



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA CENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

8 **ITEM 01 – ABERTURA** – Aos dois e três dias do mês de junho do ano de dois mil e quatro, no Auditório  
9 *Emílio Ribas*, Ministério da Saúde, Edifício Sede, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima  
10 Quadragésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde. A Secretaria-Executiva do  
11 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, procedeu a abertura dos trabalhos, cumprimentando o Colegiado e  
12 justificando a impossibilidade da participação do Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, na  
13 abertura dos trabalhos. Em seguida, apresentou a pauta da reunião e deu início à discussão do item  
14 relativo a informes e indicações. O Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, compareceu à  
15 reunião do CNS no período da tarde do primeiro dia de reunião e dirigiu-se ao Plenário nos seguintes  
16 termos: “Boa tarde a todos e todas. Quero desculpar-me pela minha ausência na abertura da reunião  
17 em virtude de outros compromissos. A princípio, gostaria de dar as boas vindas a todos os conselheiros  
18 e conselheiras. Gostaria de dizer que nesta reunião serão apresentadas questões que consideramos  
19 avanços construídos no último período. Esses avanços tiveram a importante participação do Conselho  
20 Nacional de Saúde e, principalmente, da Comissão Tripartite de Processos Negociais. Nós elaboramos  
21 projeto em conjunto com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, hospitais universitários  
22 federais e aprovamos um novo modelo de financiamento, e principalmente, a implantação de um  
23 modelo de orçamentação, que será uma experiência inédita. Vamos aprender com essa experiência e,  
24 talvez, estender a todo o Brasil a assinatura de um contrato de gestão. Dessa forma, teremos uma  
25 experiência de hospitais com orçamento, responsabilidade, atribuições e objetivos previamente  
26 definidos e claros ao longo do tempo. Isso será importante, porque vamos pegar serviços de  
27 excelência, em sua maior parte, com profissionais altamente capacitados e hospitais bem equipados,  
28 no entanto, muitas vezes, completamente fora da lógica do sistema de saúde municipal ou estadual.  
29 Essa é uma outra questão importante. Estamos trabalhando também com hospitais filantrópicos, que  
30 têm ensino universitário, procurando estabelecer um modelo semelhante de orçamentação, contrato e  
31 melhoria de gestão. Nós sabemos que vários hospitais têm dificuldades e que há subfinanciamento,  
32 mas sabemos que também há problemas de gestão. Ao longo dessa semana, anunciamos e assinamos  
33 a Portaria que trata de hospitais de pequeno porte. Tive a oportunidade de assinar a Portaria para  
34 implementação do novo modelo na Mostra de Saúde da Família. Essa iniciativa também será altamente  
35 reestruturadora do sistema de saúde, porque boa parte dos hospitais com menos de trinta leitos estão  
36 inviabilizados economicamente e os que conseguem sobreviver o fazem porque buscam uma vocação  
37 que não seria aquela adequada ao sistema municipal. Ou seja, uma cidade pequena próxima a outras  
38 cidades com serviços de referência possui serviço de referência para que o hospital possa sobreviver,  
39 sem que haja, de fato, necessidade. Vamos trabalhar com os estados e municípios para orçamentar  
40 esses hospitais, assinar contratos de metas, contratos de gestão, indicadores etc. O mais importante é  
41 que esses hospitais passarão a ter uma articulação direta com o Programa Saúde da Família.  
42 Queremos que eles ocupem um papel dentro do sistema municipal. Isso significa, muitas vezes, mudar  
43 seus papéis, transformar um hospital de um determinado município em serviço de pronto atendimento,  
44 de complexidade média ou simples; transformar uma unidade mista em um centro de atenção  
45 psicossocial e serviço de urgência geral; colocar urgência odontológica na maior parte deles. Trata-se  
46 de um processo que estamos construindo com os secretários estaduais e municipais e também  
47 queremos construir junto com o Conselho Nacional de Saúde. Essa iniciativa não representa  
48 fragmentação de ações, mas uma grande política de reforma do sistema hospitalar brasileiro que passa  
49 também pela qualificação. Os senhores e senhoras terão, brevemente, a oportunidade de conhecer a  
50 nossa proposta de melhoria da qualidade da atenção. Com isso, creio que estamos construindo uma  
51 nova condição para o sistema hospitalar brasileiro. O nosso companheiro **Artur Chioro** falará sobre a  
52 alta complexidade para a qual estamos propondo uma política altamente racionalizadora da utilização  
53 dos serviços, a fim de que tenhamos referências com ampla capacidade de resolução, diagnóstico,  
54 várias formas de tratamento, reabilitação, etc. Gostaria de dizer também que estamos fazendo o  
55 reajuste da tabela SUS. Estamos concluindo os estudos para o reajuste. Não é uma incoerência  
56 começar a orçamentar hospitais de um lado e, de outro, rever a tabela SUS. Mais uma vez, não serão

