



1
2 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**
3 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**
4

5 **ATA DA CENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS**
6

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

179 Ministério da Saúde voltavam em decorrência de endereço errado. Acrescentou que, segundo dados do
180 IBGE publicados em janeiro de 2004, 134 municípios não possuíam Conselhos de Saúde. Contudo,
181 após a pesquisa, iniciada em 15 de dezembro de 2003, constatou-se que dos 5.560 municípios
182 brasileiros apenas o município de Cedral, do Estado do Maranhão, não possuía Conselho de Saúde.
183 Informou, ainda, que foi enviada correspondência aos Conselhos Municipais de Saúde, utilizando os
184 dados levantados pela primeira etapa do Projeto e nenhuma correspondência foi devolvida. Ressaltou
185 que o novo governo comprometeu-se com a democratização do modo de fazer política pública e com a
186 afirmação do direito à saúde como um direito de cidadania e, para isso, era necessário dar suporte
187 organizado à estrutura dos Conselhos de Saúde como instâncias organizadas, participativas e
188 representativas da sociedade, que deviam compartilhar responsabilidades com os gestores na busca
189 de soluções para os problemas da saúde pública do país. Nesta visão, destacou que o controle social
190 do estado, exercido pela sociedade, assumia caráter de compartilhamento de responsabilidades sociais
191 e não de disputa de poder. Citou alguns dos objetivos do Projeto, dentre eles, realizar estudos voltados
192 para o desenvolvimento dos Conselhos de Saúde como instrumento da participação social na gestão
193 de políticas públicas; considerar as prerrogativas legalmente atribuídas aos Conselhos de Saúde, como
194 inovação singular na legislação brasileira; e avaliar os desvios sofridos pelos Conselhos de Saúde, ao
195 longo do seu tempo de existência. Além disso, destacou o reconhecimento do movimento da reforma
196 sanitária do Brasil por outros países e o fato de o Conselho Nacional de Saúde ser modelo para vários
197 países. Feitos esses esclarecimentos iniciais, passou a palavra à técnica da Secretaria de Gestão
198 Participativa, **Doriane Patrícia F. de Souza**, e ao técnico da ENSP/FIOCRUZ, **Luiz Fernando M. Sucena**,
199 para apresentação das fases do Projeto e dos produtos resultantes da sua primeira fase. A técnica da
200 SGP/MS, **Doriane Patrícia F. de Souza**, apresentou os objetivos da primeira etapa do Projeto, sendo: **a)**
201 elaborar um instrumento de pesquisa que seja aplicado no levantamento de informações quantitativas e
202 qualitativas que propiciem a construção de um banco de dados sobre os Conselhos de Saúde em
203 funcionamento no Brasil; e **b)** construir um cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde em
204 funcionamento no Brasil, a fim de levantar os dados necessários para a aplicação do instrumento de
205 pesquisa (endereço, telefone e, quando possível, *e-mail* e pessoa para contato). Explicou que a
206 primeira etapa do Projeto foi concluída e, a partir do instrumento de pesquisa e do cadastro, seria
207 iniciada a segunda etapa do Projeto que visava: **a)** validar o instrumento de pesquisa elaborado na
208 primeira etapa; **b)** aplicar o instrumento de pesquisa validado nos Conselhos de Saúde em
209 funcionamento no Brasil; **c)** monitorar a aplicação do instrumento; **d)** elaborar, a partir das informações
210 levantadas via instrumento, um perfil dos Conselhos de Saúde em funcionamento no Brasil; e **e)**
211 construir um banco de dados cujas informações produzam uma matriz de indicadores capaz de delinear
212 a criação de um Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde em funcionamento no país. O
213 técnico da ENSP/FIOCRUZ, **Luiz Fernando M. Sucena**, justificou a ausência do Coordenador do
214 Projeto, **Marcelo Rasga Moreira**, que não pôde estar presente em virtude de acidente sofrido no dia
215 anterior. Feito esse esclarecimento inicial, passou a apresentar o Cadastro dos Conselhos de Saúde,
216 elaborado na primeira fase do projeto. Explicou que foi criado um banco de dados a partir do programa
217 *Microsoft access*, a fim de se criar uma Ficha Cadastral que facilitasse o levantamento e o
218 armazenamento de dados a serem levantados. Disse que o cadastro buscava trabalhar com dois grupos
219 de informações. O primeiro, denominado Informações Obrigatórias, foi composto por endereço,
220 telefone, CEP, fax, *e-mail* e *home page*. O segundo grupo de informações, denominado Informações
221 Desejáveis, referia-se a dados modeladores dos Conselhos como número de conselheiros titulares;
222 nomes do Presidente do Conselho e segmento representado pelo Presidente. A técnica da SGP/MS,
223 **Doriane Patrícia F. de Souza**, apresentou dados resultantes do cadastro inicial, dentre eles: **a)** dos
224 2.844, 51% dos Conselhos que responderam ou 2.539 eram presididos por gestores; 3,4% por
225 profissionais de saúde; 5,3% por usuários; e 1,93% por prestadores de serviço; **b)** do total de 2.850
226 Conselhos: 552 possuem, em média, doze Conselheiros; e 257 possuem, em média, dezesseis
227 Conselheiros; e **c)** em Municípios de até cinco mil habitantes a média de Conselheiros é de onze
228 Conselheiros, sendo que a quantidade de Conselheiros crescia de acordo com o porte populacional dos
229 municípios. Por fim, ressaltou que, em virtude do elevado potencial de mudança, os dados do Cadastro
230 seriam periodicamente acompanhados e atualizados. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto**,
231 informou que seria distribuído aos Conselheiros material com informações mais detalhadas sobre o
232 Projeto de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Além disso, informou que as informações do
233 CD-ROM do Cadastro seriam enviadas aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de
234 motivá-los a responder o questionário da segunda etapa do Projeto. Por fim, disse que os dados da
235 primeira etapa do Projeto seriam disponibilizados para consulta na internet. Conselheiro **Francisco**
236 **Batista Júnior** cumprimentou a Secretaria de Gestão Participativa e a FIOCRUZ pela iniciativa. Sugeriu
237 que o CNS analisasse os dados oriundos da primeira etapa do Projeto, a fim de incentivar o debate dos
238 problemas identificados, por parte dos Conselhos Estaduais, e solução para questões como a falta de
239 paridade dos Conselhos Municipais. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** saudou a equipe da

240 SGP/MS e da FIOCRUZ pelo Projeto e sugeriu que fosse elaborado cadastro dos Conselhos Estaduais
241 de Saúde e do Conselho Nacional da Saúde. Ressaltou a importância de o CNS aprovar, a partir dos
242 dados do Projeto de Acompanhamento dos Conselhos, instrumentos capazes de garantir o efetivo
243 cumprimento do Controle Social por todos os órgãos das três esferas de governo. Conselheira **Rosane**
244 **Maria Nascimento da Silva** parabenizou a SGP/MS e da FIOCRUZ pela iniciativa, por representar
245 grande avanço no que se refere às informações sobre os Conselhos Municipais de Saúde. Chamou a
246 atenção para o desafio de manter os dados relativos aos Conselhos e Conselheiros atualizados e
247 enfatizou a necessidade de realizar avaliação qualitativa dos dados. Sugeriu que, a partir dos dados da
248 primeira etapa, fossem definidas estratégias para o envio de informações aos Conselhos Municipais de
249 Saúde sobre as ações do CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** ressaltou ser de
250 fundamental importância a atualização permanente dos dados sobre os Conselhos Municipais de
251 Saúde. O representante da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos, **Paulo Roberto V.**
252 **Cardoso**, destacou a importância de análise qualitativa dos dados sobre os Conselhos Municipais,
253 verificando aspectos como a paridade, eleição dos coordenadores e dos Conselheiros, entre outros.
254 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** cumprimentou a SGP/MS e a FIOCRUZ pelo Projeto e pediu maiores
255 esclarecimentos sobre o custo do levantamento das informações apresentadas e sua utilização.
256 Ressaltou ainda que, apesar de serem constituídos, alguns Conselhos Municipais não se reuniam.
257 Solicitou maiores informações sobre como se daria o processo de atualização dos dados do cadastro.
258 Sugeriu que as correspondências aos Conselhos fossem enviadas pela malha direta do Ministério da
259 Saúde, a fim de otimizar os custos. Por fim, perguntou se seriam produzidos indicadores que
260 orientassem a definição de políticas de saúde nos Conselhos Estaduais de Saúde e no CNS.
261 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** saudou os responsáveis pela elaboração do Projeto que, na
262 sua concepção, teria vários desdobramentos além do processo de acompanhamento, assim, o nome
263 Projeto de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde não seria o mais apropriado. Sugeriu que o
264 sistema disponibilizasse as pautas de discussão dos Conselhos Municipais de Saúde a fim de verificar
265 a realidade de cada região. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o cadastro contemplasse os
266 dados de todos os Conselheiros dos Conselhos Municipais de Saúde, de forma a garantir a
267 confiabilidade das informações prestadas. Além disso, propôs que na página do Ministério da Saúde
268 fosse disponibilizado ícone da Resolução nº 333, que versa sobre a organização dos Conselhos de
269 Saúde. Em resposta às intervenções do Colegiado, Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto**
270 ressaltou que a FIOCRUZ foi a responsável por entrar em contato, por meio telefônico, com os
271 Conselhos Municipais, a fim de levantar os dados necessários. Disse que, na segunda etapa do
272 Projeto, seria aplicado instrumento de pesquisa para levantamento de informações quantitativas e
273 qualitativas que propiciariam a construção de um banco de dados e perfil dos Conselhos de Saúde em
274 funcionamento no Brasil e a definição de diretrizes. Por fim, informou que posteriormente seria
275 apresentado o plano de trabalho da Secretaria de Gestão Participativa. A técnica da SGP/MS, **Doriane**
276 **Patrícia F. de Souza**, explicou que os dados do Cadastro seriam utilizados para viabilizar projetos da
277 SGP/MS relativos à disseminação da informação e conhecimento. Ressaltou que o Cadastro
278 apresentava dados relativos a número de representantes, periodicidade das reuniões, número de
279 Conferência, entre outros, de forma a apresentar visão global da situação dos Conselhos. Informou que
280 a ferramenta utilizada para o Programa seria o *call center*, pois apresentava maiores vantagens em
281 termos de custo e benefício e de confiabilidade. No que diz respeito à confiabilidade das informações
282 prestadas, explicou que na segunda etapa do Projeto as informações teriam de vir, preferencialmente,
283 da Secretaria-Executiva do CNS. Além disso, destacou que a segunda etapa previa a definição de
284 indicadores capazes de avaliar as ações da Secretaria-Executiva dos Conselhos. Informou que as
285 contribuições do CNS ao Projeto foram registradas e seriam consideradas pela equipe de elaboração.
286 No que diz respeito ao nome do Projeto, explicou que o sentido de "acompanhar" era andar e construir
287 junto. Informou que os dados do Cadastro seriam disponibilizados na intranet do Ministério da Saúde e
288 o conteúdo do CD-ROM seria copiado e enviado aos Conselhos de Saúde. Por fim, colocou-se à
289 disposição para maiores esclarecimentos. **ITEM 02 – APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE**
290 **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA** – O Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos
291 Estratégicos do Ministério da Saúde, **Norberto Rech**, iniciou sua apresentação cumprimentando o
292 Plenário e explicando que apresentaria a Política de Assistência Farmacêutica, bem como as ações do
293 Ministério da Saúde para a sua implementação. Ressaltou que muitas das ações a serem apresentadas
294 resultavam de processo de discussão envolvendo o Controle Social. Disse que o objetivo fundamental
295 da Política de Assistência Farmacêutica era efetivar o acesso, a qualidade e a humanização da
296 assistência farmacêutica com Controle Social. Além disso, a Política de Assistência Farmacêutica
297 deveria ser parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo conjunto de ações voltadas à
298 promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial. Enfatizou
299 que a assistência farmacêutica não poderia ser concebida como simples atendimento da demanda de
300 medicamentos gerada nos serviços, mas sim como parte integrante da Política Nacional de Saúde,

