais seria definida pelos Estados. Definido esse ponto de pauta, foram apresentadas as propostas de Resolução manifestando o apoio do CNS à Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Nota Técnica sobre o Projeto Farmácia Popular. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que o Projeto Farmácia Popular foi aprovado na perspectiva de ampliar o acesso ao medicamento e promover a efetiva atenção farmacêutica à população usuária. Não havendo destaques, a proposta de Resolução foi aprovada. A propósito da Nota Técnica sobre o Projeto Farmácia Popular, foi acordado que seria reformulada, com base nas considerações do Conselheiro Francisco Batista Júnior, de modo a manifestar o apoio do CNS ao Projeto. A Nota de Apoio seria publicada no dia 10 de maio de 2004, data do lançamento do Projeto. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** ressaltou que seria necessário elaborar nota de esclarecimento sobre o processo de reformulação das Comissões do CNS para ser enviada ao Jornal *Folha de S. Paulo*. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** disse que a nota de esclarecimento deveria enfatizar que o processo de reestruturação estava ocorrendo e as Comissões continuariam em funcionamento até o final do processo de formulação. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** disse que a nota também deveria ser enviada ao jornal *Estado de Minas* que também publicou matéria sobre o processo de reformulação das Comissões do CNS. A CCG irá elaborar a nota de esclarecimento sobre o processo de reformulação das Comissões do CNS a ser enviada ao Jornal *Folha de S. Paulo*, ao Jornal *Estado de Minas* e aos movimentos sociais **ITEM 08 – 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou, a princípio, que na última reunião do Conselho o Plenário delegou ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão Participativa e apoio da Secretaria-Executiva do CNS, a revisão final do relatório. Dessa forma, informou que foi constituída Comissão, coordenada pelo consultor do Ministério da Saúde, **Alcindo Ferla**, para revisar o relatório. Feito esclarecimento, convidou o consultor do Ministério da Saúde para apresentar informe ao Plenário sobre o andamento do processo de revisão final do relatório. O consultor do Ministério da Saúde, **Alcindo Ferla**, explicou que a Comissão do Ministério da Saúde, sob sua coordenação, pesquisou as fontes de registro da 12ª Conferência (documentos taquigráficos e fitas magnéticas) visando obter um relatório de acordo com as deliberações da Plenária Final da Conferência. Disse que o Relatório estaria pronto nos próximos vinte dias e precisava ser apreciado e votado pelo Plenário do CNS para, em seguida, ser encaminhado à votação dos delegados da Conferência. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que o documento a ser encaminhado aos delegados seria dividido em dois blocos, o primeiro seria uma versão preliminar das propostas consensuais aprovadas nos dias 10 e 11 de dezembro de 2003, e o segundo com as questões que deveriam ser votadas. Nessa linha, disse que a sugestão era definir um grupo de Conselheiros para avaliar, nos próximos vinte dias, a versão do relatório que seria encaminhado aos delegados. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** ressaltou que o CNS tinha delegado a conclusão do relatório ao Governo, desse modo, ao se comprometer em revisar o relatório, o Conselho reassumiria uma atribuição delegada ao Ministério da Saúde. Por outro lado, sinalizou a importância de o Plenário ponderar sobre o impacto do relatório ser encaminhado aos delegados para a votação sem ter sido apreciado pelo CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, falou que o Ministério da Saúde assumiu a tarefa de revisar o relatório, contudo, entendia que, antes de ser encaminhado aos delegados, deveria ser validado pelo CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que foi acordado com o Presidente do Conselho que o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão Participativa e apoio da Secretaria-Executiva do CNS, iria elaborar relatório de acordo com as propostas aprovadas na Plenária Final da Conferência. Acrescentou que o trabalho do Ministério deveria ter sido feito a partir do relatório já elaborado, buscando corrigir os pontos polêmicos, de acordo com as fontes de registro. O consultor do Ministério da Saúde, **Alcindo Ferla**, explicou que a Comissão utilizou como subsídios para o processo de revisão do relatório: o relatório da Relatoria, os documentos taquigráficos e o relatório de trabalho dos grupos. Ressaltou que não havia Conselheiros na Comissão do Ministério da Saúde, estes apenas haviam sido consultados a respeito do assunto. Disse que, apesar da complexidade do trabalho, a Comissão provavelmente terminaria a revisão do relatório nos próximos dias. Dessa forma, o CNS não teria de revisar o Relatório, mas sim apreciá-lo e validá-lo. Nessa linha, levantou a possibilidade de o relatório ser encaminhado por e-mail aos Conselheiros para ser apreciado. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** lembrou que a metodologia adotada pela Comissão de Relatoria da Conferência foi a elaboração de relatório-síntese com as emendas apresentadas na Plenária Final ao qual seriam incorporadas as propostas consensuais e destacadas as propostas polêmicas que seriam remetidas à votação dos delegados. Explicou que a Comissão de Relatoria do CNS, ao analisar o relatório-síntese, elaborado pela relatoria da Conferência, detectou questões polêmicas não contempladas e/ou divergentes. Desse modo, iniciou-se amplo debate sobre o processo e o Plenário decidiu delegar ao Ministério da Saúde a tarefa

de concluir a revisão do relatório. Frente a esse encaminhamento, o Ministério da Saúde constitui Comissão para concluir o processo de revisão do relatório. Chamou a atenção para a complexidade e dificuldade do trabalho da Comissão que pesquisou as fontes de registro da 12ª Conferência e consultou Conselheiros da Comissão Especial de Relatoria do CNS para validar as propostas. Nessa linha, disse que a proposta do Ministério era que o CNS analisasse e validasse o relatório para ser encaminhado aos delegados. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: encaminhar o relatório aos Conselheiros que teriam um prazo de cinco dias para fazer uma avaliação política do documento e apresentar sugestões, caso fosse necessário. Após essa consulta, o relatório, assinado pelo Conselho Nacional de Saúde, seria encaminhado aos delegados para votação. Após a etapa de votação e sistematização, a versão final do Relatório seria submetida à aprovação do Plenário. Conselheira Maria Leda de R. Dantas destacou que o CNS teria de confiar e endossar a revisão da Comissão, considerando que não haveria tempo hábil para a revisão por parte do Plenário. Conselheira **Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende** sugeriu que houvesse um prazo maior para que os Conselheiros analisassem o relatório que seria encaminhado aos delegados. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** concordou a proposta de encaminhar o relatório aos Conselheiros, entretanto, ressaltou que o papel dos Conselheiros seria fazer uma leitura política do documento, pois a revisão era de responsabilidade do Ministério da Saúde. Sugeriu que, junto com o relatório para votação, fosse encaminhada aos delegados uma carta do CNS com esclarecimentos sobre o processo de elaboração do relatório e os motivos da demora de sua conclusão. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que o relatório, acrescido dos pareceres dos Conselheiros, fosse apreciado na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** chamou a atenção para a importância de o CNS, junto com o Ministério da Saúde, assumir a responsabilidade pelo processo e agilizar a conclusão do relatório. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, consultou o Plenário sobre a proposta de encaminhar o relatório aos Conselheiros que teriam um prazo de cinco dias para fazer uma avaliação política do documento. Disse que o Plenário teria que decidir se o relatório voltaria para ser discutido na reunião de junho com as opiniões dos Conselheiros ou se as opiniões dos Conselheiros seriam encaminhadas à Comissão do Ministério que, após a apreciação, finalizaria o relatório e enviaria aos delegados sem a apreciação do Plenário. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** sugeriu que o Conselho delegasse competência à Comissão do Ministério da Saúde, coordenada pelo consultor do Ministério da Saúde, **Alcindo Ferla**, para que, ao se concluir o trabalho de revisão, o relatório fosse encaminhado à votação dos delegados, com o respaldo do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, chamou a atenção para as possíveis consequências de se encaminhar o relatório aos delegados sem a avaliação do Plenário do CNS. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** ressaltou que os Conselheiros não teriam condições de revisar ou apresentar parecer sobre o relatório, considerando que não dispunham de dados para consulta e o processo de revisão era extremamente complexo e demandava tempo. Acrescentou que o CNS cumpriu o seu papel de verificar os pontos do relatório que precisavam ser revistos. Ressaltou a necessidade de o relatório ser enviado o mais rápido possível aos delegados que seriam os responsáveis por analisar o relatório e apontar os pontos que precisam ser revistos. Sugeriu que fosse enviado aos delegados, junto com o relatório, um documento com o histórico do processo de elaboração do relatório. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu que o Plenário do CNS analisasse e aprovasse o relatório. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** ressaltou que o relatório deveria ser aprovado pelo Plenário após consulta e votação dos delegados. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou que o Plenário teria duas opções de encaminhamento: o relatório, após conclusão do processo de revisão, por parte da Comissão do Ministério da Saúde, seria enviado diretamente aos delegados; ou o relatório, após conclusão do processo de revisão, seria enviado aos Conselheiros para avaliação política e debate na próxima reunião do CNS, a fim de definir opinião coletiva do CNS. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** retirou a sua proposta de encaminhamento e a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em votação as duas propostas de encaminhamento apresentadas: **1)** encaminhar o relatório aos delegados para votação logo após conclusão do processo de revisão, por parte da Comissão do Ministério da Saúde; e **2)** enviar o relatório aos Conselheiros para avaliação política, após conclusão do processo de revisão, e pautá-lo para debate na próxima reunião do CNS, a fim de definir opinião coletiva do CNS. O Plenário aprovou, com oito abstenções, a proposta de enviar o relatório aos Conselheiros para avaliação política, após conclusão do processo de revisão. O relatório será apreciado na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** solicitou que fosse registrada em ata a sua abstenção. Conselheira **Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende** solicitou que o documento com o histórico do processo de elaboração do relatório fosse enviado aos Conselheiros para ser avaliado antes da próxima reunião. **ENCERRAMENTO:** Nada mais havendo a tratar, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos da 142ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: *Aos cinco dias do mês de*

1704 *maio do ano de dois mil e quatro:* Alexandre de Oliveira Fraga, André Luiz de Oliveira, Augusto Alves
1705 do Amorim, Carlos Alberto Ebeling Duarte, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Crescêncio
1706 Antunes da Silveira Neto, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas Dias
1707 Monteiro, Gerônimo Paludo, Geusa Maria D. Lelis, Gilca Starling Diniz, Graciara Matos de Azevedo,
1708 João Donizeti Scaboli, Jorge José Santos Pereira Solla, José Souza da Silva, Júlia Maria dos Santos
1709 Roland, Júlio Strubing Muller Neto, Lílian Aliche, Luiz Alberto Silva, Maria Eugênia C. Cury, Maria
1710 Helena Baumgarten, Maria Irene M. Magalhães, Marisa Fúria, Maria Natividade G. S. T. Santana, Maria
1711 Thereza Mendonça de Carneiro Rezende, Moisés Goldbaum, Neide Regina C. Barriguelli, Nildes de
1712 Oliveira Andrade, Noemy Yamaguishi Tomita, Rogério Carvalho Santos, Rosane Lowenthal, Rosane
1713 Maria Nascimento da Silva, Rui Barbosa da Silva, Sérgio Ricardo Góes Mena Barreto, Silvia Marques
1714 Dantas de Oliveira, Tito Olini, Wander Geraldo da Silva, Willian Saad Hossne e Zilda Arns Neumann.
1715 Aos seis dias do mês de maio do ano de dois mil e quatro: Alexandre de Oliveira Fraga, André Luis
1716 Bonifácio de Carvalho, André Luiz de Oliveira, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto Ebeling
1717 Duarte, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Crescêncio Antunes da Silveira Neto, Eni Carajá
1718 Filho, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas Dias Monteiro, Gerônimo Paludo, Geusa Maria
1719 D. Lelis, Gilca Starling Diniz, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, Jorge José Santos
1720 Pereira Solla, José Souza da Silva, Júlia Maria dos Santos Roland, Júlio Strubing Muller Neto, Lílian
1721 Aliche, Luiz Alberto Silva, Maria Eugênia C. Cury, Maria Helena Baumgarten, Maria Irene M.
1722 Magalhães, Marisa Fúria, Maria Natividade G. S. T. Santana, Maria Thereza Mendonça de Carneiro
1723 Rezende, Moisés Goldbaum, Neide Regina C. Barriguelli, Nildes de Oliveira Andrade, Rosane Maria
1724 Nascimento da Silva, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Sérgio Ricardo Góes
1725 Mena Barreto, Silvia Marques Dantas de Oliveira, Wander Geraldo da Silva, Willian Saad Hossne e
1726 Zilda Arns Neumann.