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

362 mecanismos de regulação da assistência farmacêutica, utilizando protocolos clínicos e indicadores de
363 avaliação e empregando como ferramenta o Cartão SUS. Disse que a segunda grande diretriz da
364 Política referia-se a necessidade de modernizar e ampliar a capacidade instalada e de produção dos
365 Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como
366 referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de
367 fitoterápicos. Explicou que, nesse âmbito, foram desenvolvidas importantes ações, dentre elas: **a)**
368 diagnóstico da situação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (há cerca de 19 Laboratórios); **b)**
369 redefinição do processo de pactuações e convênios entre os Laboratórios Farmacêuticos Oficiais e o
370 Ministério da Saúde; **c)** definição de “Critérios Estruturantes para Investimentos nos Laboratórios
371 Farmacêuticos Oficiais”; **d)** realização do Seminário Nacional envolvendo Laboratórios Farmacêuticos
372 Oficiais, CONASS, CONASEMS, ANVISA e Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde; **e)** realização
373 do Seminário Nacional sobre Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Assistência Farmacêutica que
374 definiu diretrizes da política para o setor; **f)** inclusão da área “Fármacos e Medicamentos” como uma
375 das prioridades das Diretrizes da Política Industrial do País; e **g)** incremento de 122% no orçamento de
376 2004 para fomento à produção farmacêutica. A propósito dos investimentos do Ministério da Saúde
377 para modernização e ampliação da capacidade produtiva dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais,
378 destacou crescimento considerável, sendo que em 2003 foi executado o total de R\$ 36 milhões para os
379 Laboratórios Farmacêuticos Oficiais e R\$ 4 milhões para produção de vacinas. Acrescentou que para
380 2004 foi destinado o recurso orçamentário de R\$ 80 milhões, demonstrando que se trata de uma área
381 prioritária para suprimento do SUS. Destacou ações que estão em processo e precisavam ser
382 conduzidas, a saber: **a)** instalação da Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos –
383 Racionalização e otimização da produção; **b)** formação de Grupo Técnico de Acompanhamento dos
384 Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (monitoramento da rede); **c)** interface entre Laboratórios
385 Farmacêuticos Oficiais e setor farmoquímico produtor de insumos; **d)** identificação de potencialidades e
386 prioridades para o estabelecimento de acordos de cooperação internacional para desenvolvimento e
387 transferência de tecnologia; **e)** formalização de transferência de tecnologia com o governo de Cuba
388 (eritropoetina, interferon); **f)** desenvolvimento de ações intersetoriais de prospecção e definição das
389 potencialidades de inserção dos LFO na agenda de pesquisa em saúde, no seu âmbito de ação; **g)**
390 desenvolvimento de ações intersetoriais para a adequação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais à
391 legislação sanitária (exemplos: biodisponibilidade e bioequivalência); **h)** definição de pactuações para
392 viabilizar a produção nacional de medicamentos antiretrovirais; **i)** seqüência no processo de
393 implantação da Fábrica de Preservativos em Xapuri/AC – Piloto de 600 L de látex qualificado; e **j)**
394 definição e pactuação de ações intersetoriais que visem a utilização das plantas medicinais e
395 medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com: respeito aos conhecimentos
396 tradicionais incorporados; embasamento científico; adoção de políticas de geração de emprego e
397 renda; qualificação e fixação de produtores; envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de
398 incorporação desta opção terapêutica; e incentivo à produção nacional, com utilização da biodiversidade
399 existente no País. Acrescentou que uma terceira grande diretriz da Política configurava-se na
400 necessidade de estabelecer mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de
401 medicamentos, de insumos e produtos estratégicos para a saúde. Para isso, explicou que se
402 desenvolveu uma série de ações, sendo elas: **a)** diagnóstico da regulação adotado pela antiga CAMED;
403 **b)** avaliação dos possíveis reflexos e das ações necessárias ao cumprimento do “Protocolo de
404 Intenções” firmado entre o atual governo e o setor produtivo privado de medicamentos; **c)** estudo e
405 definição dos critérios para a liberação de preços de parcela dos medicamentos disponíveis no
406 mercado brasileiro; **d)** estudo e sugestão dos critérios e mecanismos legais para a regulação
407 econômica do setor de medicamentos – Medida Provisória nº 123/03, convertida na Lei nº 10.742, de
408 06/03; **e)** criação da Câmara de Regulação de Medicamentos – CMED; **f)** inclusão da SCTIE na direção
409 do Comitê Técnico da CMED; **g)** definição de novos critérios legais para a avaliação de registros de
410 novos medicamentos, incluindo aspectos econômicos; **h)** realização de “Painéis de Especialistas”
411 (isentos), como mecanismo adicional para análise da possibilidade de registro de novos medicamentos;
412 e **i)** participação no processo de estudo e negociação referente aos reajustes de preços de
413 medicamentos. Destacou também ações do Ministério da Saúde em processo de implementação,
414 sendo: **a)** otimização das ações no âmbito da CMED, na perspectiva de definição de mecanismos
415 estruturantes para a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; **b)** desenvolvimento de ações
416 intersetoriais para implantação de Núcleos de Referência para Análise Farmacoeconômica; **c)** otimizar
417 o Registro Nacional de Preços, na perspectiva de atender as necessidades do SUS; **d)** otimizar o
418 Banco de Preços, na perspectiva de atendimento das necessidades do SUS; **e)** recuperar e ampliar os
419 serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção,
420 considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas
421 instâncias gestoras do SUS; **f)** qualificar os serviços de assistência farmacêutica existentes, em
422 articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção; e **g)**

423 descentralizar ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras e
424 superação da fragmentação em programas desarticulados. Apresentou também ações que ampliavam
425 o acesso a medicamentos, à cobertura e à responsabilidade dos gestores na qualificação dos serviços,
426 dentre elas: **a)** duplicação do Piso do Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica para os municípios
427 integrantes do Programa Fome Zero – 2004; **b)** inclusão de previsão orçamentária para estruturação e
428 qualificação de serviços de assistência farmacêutica – 2004; **c)** estabelecimento de Cooperação
429 Técnica (piloto) com estados e municípios para aplicação do Cartão SUS no processo de gestão da
430 assistência farmacêutica (atenção básica e medicamentos de alto custo), em conjunto com o
431 DATASUS; e **d)** ampliação dos recursos orçamentários para a aquisição de medicamentos. Falou sobre
432 a evolução dos principais gastos do Ministério da Saúde com medicamentos, sinalizando que na
433 aquisição de medicamentos foi investido o total de R\$ 2,5 bilhões em 2002, R\$ 2,9 bilhões em 2003 e
434 para 2004 foi aprovado o orçamento de aproximadamente R\$ 3,6 bilhões. Continuou detalhando os
435 gastos do Ministério da Saúde com medicamentos, a saber: **I.** Medicamentos para atender os
436 Programas Estratégicos, incluindo medicamentos para DST/AIDS e imunobiológicos: **a)** 2002: R\$
437 997.179.443; **b)** 2003: R\$ 1.379.077.507; e **c)** 2004: R\$ 1.538.130.000; **II.** Incentivo financeiro a
438 municípios habilitados à parte variável do piso de atenção básica (PAB) para assistência farmacêutica
439 básica. Medicamentos para o Programa de Assistência Farmacêutica Básica, correspondentes a R\$
440 1,00/habitante/ano: **a)** 2002: R\$ 166.399.378; **b)** 2003: R\$ 173.920.923; e **c)** 2004: R\$ 192.971.930; **III.**
441 Medicamentos de dispensação em caráter excepcional (alto custo), mediante repasse de teto financeiro
442 aos Estados: **a)** 2002: R\$ 489.533.000; **b)** 2003: R\$ 519.789.868; e **c)** 2004: R\$ 763.000.000; **IV.**
443 Atenção aos pacientes portadores de coagulopatias: **a)** 2002: R\$ 273.140.592; **b)** 2003: R\$
444 112.445.058; e **c)** 2004: R\$ 3.584.101.930; **V.** Medicamentos cobertos na atenção hospitalar
445 (Autorização da Internação Hospitalar e Oncológicos): **a)** 2002: R\$ 2.487.148.566; **b)** 2003: R\$
446 2.888.756.372; e **c)** 2004: R\$ 882.000.000. Dessa formação, configurando-se nos seguintes gastos
447 anuais: 2002: R\$ 2.487.148.566; 2003: R\$ 2.888.756.372; e 2004: R\$ 3.584.101.930. Comentou sobre
448 a dispensação de produtos de alto custo, ressaltando que não deveria ser tratado em uma política de
449 acesso que considerasse a integralidade e a equidade e como uma pactuação de transferência de
450 recurso. Explicou que dos 226 medicamentos do Programa de Medicamentos de Dispensação
451 Excepcional, que totalizaram quase R\$ 600 milhões, gastos em 2003, apenas quatorze consomem
452 mais de 60% do orçamento. Frente a esse quadro, explicou que o Ministério da Saúde, em parceria
453 com CONASS e CONASEMS, estava buscando definir política de critérios de inclusão ou exclusão dos
454 medicamentos excepcionais. Acrescentou que, apesar do não crescimento do número de paciente que
455 utilizavam medicamentos excepcionais, o custo crescia vertiginosamente com a inclusão de novos
456 produtos, em virtude da “vida útil” desses medicamentos ser curta. Prosseguiu destacando outras
457 ações implementadas pelo Ministério da Saúde: **a)** inserção do Brasil no projeto multicêntrico de
458 implantação da Atenção Farmacêutica em Hipertensão, em cooperação com a OPAS/Fórum
459 Farmacêutico das Américas; **b)** realização do I Seminário de formação de multiplicadores e treinamento
460 de farmacêuticos para o desenvolvimento do projeto de implantação da atenção farmacêutica em
461 hipertensão, em cooperação com a OPAS/Fórum Farmacêutico das Américas/ENSP, envolvendo
462 representantes de cinco Estados Brasileiros e farmacêuticos dos setores público e privado; **c)**
463 coordenação do grupo temático de “Acesso e Compras Públicas” no Fórum de Competitividade do
464 Setor Farmacêutico/ MDIC/ MS; **d)** participação na Comissão de Negociação para redução de preços
465 de medicamentos antiretrovirais e apontamento da possibilidade de adoção de licença compulsória
466 para produção oficial no país; **e)** participação no processo de definição das diretrizes para diagnóstico e
467 tratamento das hepatites virais, juntamente com a SAS e Anvisa; **f)** inserção no projeto “Saúde na
468 Amazônia Legal”; **g)** início do trabalho para a inclusão da assistência farmacêutica no processo de
469 atenção à saúde dos povos indígenas; **h)** realização da programação (*in loco*) dos Estados para as
470 aquisições de medicamentos para tratamento de tuberculose e hanseníase, juntamente com as
471 respectivas coordenações nacionais; **i)** fomento ao estabelecimento de acordos de cooperação
472 internacional visando a produção nacional de fármacos, de medicamentos e outros insumos
473 estratégicos para a saúde, envolvendo os setores público e privado – Início de prospecção – Visitas
474 Técnicas a Cuba, China e Índia; e **j)** fomento ao desenvolvimento da química fina e da produção de
475 insumos estratégicos para a saúde – Estabelecimento de Agenda Pró-Ativa com o setor. Destacou
476 também, como diretriz da Política de Assistência Farmacêutica, a necessidade de construção de uma
477 política justa de Vigilância Sanitária, que garantisse o acesso da população a serviços e produtos
478 seguros, eficazes e com qualidade e promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de
479 ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo. Nessa linha, citou ações
480 implementadas nesse âmbito: **a)** participação em Grupo de Trabalho envolvendo DAF/SCTIE e
481 ANVISA, para análise de 26 propostas de Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs), que trataram de
482 registro de medicamentos, bulas de medicamentos, medicamentos similares, medicamentos
483 homeopáticos e medicamentos fitoterápicos; **b)** inserção do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE) no

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

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

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

728 a realidade de demanda e possibilidade de superação da dependência do Brasil de importação de
729 insumos e medicamentos. Nessa linha, disse que a Fundação já possuía matriz e posteriormente iria
730 promover pactuação com várias instâncias dentro e fora do Ministério da Saúde no sentido de
731 identificar os medicamentos de maior necessidade, de maior valor agregado, com patentes vencidas ou
732 não e definir estratégias prioritárias para que o país seja auto-suficiente no processo de pesquisa e
733 produção. Ressaltou que o Projeto seria um processo de aperfeiçoamento constante. O Diretor do
734 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, **Norberto**
735 **Rech**, falou sobre a satisfação em apresentar a Política de Assistência Farmacêutica ao Controle
736 Social, ressaltando que a capacidade técnica da equipe responsável pela elaboração da Política foi
737 aliada às propostas de políticas construídas nos últimos vinte anos. Ressaltou que o processo de
738 construção da Política foi conduzido pelo Senhor **José Alberto Hermógenes** e em virtude do
739 compromisso político do Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, foi possível o entendimento
740 da Política como estratégia intersetorial. Sobre o Programa de Dispensação de Medicamentos
741 Excepcionais, ressaltou que dispunha de mais de duzentos medicamentos excepcionais e atendia
742 cerca de 140 mil pessoas. Todavia, acrescentou que os medicamentos de alto custo não estavam
743 apenas no Programa de Dispensação de Medicamentos Excepcionais e, a propósito, citou os
744 medicamentos da alta complexidade, oncologia, entre outros. Explicou que o Ministério da Saúde
745 participava do debate concernente à farmácia como estabelecimento de saúde, com acompanhamento
746 do processo de revisão da Lei nº 5.991. Além disso, chamou a atenção para a necessidade de retomar
747 a Resolução do CNS de aprofundar a proposta da Comissão de Vigilância Sanitária no que dizia
748 respeito à concessão pública. Destacou a necessidade de discutir as propostas relativas à farmácia
749 como estabelecimento de saúde, com vistas à definição de marco regulatório para a questão. Disse que
750 para superar o quadro de dependência do país no que diz respeito à importação seria necessário
751 implementar a política industrial que trata fármacos e medicamentos como uma área prioritária de
752 investimento para os próximos anos e definir política de investimento em ciência, tecnologia e inovação
753 em saúde que apontasse a dotação orçamentária necessária à interação entre as prioridades definidas
754 pelo país e as iniciativas de produção de insumos e medicamentos do setor público e privado.
755 Ressaltou, ainda, que o investimento na área de ciência, tecnologia e inovação em saúde consistia em
756 um processo de ação intersetorial no âmbito da política de desenvolvimento do país, ilustrado pela
757 iniciativa do governo de criar no âmbito do Ministério da Saúde a Secretaria de Ciência, Tecnologia e
758 Insumos Estratégicos e possibilitar interface concreta com outros Ministérios. Além disso, disse ser de
759 fundamental importância definição de diretrizes, por parte do Controle Social, no âmbito de ciência e
760 tecnologia a serem observadas pelos diferentes segmentos do governo. Acrescentou também a
761 importância de discutir as consequências da Lei de Patentes, aprovada em 1996, bem como o Decreto
762 Presidencial que a regulamentou. Explicou que o Decreto Presidencial de regulamentação da Lei de
763 Patentes foi alterado em 2003, garantindo que na perspectiva de licença compulsória fosse possível a
764 importação de medicamentos genéricos produzidos por outros produtores internacionais para atender
765 as demandas do país, enquanto não houvesse condições de produção. Disse que a questão das
766 patentes tem sido tratada com bastante cautela e atenção no âmbito do Ministério da Saúde. Informou
767 também que representava o Ministério da Saúde no Grupo Interministerial de Propriedade Intelectual
768 que reunia representantes de diferentes Ministérios e vinha tratando sobre a necessidade de o país
769 incorporar a chamada importância paralela para suprir as necessidades nacionais. Destacou que, sem
770 a salvaguarda da licença voluntária ou da licença compulsória, o país perderia mecanismo de pressão
771 no cenário internacional, o que resultaria em maior nível de dependência em relação aos medicamentos
772 de maior valor agregado e mais recentemente lançados, a exemplo dos medicamentos antiretrovirais.
773 Ressaltou que o Farmanguinhos era um centro de investimento estratégico para o processo de
774 transferência, agregação e desenvolvimento de tecnologia a partir de recursos do Ministério da Saúde e
775 outros órgãos do governo. Reconheceu a importância de defender a “Declaração de Dorah” que
776 permitiria ao país atuar no cenário com a salvaguarda necessária a todo país em desenvolvimento, não
777 se submetendo a legislação internacional de patente que resultasse na exclusão do Brasil do cenário
778 internacional e do acesso aos medicamentos. Comentou também sobre a questão da equidade na
779 dispensação dos medicamentos, destacando que as pessoas que necessitam de medicamentos de alto
780 custo tinham de ter acesso aos mesmos e a serviços qualificados para diagnóstico e acompanhamento
781 da utilização de medicamentos. Nessa linha, destacou que, no caso dos medicamentos de alto custo, o
782 viés monetarista não poderia ser adotado na perspectiva de comparação de recursos para atenção
783 primária e alto custo, sem avaliar o impacto disso na vida das pessoas. Comentou sobre o impacto
784 positivo de dispensação dos medicamentos do Programa DST/AIDS como a redução de mais de U\$
785 250 mil em gastos com internação hospitalar e melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras
786 do HIV. Ressaltou a importância de pactuação com gestores estaduais e municipais concernente à
787 responsabilização hierarquizada sobre os serviços para atenção à saúde das pessoas. Informou,
788 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 possibilidades 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

850 da Lei nº 8.080/90, que define a forma de repasse de recursos pela União a Estados e Municípios.
851 Disse que, após avaliação, a COFIN/CNS observou que o Projeto de Lei Complementar do Deputado
852 **Guilherme Menezes** contemplava as diretrizes da Resolução nº 322, bem como as sugestões
853 apresentadas em seminários realizados no processo de discussão da regulamentação. Ressaltou que a
854 manutenção dos 10% das receitas correntes da União aplicáveis na saúde, que consistia em diretriz
855 aprovada na 12ª Conferência Nacional da Saúde e contemplada no Projeto de Lei Complementar seria a
856 principal polêmica que permearia o debate no Congresso Nacional. Por fim, informou que o Deputado
857 **Rafael Guerra** apresentaria novo Projeto de Lei Complementar de Regulamentação da EC nº 29, que
858 abordaria de forma diferente o percentual das receitas correntes da União aplicáveis na saúde.
859 Conselheiro **Gerônimo Paludo** acrescentou que a fonte de arrecadação proposta no Projeto de Lei
860 Complementar do Deputado **Rafael Guerra** seria de 2,5% do PIB nominal. Disse que tal fato
861 prejudicaria o processo de debate sobre a regulamentação da EC nº 29, nesse sentido, ressaltou a
862 importância de mobilização para garantir a aprovação da proposta de regulamentação justa. Além
863 disso, mostrou preocupação com o fato de o Ministério da Fazenda ter definido a regulamentação da
864 EC nº 29 como uma das suas prioridades para 2004, considerando que a questão financeira, muitas
865 vezes, prevalecia sobre a questão do orçamento para o Controle Social. Por fim, informou também que
866 o Deputado **Guilherme Menezes** comprometeu-se a dar entrada no Substitutivo somente após a
867 reunião do CNS, o que possibilitaria a apresentação de sugestões. Conselheiro **Alexandre de Oliveira**
868 **Fraga** sugeriu que fosse elaborada manifestação de apoio do CNS à proposta de regulamentação
869 aprovada na 12ª Conferência Nacional de Saúde para ser encaminhada ao Deputado **Rafael Guerra** e
870 aos demais membros da Frente Parlamentar da Saúde. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira**
871 **Neto** destacou que uma das prioridades do Ministério da Saúde era garantir mais recursos para a
872 saúde, no entanto, reconheceu que haveria embate com a área econômica do governo e com o
873 Congresso Nacional. Nessa linha, disse que o CNS teria de lutar pelos recursos da saúde por meio de
874 vários mecanismos de pressão política. Conselheiro **Gerônimo Paludo** apresentou o relatório da reunião
875 ordinária da COFIN, realizada no dia 04 de maio de 2004, na qual foram tratados os seguintes
876 aspectos: errata sobre a notícia de Regulamentação da EC nº 29 no Jornal "SAÚDE BRASIL" do
877 Ministério da Saúde, na próxima edição nº 95, em abril de 2004; Nota Técnica nº 01/ASTEC/SOF/MP,
878 de 22 de abril de 2004, relativa à aplicação mínima de recursos em ações e serviços de saúde; estudo
879 e finalização do documento sobre a regulamentação da EC nº 29 para trabalho na Plenária de
880 Conselhos; execução orçamentária e financeira 2003 do Ministério da Saúde. A propósito do
881 cumprimento da Emenda, destacou que o Ministério da Saúde não cumpriu a EC nº 29 no ano de 2003.
882 Ressaltou que de acordo com o disposto na Emenda, os recursos gastos em ações e serviços de
883 saúde compreenderiam R\$ 24,73 bilhões, ou seja, a execução de 2002 acrescida de variação estimada
884 do PIB entre 2002 e 2003. Sinalizou que, considerando o percentual de 12,29% do PIB, o Ministério da
885 Saúde deveria ter gasto R\$ 27,77 bilhões. No entanto, mesmo considerando a estimativa anterior de
886 10,12% do PIB, o Ministério da Saúde não cumpriu a Emenda, pois aplicou R\$ 27,18 bilhões em ações
887 e serviços de saúde. Desse modo, disse que na estimativa anterior o Ministério deixou de cumprir a EC
888 nº 29 em R\$ 58 milhões, e considerando a variação de 12,29% do PIB, entre 2002 e 2003, em R\$ 595
889 milhões. Ressaltou que o Ministério da Saúde solicitou a Secretaria de Orçamento e Finanças do
890 Ministério do Planejamento e Orçamento o acréscimo de R\$ 161 milhões ao limite autorizado para
891 empenho em 2004, de modo a totalizar o montante de R\$ 596 milhões relativos ao déficit de aplicação
892 mínima necessária para 2003. Ressaltou que a Secretaria de Orçamento e Finanças do Ministério do
893 Planejamento não concordou com o aporte pleiteado pelo Ministério da Saúde e destacou que o limite
894 orçamentário atual já incorporava o mínimo definido pela EC nº 29 e os recursos não aplicados em
895 2003. Sinalizou que cabia ao CNS, por intermédio da COFIN, verificar se serão aplicados recursos
896 adicionais no valor de R\$ 595 milhões relativos a ações e serviços não realizados em 2003. Enfatizou,
897 ainda, que a base de cálculo para se chegar ao total de R\$ 27,77 bilhões estava sendo discutida desde
898 2003, considerando que ao se admitir o referido valor aceitava-se que o Ministério da Saúde teria
899 cumprido a EC nº 29 em 2002, o que não aconteceu. Além disso, acrescentou que a Emenda também
900 não foi cumprida em 2001 e 2000. No que diz respeito à execução orçamentária e financeira do
901 Ministério da Saúde, chamou a atenção para a baixa proporção do valor empenhado e do liquidado de
902 alguns itens em relação ao disposto na Lei. A propósito, citou o caso dos seguintes Programas: **a)**
903 Sangue e Hemoderivados – 10,93% empenhado e apenas 5,44% liquidado; **b)** Saneamento Básico
904 (demais ações) – 92,71% empenhado e apenas 22,14% liquidado; **c)** Saneamento Básico (Projeto
905 Alvorada) – 0,0% empenhado e 0,0% liquidado; **d)** Produção de Vacinas e Medicamentos – 92,71%
906 empenhado e apenas 22,14% liquidado; e **e)** Projeto Nordeste – 100% empenhado e apenas 5,27%
907 liquidado. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** lembrou que o CNS era o responsável por aprovar a
908 prestação de contas da execução orçamentária do Ministério da Saúde. Nesse sentido, indagou sobre o
909 motivo do CNS não haver solicitado explicações do Ministério da Saúde frente à baixa execução
910 orçamentária dos seus programas. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,

911 comentou sobre a mobilização dos estados em relação à Plenária de Conselhos que ocorreria no dias
912 12 e 13 de maio de 2004. Nessa linha, ressaltou a importância de o CNS definir a pauta do evento.
913 Ressaltou também que havia novo cenário político em relação ao debate sobre a regulamentação da
914 EC nº 29, considerando que outros Deputados apresentariam Projetos de Lei Complementar ao
915 Substitutivo do Deputado **Guilherme Menezes**. A propósito, informou que o Deputado **Geraldo Rezende**
916 apresentou Projeto apensado ao Substitutivo do Deputado **Guilherme Menezes** e que o Deputado
917 **Rafael Guerra** também apresentaria outro Projeto de Lei Complementar. Com isso, o Projeto do
918 Deputado **Guilherme Menezes** teria dois Projetos apensados, o que poderia resultar na definição de
919 novo relator e no reinício de todo o processo de discussão da EC nº 29. Disse também que a
920 Secretaria-Executiva foi questionada sobre a utilização de recursos da saúde com transferência de
921 renda unificada (Fome Zero). Sinalizou a importância de colocar à disposição de estados e municípios o
922 quadro comparativo entre os Projetos de Lei dos Deputados **Guilherme Menezes** e **Roberto Gouveia** e
923 a Resolução nº 322 do CNS, privilegiando o novo cenário de possíveis mudanças na Comissão de
924 Seguridade Social que reordenariam o processo de debate sobre a EC nº 29. Nessa linha, ressaltou ser
925 de fundamental importância mobilização da Plenária de Conselhos a fim de garantir o processo de
926 debate da EC nº 29, conforme Projeto do Deputado **Guilherme Menezes**. Professor **Elias Antônio Jorge**
927 esclareceu, a princípio, que há onze anos o CNS recebia, mensalmente, prestação de contas do
928 Ministério da Saúde. Lembrou que o Projeto do Deputado **Guilherme Menezes** foi construído a partir da
929 mobilização do conjunto de atores que elaboraram o documento “Parâmetros Consensuais para
930 Implementação da Emenda”, em um processo coordenado pelo CNS. Continuou esclarecendo que a
931 partir do referido documento fora elaborada a Resolução nº 316, de 2002, que fora homologada na
932 nova gestão do Ministério da Saúde com o nº 322, que manifesta a posição oficial do CNS sobre a EC
933 nº 29. Ressaltou que, após análise, a COFIN verificou que as diretrizes da Resolução nº 322 estavam
934 contempladas no Projeto do Deputado **Guilherme Menezes**, além de outras questões. Disse que o
935 Projeto apresentado pelo Deputado **Geraldo Rezende** não atrapalharia o Projeto do Deputado
936 **Guilherme Menezes**, considerando que contemplava as diretrizes da Resolução nº 322. Ressaltou
937 também que o Projeto do Deputado **Rafael Guerra** apresentava como proposta de fonte de arrecadação
938 o percentual de 2,5% do PIB, que correspondia a R\$ 40 milhões, valor que se aproximava do total
939 aprovado pela 12ª Conferência Nacional da Saúde. Ressaltou a importância de o Projeto do Deputado
940 **Guilherme Menezes** ser incluído na pauta de discussão da Comissão de Seguridade Social,
941 considerando que os dois Projetos apensos não apresentariam mudanças significativas. Chamou a
942 atenção para a necessidade de ampla articulação nacional para garantir a aprovação da
943 regulamentação da EC nº 29. Ressaltou que participaria do processo de debate sobre a
944 regulamentação da Emenda como representante do CNS na Câmara Técnica do SIOPS. No entanto,
945 disse que seria necessário indicar novo representante do CNS para participar da Câmara, considerando
946 que atualmente participava da mesma como diretor de economia da saúde. Informou que o Deputado
947 **Guilherme Menezes** estaria presente no segundo dia de reunião do Conselho e, nesse sentido,
948 destacou a necessidade de o CNS resguardar o seu direito de acompanhar o Projeto. Conselheiro
949 **Francisco Batista Júnior** destacou a necessidade de o Ministério recompor o total de R\$ 595 milhões
950 que faltou para cumprir a EC nº 29, em 2003. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** chamou a atenção
951 para o não cumprimento da EC nº 29, pelo Ministério da Saúde, a partir de 2000, o que gerava um
952 déficit em relação à aplicação do valor empenhado. Acrescentou que se apontava para aplicação de
953 recursos adicionais no Orçamento de 2004 para recompor o recurso não executado em 2003, o que
954 gerava a expectativa de cumprimento da Emenda em 2004 e recomposição do valor não executado em
955 2003, caso houvesse a execução do orçamento previsto para 2004. Nesse sentido, destacou que uma
956 das prioridades de trabalho do CNS deveria ser o acompanhamento da execução orçamentária do
957 Ministério da Saúde em 2004, com análise mensal da execução orçamentária dos Projetos do
958 Ministério. Professor **Elias Antônio Jorge** explicou que a Emenda definia valor mínimo a ser aplicado em
959 ações e serviços de saúde. Acrescentou, ainda, que a Resolução nº 322 definia que, caso houvesse
960 descumprimento da Emenda, o valor deveria ser recomposto no ano seguinte. Nesse sentido, disse que
961 havia a hipótese de cumprimento do orçamento 2004 e a recomposição do orçamento de 2003 (total de
962 R\$ 563 milhões). Falou sobre a proposta da COFIN, que foi contemplada no Projeto do Deputado
963 **Guilherme Menezes**, de que somente poderiam ser considerados para efeito de cumprimento da
964 Emenda os restos a pagar cujo dinheiro fosse aplicado no Fundo de Saúde. Ressaltou que o orçamento
965 previsto para 2004 cobriria o mínimo previsto pela Emenda e a defasagem em relação ao orçamento de
966 2003. Nesse sentido, ressaltou a importância de acompanhamento da execução orçamentária do
967 Ministério da Saúde, convocando os responsáveis pelos Programas com baixa execução a prestarem
968 esclarecimentos. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que na Reunião
969 Ordinária do mês de março de 2004, foi definido que seria publicada emenda esclarecendo sobre o não
970 cumprimento da Emenda por parte do Ministério da Saúde em 2003 e que o montante de R\$ 598
971 milhões seria recomposto no orçamento de 2004. Dessa forma, disse que seria necessário acompanhar

972 a execução orçamentária do Ministério da Saúde, a fim de verificar a recomposição do montante de R\$
973 598 milhões. Além disso, lembrou que, na Deliberação do CNS nº 001, de agosto de 2003, o Plenário
974 decidiu renegociar o montante relativo ao descumprimento da EC nº 29 em 2000, 2001 e 2002. Disse
975 que seria necessária a participação dos responsáveis pelos Programas do Ministério da Saúde com
976 baixa execução orçamentária nas reuniões da COFIN para prestação de esclarecimentos sobre a
977 questão. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** informou que a COFIN iria recuperar a Deliberação do
978 CNS nº 001, de agosto de 2003, e solicitará informações ao Ministério da Saúde sobre os
979 encaminhamentos dados. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** destacou que o encaminhamento
980 para a questão da EC nº 29 seria acompanhar a execução orçamentária do Ministério da Saúde de
981 2004 e convidar os técnicos do Ministério da Saúde responsáveis por Programas do Ministério da
982 Saúde com baixa execução orçamentária para participar da próxima reunião da COFIN e prestar
983 esclarecimentos. **Os relatórios das reuniões da COFIN foram aprovados.** Definido esse ponto, sugeriu
984 que o Plenário iniciasse o debate sobre a programação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.
985 Conselheiro **Gerônimo Paludo** apresentou proposta de programação para a Plenária de Conselhos, a
986 realizar-se nos dias 12 e 13 de maio de 2004, sendo: *Dia 12 de maio*: Local: Auditório Petrônio Portela,
987 Senado Federal, Anexo II, Térreo, Brasília, Distrito Federal. 10h – Abertura. 10h – Painel "Conjuntura Econômico-social
988 e os desafios para regulação da EC nº 29". *Expositores*: Professora **Clair Castilhos**; Professor **Elias Antônio
989 Jorge** e Deputado **Guilherme Menezes**. 11h10min. - Leitura do documento "Manifesto em Defesa da
990 Regulamentação da EC 29". 11h15min – Debate/Fala dos parlamentares e Conselheiros. 14h30min –
991 Concentração por Estados; 15h – Sensibilização dos Parlamentares (visita dos Conselheiros de Saúde
992 aos Gabinetes dos Parlamentares). *Dia 13 de maio*: Auditório Parlamundi - SGAS 915 - Lotes 75/76 -
993 Parlamento Mundial da Fraternidade Ecumênica (Templo da Boa Vontade), Salão 2^a Subsolo – Brasília, Distrito
994 Federal. 9h – Avaliação das atividades do dia anterior; Construção de Agenda Nacional de Mobilização
995 pela Regulamentação da EC nº 29. 10h: Organização e Funcionamento da Plenária Nacional de
996 Conselhos de Saúde. Item 09 – Encerramento. **Após contribuições dos Conselheiros, a proposta de
997 programação para o dia 12 de maio de 2004 foi aprovada, com uma abstenção.** Definida a dinâmica da
998 Plenária concernente ao dia 12 de maio de 2004, Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** convidou
999 a representante da Plenária de Conselhos de Saúde, **Wanderly Machado**, para apresentar proposta de
1000 "Manifesto em Defesa da Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29". A representante da
1001 Plenária de Conselhos de Saúde, **Wanderly Machado**, explicou que a proposta de "Manifesto em
1002 Defesa da Regulamentação EC nº 29" apresentava um histórico sobre o financiamento para o SUS a
1003 partir dos seguintes eixos: I. Recuperando a História: a) 1990 – Aprovação da Lei Orgânica da Saúde;
1004 b) 1993 – Apresentação do Projeto de Emenda Constitucional – PEC nº 169; c) 13/09/00 –
1005 Promulgação da Emenda Constitucional – EC nº 29. II. Por que a EC nº 29 ainda precisa de
1006 regulamentação?. III. Princípios que defendemos para regulamentação da EC nº 29: Integralidade,
1007 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
1008 recursos da União para Estados, Distrito Federal e Municípios? V. O que são ações e serviços de
1009 saúde? e VI. Quais as condições para um gerenciamento adequado e passível de avaliação,
1010 fiscalização e controle? Destacou que a proposta era distribuir o documento na Plenária, a fim de inserir
1011 novos Conselheiros na discussão sobre a EC nº 29. Esclareceu que se optou por elaborar um
1012 manifesto por ser a forma de documento historicamente utilizado para manifestação nas Plenárias de
1013 Conselhos. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu que fosse incluído item esclarecendo que as Fontes
1014 da Seguridade Social eram as que alimentam as fontes da saúde. Destacou também a necessidade de
1015 explicitar no item da promulgação da EC nº 29 a intensa participação dos Conselhos de Saúde no
1016 processo de promulgação da Emenda. Sugeriu, ainda, a inclusão da palavra "mínimos" no item que
1017 trata da definição de percentuais nas três esferas de Governo. Por fim, propôs que o texto fosse melhor
1018 formato. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu, em virtude do avançar da hora, que o Plenário
1019 apresentasse as contribuições ao Manifesto para a representante da Plenária de Conselhos de Saúde,
1020 **Wanderly Machado**. O Plenário acatou a proposta e decidiu concluir a discussão sobre o Manifesto e a
1021 dinâmica do dia de 13 de maio de 2004 no segundo dia de reunião. No segundo dia de reunião, foi
1022 retomado o debate da dinâmica de trabalho da Plenária para o dia de 13 de maio de 2004. A
1023 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que, foram distribuídos aos
1024 Conselheiros os dois documentos que serviriam de subsídio para os debates do segundo dia de
1025 Plenária, sendo: documento da Plenária de Conselhos, que apresenta trajetória histórica das Plenárias
1026 de Conselhos de Saúde já realizadas; e documento com as decisões da XI Plenária de Conselho sobre
1027 a organização e funcionamento da Plenária. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** enfatizou que
1028 seria necessário elaborar documento com explicações sobre o processo de conclusão da 12^a
1029 Conferência Nacional da Saúde para ser distribuído na Plenária, esclarecendo que a responsabilidade
1030 pela não conclusão do relatório não era do CNS. Conselheira **Zilda Arns Neumann** ressaltou a
1031 importância de garantir que os parlamentares tivessem na Plenária, precedência na fala. A Secretaria-
1032

1033 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, esclareceu que seria combinado com os participantes da
1034 Plenária que os parlamentares tivessem precedência na fala. Disse, ainda, que a equipe técnica do
1035 Ministério da Saúde apresentaria informe sobre a conclusão do relatório da 12ª Conferência Nacional
1036 de Saúde. **Feitas essas considerações, o Plenário aprovou a proposta de programação para o dia de 13**
1037 **de maio de 2004.** Em seguida, foram feitas indicações de nomes para coordenar os pontos da pauta da
1038 Plenária. **Após a indicação dos nomes para coordenar os trabalhos, a programação da Plenária foi**
1039 **aprovada nos seguintes termos:** *Dia 12 de maio:* Local: Auditório Petrônio Portela, Senado Federal, Anexo
1040 II, Térreo, Brasília, Distrito Federal. 10h – Abertura. 10h – Painel "Conjuntura Econômico-social e os desafios para
1041 regulação da EC nº 29". *Expositores:* Professora **Clair Castilhos**; Professor **Elias Antônio Jorge** e Deputado
1042 **Guilherme Menezes.** (será aberta a palavra para os parlamentares presentes). 11h10min – Leitura do
1043 documento "Manifesto em Defesa da Regulamentação da EC 29". 11h15min – Debate – Fala dos
1044 parlamentares e manifestação livre do Plenário. Os trabalhos da manhã serão coordenados pelos
1045 Conselheiros **Júlia Maria dos Santos Roland** e **Eni Carajá Filho**; e dois representantes da Plenária de
1046 Conselhos. 14h30 min – Concentração por Estados. 15h – Sensibilização dos Parlamentares (visita dos
1047 Conselheiros de Saúde aos Gabinetes dos Parlamentares). *Dia 13 de maio:* Auditório Parlamundi -
1048 SGAS 915 - Lotes 75/76 - Parlamento Mundial da Fraternidade Ecumênica (Templo da Boa Vontade), Salão 2ª
1049 Subsolo – Brasília, Distrito Federal. 9h – Avaliação das atividades do dia anterior - Construção de Agenda
1050 Nacional de Mobilização pela Regulamentação da EC nº 29. 10h – Organização e Funcionamento da
1051 Plenária Nacional de Conselhos (a pauta será definida pelo CNS). Item 09 – Encerramento. Os
1052 trabalhos do segundo dia da Plenária serão coordenados pelos Conselheiros **Francisco Batista Júnior** e
1053 **Jesus Francisco Garcia** e dois representantes da Plenária. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da**
1054 **Silva** destacou que seria necessário definir documento com uma estrutura de composição da Plenária
1055 Nacional de Conselhos de Saúde para subsidiar o debate sobre organização e funcionamento da
1056 Plenária. Além disso, lembrou que foi constituído grupo na última reunião do CNS para apresentar
1057 diretrizes para o processo eleitoral da Plenária de Conselhos. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane**
1058 **Aparecida da Cruz**, informou que, em virtude do curto espaço de tempo entre a reunião ordinária do
1059 CNS de abril e a do mês de maio, o grupo constituído para apresentar diretrizes para o processo
1060 eleitoral da Plenária não conseguiu elaborar proposta para apresentar ao Plenário. Por essa razão,
1061 decidiu-se por retomar as decisões da XI Plenária de Conselhos sobre a organização e funcionamento
1062 da Plenária para subsidiar o debate. Acrescentou que a idéia era realizar Plenária até o final de 2004
1063 para eleger a nova coordenação. Conselheiro **Eni Carajá Filho** ressaltou que a Plenária que ocorreria
1064 na semana seguinte foi convocada extraordinariamente para discutir, *a priori*, a Emenda Constitucional
1065 nº 29 e iniciar o debate das diretrizes para o processo eleitoral da Plenária que ocorreria no mês de
1066 novembro de 2004. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** sugeriu que fosse aberto debate
1067 sobre a composição da Plenária de Conselhos, a fim de definir propostas de composição a serem
1068 apresentadas na Plenária. Conselheiro a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
1069 ressaltou que para discutir o processo de composição da Plenária de Conselhos seria necessário
1070 suspender o debate do item 05 relativo a regulamentação das Comissões e GTs do CNS. Conselheiro
1071 **Carlos Alberto Ebeling Duarte** ressaltou que o processo de regulamentação das Comissões e GTs do
1072 CNS tem gerado conflitos nos estados. Desse modo, defendeu a manutenção do item relativo a
1073 regulamentação das Comissões e GTs do CNS. Além disso, sinalizou que seria necessário elaborar
1074 documento explicando sobre o processo de reformulação das Comissões do CNS para ser divulgado. A
1075 Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que o CNS não se manifestou a
1076 respeito do processo de regulamentação das suas Comissões, pois o processo de reformulação estava
1077 em debate. Nessa linha, sugeriu que os documentos relativos ao processo de reformulação das
1078 Comissões do CNS não fossem divulgados às entidades, pois eram preliminares e estavam em fase de
1079 discussão. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** sugeriu que fosse definida proposta de
1080 composição da Plenária de Conselhos, para ser apresentada na Plenária, com vistas a deflagrar o
1081 processo de debate sobre a eleição da nova coordenação. **O Plenário endossou o encaminhamento**
1082 **apresentado pela Conselheira Rosane Maria Nascimento da Silva.** Os Conselheiros **Eni Carajá Filho** e
1083 **Rozângela Fernandes Camapum** deverão elaborar documento de sistematização das propostas
1084 existentes de composição das Coordenações da Plenária de Conselhos para ser distribuído aos
1085 participantes da Plenária. Concluída essa questão, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
1086 **Cruz**, apresentou como novo membro do Conselho o Secretário Municipal de Saúde de Campina
1087 Grande/SP, **André Luiz B. de Carvalho**. Em seguida, iniciou o debate do item 05 da pauta. **ITEM 05 –**
1088 **GT DE REGULAMENTAÇÃO DAS COMISSÕES E GTs DO CNS –** Conselheiro **Alexandre de Oliveira**
1089 **Fraga** iniciou sua apresentação lembrando que na 141ª Reunião, realizada no dias 14 e 15 de abril, o
1090 Plenário aprovou o novo formato das Comissões do CNS e a criação de GT para definir proposta de
1091 regulamentação para o funcionamento das Comissões de Promoção e Atenção à Saúde e de
1092 Articulação, Informação e Controle Social. Nesse sentido, informou que foi realizada reunião do GT no
1093 dia 29 de abril de 2004 da qual participaram Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**, Conselheiro

1094 **Francisco Batista Júnior**, Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, **Eliane Aparecida Cruz** e **Lúcia Maria**
1095 **Costa Figueiredo**. Explicou que na reunião foi elaborada proposta, com base nos considerandos do
1096 Plenário apresentados na reunião 141^a/CNS, para então iniciar o debate sobre a regulamentação para
1097 o funcionamento das Comissões e GTs do CNS. Feitas essas considerações iniciais, passou a
1098 apresentar as propostas do GT. Destacou, a princípio, os eixos temáticos de competência da Comissão
1099 de Promoção e Atenção à Saúde, a saber: **1. DST/AIDS; 2. Saúde Bucal; 3. Saúde da Mulher; 4. Saúde**
1100 **Mental; 5. Saúde do Campo; 6. Saúde Suplementar; 7. Saúde do Negro; 8. Saúde da Criança e do**
1101 **Adolescente; 9. Saúde dos Idosos; 10. Eliminação da Hanseníase; 11. Portadores de Deficiência e**
1102 **Patologia; e 12. Redução do Trauma e Violência**. Explicou que a proposta era incluir o eixo temático
1103 **Assistência Farmacêutica na Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia**. Lembrou que
1104 as Comissões eram assessoras do Plenário, desse modo, as suas pautas (agenda) deveriam sempre
1105 ser definidas pelo Plenário do CNS. Nessa linha, apresentou alguns objetivos da Comissão de
1106 Promoção e Atenção à Saúde, sendo: **1. Articular as temáticas transversais relativas à promoção e**
1107 **atenção à saúde, buscando assegurar os princípios da intersetorialidade e a integralidade do SUS; 2.**
1108 **Acompanhar a implementação das Políticas Nacionais de Saúde pelo Ministério da Saúde, reportando-**
1109 **se ao CNS para informes periódicos sobre as mesmas; e 3. Propor ao Plenário do CNS que delibere**
1110 **sobre questões referentes às diversas temáticas de sua competência**. No que diz respeito à
1111 **periodicidade de reuniões**, explicou que a sugestão era de que a Comissão de Promoção e Atenção à
1112 **Saúde se reunisse a cada dois meses**. Nesse ponto, apresentou a proposta de transformar as antigas
1113 **Comissões em Grupos de Apoio Temático que teriam como propósito subsidiar pautas e referências**
1114 **técnicas para a Comissão de Promoção e Atenção à Saúde**. Acrescentou que os Grupos Temáticos
1115 **deveriam reunir-se a cada quatro meses, de forma intercalada**, a fim de evitar que todos se reunissem
1116 **no mesmo mês, ou extraordinariamente, por solicitação do Plenário**. Com relação ao número de
1117 **integrantes**, explicou que a proposta era que a Comissão de Promoção e Atenção à Saúde tivesse doze
1118 **membros**. Já os Grupos de Apoio Temático deveriam ter 6 (seis) membros, exceto aqueles
1119 **responsáveis pelos eixos temáticos Saúde da Mulher e Saúde Mental que teriam 9 (nove) membros**.
1120 Sobre a composição, disse que a Comissão e os Grupos de Apoio deveriam ter representantes de
1121 todos os segmentos que compõem o CNS (usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de
1122 serviços), no entanto, não seria obrigatório o critério da paridade. Comentou também sobre a
1123 coordenação e coordenação adjunta da Comissão e dos Grupos de Apoio, explicando que a proposta
1124 era que somente Conselheiro, indicado pelo Plenário, poderia ser coordenador de Comissão, por um
1125 período máximo de dois anos ou, em caso de solicitação, por período inferior a esse. Ressaltou que o
1126 grupo também propôs a criação da relatoria e relatoria adjunta da Comissão e dos Grupos de Apoio
1127 Temático, a fim de garantir registro político dos debates das Comissões e dos Grupos. Enfatizou que o
1128 relator das Comissões e dos Grupos de Apoio deveria ser Conselheiro indicado por um período máximo
1129 de dois anos ou, em caso de solicitação da Comissão, por período inferior a esse. Referiu que os
1130 Conselheiros não deveriam coordenar mais de uma Comissão ou Grupos de Apoio por vez, a fim de
1131 não sobrecarregar os membros do CNS. No que se refere às funções, explicou que a Coordenação ou,
1132 na ausência desta, a Coordenação Adjunta, seriam responsáveis por: **1. Convocar as reuniões por**
1133 **escrito com a proposta de pauta; 2. Solicitar o material de apoio à pauta; 3. Coordenar as reuniões; 4.**
1134 **Representar a Comissão sempre que o Pleno do CNS determinar; e 5. Apresentar o calendário de**
1135 **reuniões e o Plano de Trabalho para aprovação pelo Plenário**. Com referência à Relatoria ou da
1136 Relatoria Adjunta, na ausência da primeira, explicou que seria responsável por preparar e apresentar
1137 ao Plenário informes sobre o andamento da Comissão que seriam divulgados nos meios de
1138 comunicação do CNS, após aprovação do Plenário. Sobre a Comissão de Articulação, Informação e
1139 Controle Social, destacou, a princípio, os eixos temáticos de sua competência, sendo: **1. Capacitação**
1140 **de Conselheiros; 2. Normatização; 3. Regimento Interno (proposta-estatuto eleitoral); 4. Coordenação**
1141 **Geral – CCG; 5. Comunicação Social; e 6. Coordenadores do CNS na Plenária de Conselho de Saúde**.
1142 Explicou que a Comissão deveria se reunir mensalmente. Além disso, disse que a proposta era
1143 constituir dois Grupos de Apoio Temático para a Comissão, sendo: **1. Comunicação Social: composto**
1144 **por 6 (seis) membros e com reuniões mensais; e 2. Comissão de Coordenação Geral – CCG: paritária,**
1145 **devendo optar-se por um modelo de composição: quatro membros: deverá ter suplência; e oito**
1146 **membros: não deverá ter suplência**. Nesse ponto, destacou que seria necessário definir as atribuições
1147 da CCG. Disse, ainda, que deveriam ser criados Grupos de Apoio Temporários para tratar sobre os
1148 temas: **1. Regimento Interno (suspenso até a nova gestão do CNS); 2. Normatização – Revisão**
1149 **Normativa da Tripartite – CIT e outros**. Prazo de funcionamento: até agosto de 2004; **3. Estatuto**
1150 **Eleitoral (a ser elaborado)**. Prazo: até agosto de 2004; e **4. OSCIPS**. Prazo de funcionamento: até maio
1151 de 2004. No que diz respeito às Comissões instituídas pela Lei nº 8.080/90, apresentou as seguintes
1152 propostas do Grupo: **a) que as Comissões apresentassem os seus Planos de Trabalho até julho de**
1153 **2004; b) que as reuniões da CONEP e da COFIN fossem mensais; c) que fosse instalada a Comissão**
1154 **de Vigilância Sanitária (CIVS), conforme proposta; d) que as reuniões das Comissões fossem**

1155 trimestrais, com reuniões extraordinárias aprovadas pelo plenário, quando necessário; e e) que fossem
1156 revistas coordenações e relatoria das Comissões sem coordenação e relatoria. Disse que proposta era
1157 de que o processo de transição das Comissões atuais fosse feito até março de 2005. Por fim, destacou
1158 que a proposta apresentada pelo Grupo era preliminar e estava aberta a contribuições. Conselheiro
1159 **Francisco Batista Júnior** explicou que o Grupo teve dúvida sobre onde deveria ser contemplado o eixo
1160 temático assistência farmacêutica. Contudo, destacou que, após a apresentação da Política Nacional
1161 de Assistência Farmacêutica, a proposta era incluir o Grupo Temático de Assistência Farmacêutica na
1162 Comissão de Promoção e Atenção à Saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** propôs que o
1163 prazo máximo para a transição das Comissões fosse de dois meses, após definição do processo de
1164 regulamentação. Ressaltou também que as pautas da Comissão de Promoção e Atenção à Saúde não
1165 deveriam ser definidas sempre pelo Plenário, mas sim, prioritariamente, de forma a garantir a
1166 proposição de temas a serem discutidos, por parte da Comissão. Além disso, sugeriu que as reuniões
1167 da Comissão de Promoção e Atenção à Saúde fossem mensais, em virtude do grande número de
1168 temas de sua competência. Defendeu, ainda, que as Comissões de Promoção e Atenção à Saúde e de
1169 Articulação, Informação e Controle Social fossem compostas somente por Conselheiros. Já as
1170 Comissões definidas pela Lei nº 8.080/90 e os Grupos de Apoio poderiam ser compostos por membros
1171 que não fossem Conselheiros. Por fim, lembrou que o Regimento Interno do CNS e o Estatuto Eleitoral
1172 eram pontos de discussão prioritários. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** discordou do prazo
1173 proposto para a transição das Comissões, por entender que era muito extenso. Endossou, ainda, a
1174 proposta de a Comissão de Promoção e Atenção à Saúde ser composta apenas por Conselheiros e de
1175 as suas reuniões serem mensais. Concordou com a sugestão de o eixo temático Assistência
1176 Farmacêutica ser incluído na Comissão de Promoção e Atenção à Saúde. Por fim, sugeriu que as
1177 reuniões dos Grupos de Apoio Temático fossem trimestrais. Conselheira **Zilda Arns Neumann** disse que
1178 as Comissões deveriam ter autonomia para definir os seus respectivos calendários de reunião e planos
1179 de trabalho, no entanto, deveriam submetê-los à apreciação e aprovação do Plenário do CNS. Além
1180 disso, discordou do prazo máximo de dois anos para que um Conselheiro ficasse na coordenação de
1181 uma Comissão. Na sua opinião, o período de coordenação deveria ser de dois anos prorrogáveis por
1182 igual período, caso Plenário assim entendesse. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** defendeu que o
1183 eixo temático Assistência Farmacêutica fosse incluído na Comissão de Promoção e Atenção à Saúde,
1184 de forma a garantir o debate do tema na perspectiva da integralidade da saúde. Conselheira **Rozângela**
1185 **Fernandes Camapum** sugeriu que as Comissões elaborassem propostas de planos de trabalho e
1186 calendários de reuniões para subsidiarem a definição da periodicidade das reuniões das Comissões,
1187 por parte do Plenário ou da Secretaria-Executiva do CNS. Propôs que o GT definisse critérios para
1188 definição de número mínimo e máximo de integrantes das Comissões. Defendeu, ainda, que o mandato
1189 dos Conselheiros coordenadores de Comissões fosse de dois anos, podendo ser prorrogável, conforme
1190 decisão do Plenário. Ressaltou, ainda, a necessidade de o GT de Regimento Interno do CNS reiniciar o
1191 debate sobre o Regimento que balizaria as eleições do CNS que ocorreria em fevereiro de 2005.
1192 Discordou da proposta de constituir GT para definir Regimento Eleitoral do CNS, considerando que as
1193 escolhas dos representantes para compor o Conselho eram feitas em fóruns específicos. Conselheiro
1194 **Moisés Goldbaum** endossou a proposta de incluir o tema Assistência Farmacêutica na Comissão de
1195 Promoção e Atenção à Saúde, entretanto, ponderou que seria importante não subordiná-lo a eixos
1196 temáticos. Pediu maiores esclarecimentos sobre as atribuições das Comissões Permanentes e
1197 Comissões Assessoras, destacando a necessidade de o trabalho das mesmas ser intersetorial e
1198 transversal. Propôs que a nomenclatura “saúde do negro” fosse substituída por “saúde da etnia negra”.
1199 Por fim, solicitou que o prazo para a apresentação do Plano de Trabalho das Comissões (junho de
1200 2004) fosse estendido, considerando a impossibilidade da apresentação do Plano da CICT no prazo
1201 definido, em virtude do processo de realização da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em
1202 Saúde. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o eixo temático “Saúde do Negro” fosse substituído
1203 por “Saúde da População Negra”, em virtude de esta ser a nomenclatura utilizada pelo Ministério da
1204 Saúde. Propôs que o período de transição para as Comissões fosse de noventa dias. Falou sobre a
1205 composição da CCG, sugerindo que a Comissão fosse composta por quatro membros titulares e quatro
1206 suplências por segmento. Por fim, chamou a atenção para a necessidade de priorizar o debate da
1207 questão da OSCIPS no CNS. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** destacou que seria necessário
1208 definir o funcionamento do CNS para, em seguida, definir o funcionamento das suas Comissões.
1209 Mostrou preocupação com as pautas do CNS, na maioria das vezes, voltadas a assuntos emergenciais
1210 e questões pontuais, sem uma programação para isso. Discordou da inclusão da CCG na Comissão de
1211 Articulação, Informação e Controle Social, por compreender que a CCG era a própria gestão do CNS e
1212 não uma Comissão. Conselheira **Gilca Ribeiro Starling Diniz** ponderou se a nova proposta de modelo
1213 das Comissões do CNS era inovadora no sentido de favorecer a articulação das Comissões com o
1214 Plenário do CNS. Sugeriu que as atuais Comissões apontassem os eixos essenciais a serem discutidos
1215 no âmbito da Comissão de Promoção e Atenção à Saúde. Conselheira **Silvia Marques Dantas** de

1216 Oliveira mostrou preocupação concernente ao novo modelo das Comissões, por entender que poderia
1217 criar uma estrutura hierarquizada e burocrática no que diz respeito aos eixos temáticos. Nesse sentido,
1218 pediu maiores esclarecimentos sobre as competências e atribuições da Comissão de Promoção e
1219 Atenção à Saúde. Conselheira **Zilda Arns Neumann** chamou a atenção para a importância de as
1220 Comissões do CNS trabalharem de forma intersetorial e articulada. Por outro lado, ressaltou que o
1221 formato apresentado para as Comissões era confuso e precisava ser debatido com mais profundidade.
1222 Defendeu, ainda, que a Comissão de Ciência e Tecnologia fosse a responsável por discutir o eixo
1223 Assistência Farmacêutica. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que a proposta de novo
1224 formato das Conferências foi definida no Seminário do CNS sobre Comissões e GTs com o propósito
1225 de possibilitar ao CNS o exercício da sua prerrogativa de atuar na formulação da Política de Saúde.
1226 Ressaltou que, em um segundo momento, as Comissões teriam a função de acompanhar a execução
1227 das Políticas e oferecer subsídios para atuação do Pleno. Nessa ótica, disse que a periodicidade das
1228 reuniões e a composição das Comissões se dariam a partir da definição de planos de trabalho.
1229 Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** destacou que seria necessário estabelecer diretrizes de trabalho
1230 e limites para atuação das Comissões. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** manifestou preocupação
1231 com o número de eixos temáticos a serem tratados pela Comissão de Promoção e Atenção à Saúde e
1232 com a falta de critérios para definir a sua composição. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**
1233 **Aparecida da Cruz**, destacou que a apresentação dos informes das Comissões ao Plenário do CNS
1234 poderia contribuir para a articulação do papel das Comissões com o CNS. Por outro lado, lembrou que
1235 as Comissões não poderiam funcionar com total autonomia em relação ao Conselho, de forma a criar
1236 um “conselho paralelo”. Informou que o Orçamento do CNS para 2004 era de R\$ 3,9 milhões e parte
1237 desse total seria dedicada à contratação de consultores para prestar assessoria jurídica, de orçamento
1238 e finanças. Disse que na semana anterior, o CNS foi acionado judicialmente a respeito de projetos
1239 apresentados a CONEP que não foram aprovados. Esclareceu também que a proposta do GT não era
1240 definir um Regimento Eleitoral para o CNS, mas sim um Estatuto Eleitoral para ordenar a questão dos
1241 segmentos que compõem o CNS. A propósito da composição das Comissões, disse que deveria ser
1242 analisada e discutida caso a caso. Chamou a atenção, ainda, para a necessidade de discutir o papel da
1243 CCG, de forma que pudesse contribuir para um melhor encaminhamento das deliberações do Pleno.
1244 Disse que o Plenário teria de definir encaminhamento para a solicitação de indicação de membros do
1245 CNS para participar das Comissões do Ministério da Saúde. Sinalizou, ainda, a importância de definir o
1246 calendário de reunião das Comissões, considerando as dificuldades da Secretaria-Executiva em emitir
1247 as passagens dos Conselheiros e encontrar local para as reuniões das Comissões. Conselheiro **André**
1248 **Luiz Bonifácio de Carvalho** ressaltou que as Comissões do CNS deveriam ser definidas a partir das
1249 diretrizes do Plano Nacional de Saúde. Nesse sentido, ponderou se o novo formato das Conferências
1250 permitiria o acompanhamento da implementação do Plano. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
1251 destacou, a princípio, que a proposta apresentada de funcionamento das Comissões estava em
1252 processo de construção, assim, poderia ser modificada, caso o Plenário assim entendesse. Explicou
1253 que o GT foi constituído para começar a planejar as ações do Controle Social, apesar das dificuldades
1254 enfrentadas como, por exemplo, assuntos emergenciais e pontuais que surgiam na pauta de discussão
1255 do CNS e necessitavam de respostas imediatas. Disse que o formato das Comissões apresentado foi
1256 definido a partir dos dispositivos do Regimento Interno do CNS e das propostas apresentadas no
1257 Seminário do CNS sobre as Comissões. Acrescentou que a proposta de novo formato das Comissões
1258 buscava desburocratizar a estrutura do CNS e garantir que as Comissões tivessem o papel de
1259 assessorar o CNS. Ressaltou também que a periodicidade das reuniões das Comissões seria definida a
1260 partir das demandas. Além disso, destacou que as antigas Comissões deveriam apresentar sugestões
1261 de pauta para as novas Comissões. Explicou que, ao propor um período de transição, o GT buscou
1262 definir que até março de 2005 as Comissões deveriam se adequar ao novo formato. Conselheiro
1263 **Alexandre de Oliveira Fraga** lembrou que a proposta de funcionamento apresentada pelo GT foi
1264 elaborada a partir da nova estrutura das Comissões aprovada na última reunião do CNS. Explicou que
1265 as Comissões também seriam responsáveis por tratar de demandas urgentes que por ventura
1266 surgissem. Ressaltou a importância de o Plenário tomar conhecimento dos trabalhos desenvolvidos
1267 pelas Comissões, a fim de transformá-los em resoluções do CNS. A propósito das pautas de discussão
1268 das Comissões, explicou que seria definida a partir das demandas do CNS e dos segmentos que
1269 compõem a Comissão. Afirmou que algumas das contribuições apresentadas seriam facilmente
1270 assimiladas pelo GT. Por fim, enfatizou que o Plenário do CNS era o centro de debate e a partir dele as
1271 questões seriam encaminhadas para Comissões e GTs apropriados. A representante da Secretaria-
1272 Executiva, **Lúcia Maria Costa Figueiredo**, destacou que o Plenário levantou questões basilares que
1273 precisavam ser definidas para facilitar e otimizar o trabalho do Plenário do CNS e da Secretaria-
1274 Executiva, a exemplo das diretrizes de trabalho das Comissões, composição e periodicidade das
1275 reuniões. **A propósito do item, foi definido o seguinte encaminhamento: o GT irá rever a proposta de**
1276 **regulamentação apresentada, a partir das contribuições do Plenário, e apresentará nova proposta na**

1277 **Reunião Ordinária de junho de 2004. ITEM 06 – INFORMES E INDICAÇÕES –** *Informes:* I. O Conselho
1278 Nacional de Secretários de Saúde, conforme informado pelo Ofício Circular CONASS nº 31/2004, está
1279 implantando uma nova política de comunicação social, que apresenta, entre outros, dois novos
1280 produtos: o CONSENSUS (Jornal do CONASS) e o CONASS DOCUMENTA (veículo de informação
1281 técnica). No primeiro número deste último, foi publicado o resultado do estudo *Estruturação da Área de*
1282 *Recursos Humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal*, resultado de
1283 cooperação técnica entre o CONASS, a OPAS e o Ministério da Saúde. II. Encontra-se à disposição do
1284 CNS, para conhecimento e consulta, um exemplar do Plano Municipal de Saúde – Gestão 2001/2004,
1285 da Secretaria de Saúde de Goiânia. III. Ofício 047/2004 da STV – Sociedade Terra Viva - RN, que
1286 solicita providências cabíveis do CNS, no sentido de atender à solicitação de prestação de contas do
1287 Programa Estadual de DST/AIDS/RN, relativas ao carnaval/2004. Apesar da solicitação ter sido
1288 apresentada à Comissão Estadual de AIDS, a STV não obteve resposta. Conselheiro **Francisco Batista**
1289 **Júnior**, membro do Conselho de Saúde do Rio Grande do Norte, informou que o Conselho não tinha
1290 conhecimento da solicitação da Sociedade Terra Vida. Nesse sentido, solicitou que o Ofício fosse
1291 encaminhado ao Conselho de Saúde do Rio Grande do Norte. Acrescentou que o Programa Estadual
1292 de DST/AIDS/RN foi discutido e aprovado pelo Conselho. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**
1293 informou que representantes do Programa Nacional de AIDS estavam tentando intermediar a questão.
1294 **Foi acordado que a solicitação seria encaminhada ao Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do**
1295 **Norte.** IV. Informe PAFCS – Foi distribuído informe do Programa de Apoio ao Fortalecimento do
1296 Controle Social no SUS, da Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde
1297 (SGTES/DEGES/MS), com balanço da capacitação por região até 31 de março de 2004. **Será realizada**
1298 **reunião do Comitê em maio para realizar o balanço final do Programa. Após essa reunião, o tema será**
1299 **pautado para debate no CNS.** V. Informe da Comissão Intergestores Tripartite – CIT – foi distribuído
1300 Resumo Executivo da Reunião Ordinária da CIT, realizada no dia 18 de março de 2004. VI. ADIn nº
1301 2999 – foi distribuído posicionamento da Procuradoria-Geral da República explicitado no expediente Nº
1302 025/2003 – VPGR-AF, com relação à Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2.999-1/600. A ADIn
1303 continua na pauta de discussão do STF e, provavelmente, será discutida no mês de maio de 2004. VII.
1304 Revogação da Portaria MS nº 1.469/2000 – foi apresentado informe do Ministério da Saúde, por meio
1305 da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, sobre a revogação da Portaria MS nº 1.469, de 29 de
1306 dezembro de 2000, pela Portaria MS nº 518, de 25 de março de 2004. A Portaria nº 1.469/2000 foi
1307 revogada por motivo de mudança de competência do antigo Centro Nacional de Epidemiologia –
1308 Cenepi ligado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a Secretaria de Vigilância em Saúde –
1309 SVS, criada pelo Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003. A Portaria MS nº 518/2004, em seu artigo
1310 5º, estabelece a competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar, quando necessário,
1311 normas regulamentadoras desta Portaria. Fica estabelecido, em seu artigo 2º, o prazo máximo de 12
1312 meses, contados a partir da publicação, para que as instituições ou órgãos aos quais esta Norma se
1313 aplica, promovam as adequações necessárias a seu cumprimento, no que se refere ao tratamento por
1314 filtração de água para consumo humano suprida por manancial superficial e distribuída por meio de
1315 canalização e da obrigação do monitoramento de cianobactérias e cianotoxinas. **O tema será**
1316 **encaminhado à discussão da CISAMA/CNS.** VIII. Proibição de visitas técnicas de representantes de
1317 laboratórios farmacêuticos aos cirurgiões-dentistas – foi distribuída cópia da correspondência eletrônica
1318 do Dr. **Rubens Domingues** referente ao assunto, recebida pela conselheira **Maria Natividade G. S. T.**
1319 **Santana.** O tema será encaminhado à análise da CIRH/CNS. IX. A coordenação do Fórum dos
1320 Trabalhadores em Saúde do Mato Grosso do Sul comunicou ao CNS a publicação do Decreto nº
1321 11.582/2004, que regulamenta o Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul – CES/MS e
1322 “mutila” o Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde, medida considerada unilateral. Informa
1323 que o CES/MS, em reunião extraordinária realizada no dia 16 de abril de 2004, deliberou pela
1324 suspensão de todas as suas atividades até que o governador revogue o referido Decreto. A Secretaria-
1325 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que o Secretário de Saúde do Mato Grosso do
1326 Sul esteve no CNS e apresentou o Decreto à Secretaria-Executiva do CNS, solicitando que fosse
1327 definida Comissão do Conselho para ir até o Estado e buscar alternativas para resolver o impasse.
1328 Ressaltou que a posição atual dos Fóruns dos Trabalhadores e Fórum dos Usuários que compõem o
1329 Conselho Estadual era de que as negociações seriam iniciadas somente após a revogação do Decreto.
1330 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que o primeiro passo para resolver o impasse seria ouvir os
1331 segmentos envolvidos para, em seguida, buscar negociação política. Sugeriu que o CNS solicitasse
1332 reunião com os membros do Conselho Estadual para ouvir as posições dos segmentos envolvidos e,
1333 em seguida, posicionar-se. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que as
1334 reuniões do Conselho Estadual estavam suspensas. O Conselheiro do CES/MS, **Júlio César das**
1335 **Neves**, informou que os segmentos dos trabalhadores e parte do segmento dos prestadores de serviço
1336 do Conselho Estadual estavam à disposição para negociar o impasse. Nessa linha, endossou o
1337 encaminhamento de marcar reunião com os segmentos que compõem o Conselho. Senhor **Dilson**, da

1338 SES/MS, ressaltou que os gestores estavam à disposição para rediscutir o Decreto. Nesse sentido,
1339 endossou o encaminhamento de marcar reunião com o CES/MS. Conselheiro **Augusto Alves do**
1340 **Amorim** mostrou preocupação com a possibilidade de CNS ter de resolver os vários conflitos dos
1341 Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais, o que inviabilizaria as suas atividades. Conselheiro
1342 **Alexandre de Oliveira Fraga** endossou a fala do Conselheiro **Augusto Alves do Amorim**, destacando a
1343 necessidade de definir de dinâmica para acompanhar questões relativas a estados e municípios. A
1344 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que não seria possível definir dinâmica
1345 única para tratar das questões dos estados, considerando a particularidade de cada situação.
1346 Acrescentou, ainda, que a dinâmica do CNS era auxiliar na mediação de conflitos nos estados e, no
1347 caso concernentes a municípios, buscava-se tratar da questão com o Conselho Estadual. Conselheira
1348 **Zilda Arns Neumann** lembrou que, conforme deliberação do Plenário, as demandas dos municípios
1349 seriam encaminhadas ao estado para serem resolvidas e, caso não houvesse solução, retornariam ao
1350 CNS. Aproveitou a oportunidade para sugerir à Secretaria-Executiva do CNS o resgate do documento
1351 que dispõe sobre os objetivos da Plenária de Conselhos. **O Plenário do CNS decidiu solicitar reunião**
1352 **com os membros do Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul para discutir a questão.** Os
1353 Conselheiros **Francisco Batista Júnior**, **Eni Carajá Filho** e **Clóvis A. Boufleur** foram indicados para ir até
1354 o Estado do Mato Grosso do Sul e mediar o impasse. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** sugeriu
1355 que o grupo também discutisse estratégias para o tratamento de conflitos dos Conselhos de Saúde
1356 Estaduais e Municipais, por parte do CNS. **X. 5º Fórum Eurolac (Europa, América Latina e Caribe) –**
1357 Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** apresentou informe sobre o Fórum, realizado de 14 a 16 de
1358 abril de 2004, em Recife, Pernambuco, que teve como tema “Melhoria do Desempenho dos Serviços de
1359 Saúde e Impactos no Setor Saúde”. Disse que o Fórum foi um encontro de gestores centrado na
1360 apresentação de experiências financiadas pelo Banco Mundial que tiveram êxito. Destacou que, em
1361 nenhum momento, houve espaço para abordagem do Controle Social. Conselheira **Maria Leda de R.**
1362 **Dantas** ressaltou que seria necessário programar a participação do Controle Social em fóruns
1363 internacionais para que se pudesse contribuir nos debates. Chamou a atenção para a intolerância dos
1364 gestores em relação ao Controle Social não só em reuniões internacionais, mas também do próprio do
1365 Ministério da Saúde. **XI. Informe do FENTAS –** Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** informou
1366 que o Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação reabriria a discussão sobre a abertura
1367 de cursos de tecnólogos na área da saúde sem a participação do CNS no processo. Destacou que a
1368 abertura de novos cursos contrariava a Resolução do CNS que determinava a suspensão da abertura
1369 de novos cursos por 180 dias e a deliberação do CNS contrária à abertura dos cursos de tecnólogos na
1370 área da saúde. Sugeriu que as questões fossem pautadas na próxima reunião do CNS, com a
1371 participação de representantes do Ministério da Educação. Conselheira **Gilca Ribeiro Starling Diniz**
1372 disse que o Ministério da Educação criaria Comissão para discutir os temas relacionados ao setor
1373 saúde, a fim de criar consensos. Nesse sentido, propôs que fosse realizada reunião de trabalho entre o
1374 FENTAS, a CONSIR e representantes do Ministério da Educação para discutir politicamente a questão
1375 da abertura de novos cursos. A Secretaria-Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que
1376 fosse agendada reunião da CIRH/CNS, que possui representação do Ministério da Educação, para
1377 discutir a questão levantada. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** ressaltou a necessidade de o
1378 Ministério da Educação interromper a abertura de novos cursos para possibilitar o debate sobre a
1379 questão. Além disso, sugeriu que os convites para os eventos do Ministério da Saúde fossem
1380 apresentados com antecedência ao Plenário, a fim de facilitar a indicação de representantes. **O**
1381 **Plenário decidiu pautar o tema na próxima reunião do CNS e marcar reunião entre a CIRH e o**
1382 **Ministério da Educação para discutir a questão, antes da próxima reunião do Conselho.** **XXII.** Informe
1383 sobre o Seminário de Experiências Internacionais – Internacional de Serviços Públicos – Conselheira
1384 **Marisa Fúria** informou que no Seminário foram discutidas experiências dos sindicatos da Suécia,
1385 Alemanha e África do Sul em relação a serviços públicos. A Secretaria-Executiva do CNS **Eliane**
1386 **Aparecida da Cruz** explicou que o Seminário foi uma das atividades da Campanha da Internacional de
1387 Serviços Públicos em defesa dos serviços públicos. Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** ressaltou
1388 que o Seminário foi muito enriquecedor para a melhoria dos serviços públicos. **Foi acordado que seria**
1389 **distribuído informe do Seminário aos Conselheiros. Além disso, será oportunamente pautado debate**
1390 **sobre relações internacionais.** **XXIII.** Na próxima reunião do CNS será pautado debate sobre as
1391 deliberações do Ministério da Saúde. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** sugeriu que os convites
1392 para os eventos do Ministério da Saúde fossem apresentados com antecedência ao Plenário, a fim de
1393 facilitar a indicação de representantes. **XIV.** Congresso Brasileiro de Prevenção de Transmissão
1394 Vertical e outras DSTs. A Secretaria-Executiva formalizará a indicação do Conselheiro **Carlos Alberto**
1395 **Ebeling Duarte** para participar do Congresso. *Indicações:* I. 1º Fórum Nacional de Homeopatia – *A*
1396 *homeopatia que queremos implantar no SUS* – Data: 12 a 14 de maio. A programação do evento foi
1397 distribuída aos Conselheiros. No entanto, não foi indicado Conselheiro para participar do evento,
1398 considerando que o evento coincidia com a realização da Plenária de Conselhos. II. Projeto de

1399 Descentralização do Sistema de Informação Hospitalar – Data: 12 de maio – Horário: 9 às 18h – Local:
1400 Auditório Emílio Ribas, no Ministério da Saúde. Evento promovido pela Secretaria de Atenção à Saúde
1401 e DATASUS. Não foi indicado Conselheiro para participar do evento, considerando que o evento
1402 coincidia com a realização da Plenária de Conselhos. **III.** Fórum de Discussão do Processo de
1403 Doação/Transplante no Brasil – Data: 13 a 15 de maio – Local: Academia de Tênis, em Brasília, DF. O
1404 evento tem como objetivo discutir e formular políticas relacionadas à doação/transplante no Brasil.
1405 *Indicação:* seis representantes do Fórum de Defesa das Pessoas Portadoras de Deficiência e
1406 Patologia, sendo três Conselheiros do CNS: **Neide Regina C. Barriguelli, Volmir Raimondi, Maria Irene**
1407 **M. Magalhães.** **IV.** Desafios para a Proteção Social em um contexto de iniquidade: uma proposta de
1408 pesquisa – Data: 20 de maio – Horário: 9h30 – Local: Auditório Emílio Ribas, no Ministério da Saúde.
1409 *Indicação:* Conselheiras **Marisa Fúria** e **Nildes de Oliveira Andrade.** **V.** II Seminário Internacional de
1410 Engenharia de Saúde Pública – Data: 1º a 03 de dezembro – Local: Goiânia, GO – A FUNASA convida
1411 o CNS a participar do Seminário e solicita a indicação de um representante do Conselho para compor o
1412 Comitê Organizador do evento. *Indicação:* Conselheira **Marisa Fúria.** **TEM 07 – CONFERÊNCIAS DE**
1413 **SAÚDE BUCAL E DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA – I.** **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal –**
1414 Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** apresentou questões discutidas e aprovadas na reunião
1415 da Comissão Organizadora e Executiva, realizada no dia 03 de maio de 2004, que precisariam ser
1416 homologadas pelo Plenário. A princípio, destacou as sugestões de nomes para compor os painéis dos
1417 Eixos Temáticos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, sendo: **I. Formação e Trabalho em Saúde**
1418 **Bucal.** **Júlio Baldiseroto** (Universidade Federal do RS); **José Carrijo Brom** (FIO); **Jesus Francisco Garcia**
1419 (CUT); **Gyselle Saddi Tannous** (Entidade Nacional dos Portadores de Deficiência e Patologia). **II.**
1420 **Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal:** **Leni Lúcia L. Nobre** (CONASEMS); **Francisco**
1421 **Batista Júnior** (CNTSS); **Eni Carajá Filho** (MORHAN); **Humberto Jacques Medeiros** (Procurador da
1422 República). **III. Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal:** **René José dos Santos**
1423 (CONASS); **Joaquim Guilherme Cerveira** (CFO); **Neide Regina C. Barriguelli** (FARBRA); **Fernando Luiz**
1424 **Eliotério** (CONAM). **IV. Educação e Construção da Cidadania:** **Dais Gonçalves Rocha** (Faculdade de
1425 Odontologia João Prudente – Anápolis); **Rogério Moreira Arcieri** (ABO); **Maria Leda de R. Dantas**
1426 (COBAP); e **Evanilde Maria Martins** (PUC – MG). **As indicações de nomes para compor os painéis**
1427 **foram aprovadas por unanimidade.** Em seguida, a Conselheira explicou que a relatoria da Comissão
1428 Organizadora, após análise do Regulamento, propôs a reformulação dos artigos 10, 12 e 19 do
1429 Regulamento da Conferência nos seguintes: **a)** artigo 10: reformulação da redação do artigo: “A mesa-
1430 diretora fará a leitura da parte relativa ao eixo temático do Documento-Referência (Documento Base
1431 acrescido do consolidado das propostas aprovadas nas Conferências Estaduais), específico da
1432 respectiva plenária.”; **b)** artigo 12: substituição do caput “Relatório Síntese” por Documento-Referência”;
1433 transformação do parágrafo único em § 1º; e inclusão do § 2º com a seguinte redação “§2º - Não será
1434 admitida a apresentação de propostas novas ao conjunto de propostas que compõem o Documento-
1435 Referência.”; e **c)** artigo 19: alteração da alínea b, que passaria a ter a seguinte redação “b) de acordo
1436 com o Art.16, para dar conhecimento aos delegados, as propostas aprovadas nas Plenárias Temáticas
1437 serão identificadas com negrito e sublinhado no Relatório-Síntese, e não serão lidas na Plenária Final”.
1438 Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** lembrou que o CNS decidiu garantir a apresentação de novas
1439 propostas nas Plenárias Temáticas para que os delegados indicados que não participaram das
1440 Conferências Municipais e Estaduais pudessem apresentar propostas. Nesse sentido, discordou da
1441 proposta de inclusão do § 2º, no artigo 12, que não permitiria a apresentação de novas propostas em
1442 relação ao Documento-Referência. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** explicou que a
1443 proposta de inclusão do § 2º, no artigo 12, foi apresenta frente à preocupação da relatoria da Comissão
1444 de que a possibilidade de apresentação de novas propostas poderia resultar em um número excessivo
1445 de propostas, prejudicando o andamento da Conferência e inviabilizando a aprovação do relatório final,
1446 a exemplo do que ocorreu na 12ª Conferência. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** concordou com a
1447 proposta de não permitir a apresentação de novas propostas nas Plenárias Temáticas, por entender
1448 que estimularia a participação dos delegados nas etapas estaduais, municipais e regionais. Conselheiro
1449 **Clóvis A. Boufleur** endossou a proposta de não permitir a apresentação de novas propostas nas
1450 Plenárias Temáticas, a fim de incentivar o processo ascendente de construção de propostas.
1451 Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** explicou que a proposta apresentada era ideal, entretanto, não
1452 seria aprovada pela Plenária da Conferência, o que complicaria a dinâmica da mesma. Conselheira
1453 **Maria Leda de R. Dantas** defendeu a apresentação de novas propostas na etapa nacional,
1454 considerando que seria o espaço para a discussão da saúde bucal em âmbito nacional. Conselheiro
1455 **Rui Barbosa da Silva** defendeu a proposta de não permitir a apresentação de novas propostas na etapa
1456 nacional, a fim de valorizar os debates nos Estados e Municípios. Conselheira **Rozângela Fernandes**
1457 **Camapum** explicou que a partir do novo formato das Conferências os Estados e Municípios discutiriam
1458 o Documento-Base Nacional que apresentava questões de âmbito nacional. Ressaltou ainda que, na
1459 maioria das vezes, as propostas novas apresentadas na etapa nacional foram recusadas nos estados e

1460 municípios, o que não contribuiria para o processo democrático de discussão. Além disso, destacou
1461 que as propostas novas poderiam ser contempladas como propostas constantes do Documento-
1462 Referência a partir de adendos. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** enfatizou que as
1463 mudanças propostas tinham por base as dificuldades apresentadas pela metodologia anterior das
1464 Conferências. Ratificou a proposta de apresentar propostas a partir daquelas constantes do
1465 Documento-Referência, valorizando o processo ascendente de construção de propostas. A Secretaria-
1466 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que seria necessário reformular a redação do § 2º
1467 do artigo, substituindo a expressão “propostas novas” por outra que expressasse a idéia de que seria
1468 permitida a apresentação de adendos (supressivos, modificativos, aditivos) a partir das propostas
1469 constantes do Documento-Referência. Além disso, ressaltou que seria importante discutir o
1470 funcionamento da Plenária Temática. O representante da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde,
1471 **Paulo Roberto V. Cardoso**, explicou que, ao mudar a dinâmica de grupo de trabalho para plenárias
1472 temáticas, o número de proposta diminuiria de forma considerável, facilitando o trabalho da relatoria da
1473 Conferência. Nesse sentido, concordou com a proposta de apresentação de propostas novas na etapa
1474 nacional da Conferência, de forma a enriquecer o debate, por parte dos delegados. **Após essas
1475 considerações, o Plenário aprovou a proposta de reformulação dos artigos 10 e 19 do Regulamento da
1476 Conferência. Quanto ao artigo 12, foi acordado que na próxima reunião do CNS a Comissão
1477 Organizadora apresentaria nova proposta de redação para o § 2º.** Definida a questão do Regulamento,
1478 a Publicitária **Diana**, representante da empresa responsável pela elaboração da logomarca da
1479 Conferência, apresentou a logomarca “Sorriso Bandeira” escolhida pela Comissão Organizadora da
1480 Conferência. Além disso, foram apresentadas peças com a aplicação da logomarca (caneta, bloco de
1481 anotações, pasta). **O Plenário aprovou, por unanimidade, a logomarca apresentada.** Conselheira
1482 **Rozângela Fernandes Camapum** informou que foi distribuído calendário das Conferências Estaduais de
1483 Saúde. Além disso, propôs que na próxima reunião do CNS, os segmentos apresentassem os nomes
1484 dos quarenta delegados nacionais (vinte usuários, dez trabalhadores e dez gestores e prestadores) e
1485 os nomes dos 109 convidados da Conferência. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** perguntou
1486 sobre as vagas de delegados destinadas aos Conselheiros titulares do CNS. Conselheira **Rozângela
1487 Fernandes Camapum** explicou que seriam disponibilizadas quarenta vagas para o CNS, a serem
1488 ocupadas por Conselheiros titulares e suplentes. Concluído esse ponto, foi iniciado o debate sobre a
1489 Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. **II. 2ª Conferência Nacional de
1490 Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde** – Conselheiro **Moisés Goldbaum** apresentou ao Plenário
1491 questões relativas à Conferência que precisavam ser apreciadas e votadas. Explicou que, em virtude
1492 da mudança da data da etapa nacional, aprovada na última reunião do CNS (de 25 a 28 de julho de
1493 2004), foi necessário alterar o calendário de realização das etapas municipal e estadual. Nesse sentido,
1494 submeteu à deliberação as novas propostas de datas: **1) etapa municipal: de até 10 de maio para até
1495 10 de junho; e 2) etapa estadual: de até 10 de junho para até 30 de junho** (a nova data implicaria na
1496 mudança de calendário da entrega dos Relatórios, do credenciamento, das inscrições, entre outros
1497 aspectos). Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** manifestou preocupação com a dificuldade dos
1498 municípios em realizar a etapa municipal da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.
1499 Conselheiro **Moisés Goldbaum** explicou que era previsível que a maioria dos municípios não
1500 realizassem as Conferências Municipais e que até mesmo alguns Estados teriam dificuldade de realizar
1501 as Conferências Estaduais. Contudo, destacou que a Comissão decidiu manter a realização das
1502 Conferências Municipais. Nesse ponto, informou que o Conselho Estadual do Rio Grande do Sul
1503 solicitou a transferência da Conferência para 2005, entretanto, a Comissão Organizadora decidiu por
1504 manter a data prevista por entender que o debate sobre ciência e tecnologia deveria ser iniciado em
1505 todas as esferas. Destacou também a criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia, por parte do
1506 Ministério da Saúde, o que apontava para a atenção dada ao setor. Ressaltou que, apesar das
1507 dificuldades, alguns municípios realizariam Conferências Municipais. Nesse sentido, apresentou
1508 proposta de alteração do Regimento Interno que visava facilitar a participação de delegados e estimular
1509 o debate nos Estados, sendo: alteração da alínea “b”, Inciso I, § 4º, do Art. 2º - substituição do termo
1510 “credenciados” por “previstos”, ficando a redação nos seguintes termos “os delegados indicados não
1511 poderão ultrapassar o percentual de 20% do total de delegados previstos pelos municípios, no prazo
1512 em que se encerrar a inscrição de delegados à etapa estadual”. Conselheiro **Júlio Strubing Muller Neto**
1513 explicou que o Conselho Estadual do Rio Grande do Sul solicitou a transferência da Conferência frente
1514 às dificuldades de atender as especificações da organização. Disse que a partir das mudanças
1515 propostas provavelmente a deliberação do Conselho seria revertida. Conselheiro **Francisco Batista
1516 Júnior** perguntou se seriam destinadas vagas para as Secretarias de Educação e de Ciência e
1517 Tecnologia. Conselheiro **Moisés Goldbaum** explicou que a Comissão não definiu vagas para as
1518 Secretarias de Educação e Ciência e Tecnologia, considerando que o Regimento Interno definiu
1519 critérios de participação apenas para o setor saúde. Disse que no dia seguinte teria uma reunião com o
1520 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 Secretaria-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 Secretaria-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 Secretaria-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 destinasse 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 Secretaria-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 Secretaria-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

1582 uma abstenção, o encaminhamento de incentivar a participação das Secretarias de Ciência e
1583 Tecnologia e de Educação nas Conferências Estaduais, sendo que a forma de participação dos
1584 delegados dos respectivos setores nas Conferências Estaduais seria definida pelos Estados. Definido
1585 esse ponto de pauta, foram apresentadas as propostas de Resolução manifestando o apoio do CNS à
1586 Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Nota Técnica sobre o Projeto Farmácia Popular.
1587 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que o Projeto Farmácia Popular foi aprovado na
1588 perspectiva de ampliar o acesso ao medicamento e promover a efetiva atenção farmacêutica à
1589 população usuária. Não havendo destaques, a proposta de Resolução foi aprovada. A propósito da
1590 Nota Técnica sobre o Projeto Farmácia Popular, foi acordado que seria reformulada, com base nas
1591 considerações do Conselheiro Francisco Batista Júnior, de modo a manifestar o apoio do CNS ao
1592 Projeto. A Nota de Apoio seria publicada no dia 10 de maio de 2004, data do lançamento do Projeto.
1593 Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** ressaltou que seria necessário elaborar nota de
1594 esclarecimento sobre o processo de reformulação das Comissões do CNS para ser enviada ao Jornal
1595 *Folha de S. Paulo*. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** disse que a nota de esclarecimento
1596 deveria enfatizar que o processo de reestruturação estava ocorrendo e as Comissões continuariam em
1597 funcionamento até o final do processo de formulação. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto**
1598 disse que a nota também deveria ser enviada ao jornal *Estado de Minas* que também publicou matéria
1599 sobre o processo de reformulação das Comissões do CNS. A CCG irá elaborar a nota de
1600 esclarecimento sobre o processo de reformulação das Comissões do CNS a ser enviada ao Jornal
1601 *Folha de S. Paulo*, ao Jornal *Estado de Minas* e aos movimentos sociais **ITEM 08 – 12ª**
1602 **CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
1603 lembrou, a princípio, que na última reunião do Conselho o Plenário delegou ao Ministério da Saúde, por
1604 intermédio da Secretaria de Gestão Participativa e apoio da Secretaria-Executiva do CNS, a revisão
1605 final do relatório. Dessa forma, informou que foi constituída Comissão, coordenada pelo consultor do
1606 Ministério da Saúde, **Alcindo Ferla**, para revisar o relatório. Feito esclarecimento, convidou o consultor
1607 do Ministério da Saúde para apresentar informe ao Plenário sobre o andamento do processo de revisão
1608 final do relatório. O consultor do Ministério da Saúde, **Alcindo Ferla**, explicou que a Comissão do
1609 Ministério da Saúde, sob sua coordenação, pesquisou as fontes de registro da 12ª Conferência
1610 (documentos taquigráficos e fitas magnéticas) visando obter um relatório de acordo com as
1611 deliberações da Plenária Final da Conferência. Disse que o Relatório estaria pronto nos próximos vinte
1612 dias e precisava ser apreciado e votado pelo Plenário do CNS para, em seguida, ser encaminhado à
1613 votação dos delegados da Conferência. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
1614 explicou que o documento a ser encaminhado aos delegados seria dividido em dois blocos, o primeiro
1615 seria uma versão preliminar das propostas consensuais aprovadas nos dias 10 e 11 de dezembro de
1616 2003, e o segundo com as questões que deveriam ser votadas. Nessa linha, disse que a sugestão era
1617 definir um grupo de Conselheiros para avaliar, nos próximos vinte dias, a versão do relatório que seria
1618 encaminhado aos delegados. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** ressaltou que o CNS tinha
1619 delegado a conclusão do relatório ao Governo, desse modo, ao se comprometer em revisar o relatório,
1620 o Conselho reassumiria uma atribuição delegada ao Ministério da Saúde. Por outro lado, sinalizou a
1621 importância de o Plenário ponderar sobre o impacto do relatório ser encaminhado aos delegados para a
1622 votação sem ter sido apreciado pelo CNS. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
1623 falou que o Ministério da Saúde assumiu a tarefa de revisar o relatório, contudo, entendia que, antes de
1624 ser encaminhado aos delegados, deveria ser validado pelo CNS. Conselheira **Graciara Matos de**
1625 **Azevedo** lembrou que foi acordado com o Presidente do Conselho que o Ministério da Saúde, por
1626 intermédio da Secretaria de Gestão Participativa e apoio da Secretaria-Executiva do CNS, iria elaborar
1627 relatório de acordo com as propostas aprovadas na Plenária Final da Conferência. Acrescentou que o
1628 trabalho do Ministério deveria ter sido feito a partir do relatório já elaborado, buscando corrigir os pontos
1629 polêmicos, de acordo com as fontes de registro. O consultor do Ministério da Saúde, **Alcindo Ferla**,
1630 explicou que a Comissão utilizou como subsídios para o processo de revisão do relatório: o relatório da
1631 Relatoria, os documentos taquigráficos e o relatório de trabalho dos grupos. Ressaltou que não havia
1632 Conselheiros na Comissão do Ministério da Saúde, estes apenas haviam sido consultados a respeito
1633 do assunto. Disse que, apesar da complexidade do trabalho, a Comissão provavelmente terminaria a
1634 revisão do relatório nos próximos dias. Dessa forma, o CNS não teria de revisar o Relatório, mas sim
1635 apreciá-lo e validá-lo. Nessa linha, levantou a possibilidade de o relatório ser encaminhado por e-mail
1636 aos Conselheiros para ser apreciado. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** lembrou que a
1637 metodologia adotada pela Comissão de Relatoria da Conferência foi a elaboração de relatório-síntese
1638 com as emendas apresentadas na Plenária Final ao qual seriam incorporadas as propostas
1639 consensuais e destacadas as propostas polêmicas que seriam remetidas à votação dos delegados.
1640 Explicou que a Comissão de Relatoria do CNS, ao analisar o relatório-síntese, elaborado pela relatoria
1641 da Conferência, detectou questões polêmicas não contempladas e/ou divergentes. Desse modo,
1642 iniciou-se amplo debate sobre o processo e o Plenário decidiu delegar ao Ministério da Saúde a tarefa

1643 de concluir a revisão do relatório. Frente a esse encaminhamento, o Ministério da Saúde constitui
1644 Comissão para concluir o processo de revisão do relatório. Chamou a atenção para a complexidade e
1645 dificuldade do trabalho da Comissão que pesquisou as fontes de registro da 12ª Conferência e
1646 consultou Conselheiros da Comissão Especial de Relatoria do CNS para validar as propostas. Nessa
1647 linha, disse que a proposta do Ministério era que o CNS analisasse e validasse o relatório para ser
1648 encaminhado aos delegados. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou a
1649 seguinte proposta de encaminhamento: encaminhar o relatório aos Conselheiros que teriam um prazo
1650 de cinco dias para fazer uma avaliação política do documento e apresentar sugestões, caso fosse
1651 necessário. Após essa consulta, o relatório, assinado pelo Conselho Nacional de Saúde, seria
1652 encaminhado aos delegados para votação. Após a etapa de votação e sistematização, a versão final do
1653 Relatório seria submetida à aprovação do Plenário. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** destacou que
1654 o CNS teria de confiar e endossar a revisão da Comissão, considerando que não haveria tempo hábil
1655 para a revisão por parte do Plenário. Conselheira **Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende**
1656 sugeriu que houvesse um prazo maior para que os Conselheiros analisassem o relatório que seria
1657 encaminhado aos delegados. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** concordou a proposta de
1658 encaminhar o relatório aos Conselheiros, entretanto, ressaltou que o papel dos Conselheiros seria fazer
1659 uma leitura política do documento, pois a revisão era de responsabilidade do Ministério da Saúde.
1660 Sugeriu que, junto com o relatório para votação, fosse encaminhada aos delegados uma carta do CNS
1661 com esclarecimentos sobre o processo de elaboração do relatório e os motivos da demora de sua
1662 conclusão. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que o relatório, acrescido dos pareceres
1663 dos Conselheiros, fosse apreciado na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Crescêncio Antunes da**
1664 **Silveira Neto** chamou a atenção para a importância de o CNS, junto com o Ministério da Saúde,
1665 assumir a responsabilidade pelo processo e agilizar a conclusão do relatório. A Secretária-Executiva do
1666 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, consultou o Plenário sobre a proposta de encaminhar o relatório aos
1667 Conselheiros que teriam um prazo de cinco dias para fazer uma avaliação política do documento. Disse
1668 que o Plenário teria que decidir se o relatório voltaria para ser discutido na reunião de junho com as
1669 opiniões dos Conselheiros ou se as opiniões dos Conselheiros seriam encaminhadas à Comissão do
1670 Ministério que, após a apreciação, finalizaria o relatório e enviaria aos delegados sem a apreciação do
1671 Plenário. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** sugeriu que o Conselho delegasse
1672 competência à Comissão do Ministério da Saúde, coordenada pelo consultor do Ministério da Saúde,
1673 **Alcindo Ferla**, para que, ao se concluir o trabalho de revisão, o relatório fosse encaminhado à votação
1674 dos delegados, com o respaldo do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
1675 chamou a atenção para as possíveis consequências de se encaminhar o relatório aos delegados sem a
1676 avaliação do Plenário do CNS. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** ressaltou que os Conselheiros
1677 não teriam condições de revisar ou apresentar parecer sobre o relatório, considerando que não
1678 dispunham de dados para consulta e o processo de revisão era extremamente complexo e demandava
1679 tempo. Acrescentou que o CNS cumpriu o seu papel de verificar os pontos do relatório que precisavam
1680 ser revistos. Ressaltou a necessidade de o relatório ser enviado o mais rápido possível aos delegados
1681 que seriam os responsáveis por analisar o relatório e apontar os pontos que precisam ser revistos.
1682 Sugeriu que fosse enviado aos delegados, junto com o relatório, um documento com o histórico do
1683 processo de elaboração do relatório. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu que o Plenário do
1684 CNS analisasse e aprovasse o relatório. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** ressaltou que o
1685 relatório deveria ser aprovado pelo Plenário após consulta e votação dos delegados. A Secretária-
1686 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou que o Plenário teria duas opções de
1687 encaminhamento: o relatório, após conclusão do processo de revisão, por parte da Comissão do
1688 Ministério da Saúde, seria enviado diretamente aos delegados; ou o relatório, após conclusão do
1689 processo de revisão, seria enviado aos Conselheiros para avaliação política e debate na próxima
1690 reunião do CNS, a fim de definir opinião coletiva do CNS. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira**
1691 **Neto** retirou a sua proposta de encaminhamento e a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
1692 **Cruz**, colocou em votação as duas propostas de encaminhamento apresentadas: 1) encaminhar o
1693 relatório aos delegados para votação logo após conclusão do processo de revisão, por parte da
1694 Comissão do Ministério da Saúde; e 2) enviar o relatório aos Conselheiros para avaliação política, após
1695 conclusão do processo de revisão, e pautá-lo para debate na próxima reunião do CNS, a fim de definir
1696 opinião coletiva do CNS. O Plenário aprovou, com oito abstenções, a proposta de enviar o relatório aos
1697 Conselheiros para avaliação política, após conclusão do processo de revisão. O relatório será
1698 apreciado na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Crescêncio Antunes da Silveira Neto** solicitou que
1699 fosse registrada em ata a sua abstenção. Conselheira **Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende**
1700 solicitou que o documento com o histórico do processo de elaboração do relatório fosse enviado aos
1701 Conselheiros para ser avaliado antes da próxima reunião. **ENCERRAMENTO:** Nada mais havendo a
1702 tratar, a Secretária-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, encerrou os trabalhos da 142ª
1703 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. Boufleur, 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 Oliani, 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. Boufleur, 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.*