57 aplicados reajustes lineares. De fato, há uma defasagem histórica e nos esforçamos para minimizá-la  
58 no ano passado, porém reconhecemos que a defasagem ainda existe. Queremos induzir algumas  
59 políticas com o novo reajuste da tabela SUS. Por exemplo, nós estamos melhorando a remuneração  
60 por exames laboratoriais, parto, internação hospitalar e, paralelamente, discutiremos a reestruturação  
61 global do sistema hospitalar brasileiro. Na condição de Ministro da Saúde, quero agradecer  
62 imensamente o apoio que tenho recebido do pessoal da área de saúde, dos Secretários Estaduais e  
63 Municipais, dos Conselhos Estaduais e Municipais, do Conselho Nacional e das entidades da  
64 sociedade civil, para que possamos desvendar o esquema que funcionava no Ministério da Saúde há  
65 tantos anos. Parece-me que a polícia está conseguindo desmontá-lo. Quero reafirmar ao Conselho  
66 Nacional que a minha ação no caso é absolutamente impessoal. Não quero de forma alguma politizar  
67 ou partidarizar essa questão. Cabe à polícia fazer as investigações. Com toda a serenidade, gostaria de  
68 garantir que o recurso da saúde chegue aonde precisa chegar. Sabemos que o recurso da saúde  
69 cresceu, mas ainda é muito pouco comparado com países com o mesmo nível de desenvolvimento do  
70 Brasil. Esse recurso desviado é o que está faltando para melhorar o salário de um profissional. Estou  
71 fazendo todo esforço para que não haja utilização política do processo, a fim de concluir as  
72 investigações, identificar e punir os responsáveis e recuperar os recursos desviados. É necessário  
73 criarmos mecanismos para que isso não volte a acontecer. Gostaria de enfatizar a importância do  
74 Conselho Nacional de Saúde para ampliar cada vez mais a transparência desse processo. Sem  
75 corporativismo, sabemos que a saúde foi uma das políticas públicas que mais avançou no Brasil nos  
76 últimos anos. Isso se deu por conta da unidade e do nosso compromisso, e, também, por ter sido a  
77 política pública de maior transparência para o controle da sociedade. Sabemos que ainda há muito para  
78 construir, mas tenho a convicção que não somente o Conselho Nacional de Saúde, como os Conselhos  
79 Municipais e Estaduais têm um profundo compromisso com o mesmo objetivo. Peço licença a todos os  
80 presentes e desejo um bom final de reunião. Um abraço a todos e a todas.” **ITEM 02 –**  
**81 CONFERÊNCIAS TEMÁTICAS** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, convidou  
82 os Conselheiros **Moisés Goldbaum** e **Rozângela Fernandes Camapum** para apresentar informes sobre  
83 o andamento do processo de organização da 2ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em  
84 Saúde e da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum**  
85 informou que a Comissão Organizadora da Conferência Nacional de Saúde Bucal reuniu-se no dia 1º  
86 de junho de 2004 e discutiu questões que necessitavam do referendo do Plenário do CNS, sendo:  
87 mudança da data de realização; redação para o item do Regulamento relativo à apresentação de novas  
88 propostas na Plenária Temática; proposta de programação (composição das mesas, painéis e Plenárias  
89 Temáticas); e distribuição das vagas destinadas a convidados. A propósito da mudança de data,  
90 explicou que, em virtude do atraso no processo de licitação relativo às Conferências de Saúde Bucal e  
91 Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde decorrente da “Operação Vampiro”, não seria possível  
92 realizar a Conferência na data anteriormente definida de 1º a 04 de julho de 2004. Frente à situação, a  
93 Comissão Organizadora sugeriu uma nova data para os dias 29, 30, 31 de julho e 1º de agosto de  
94 2004. Além disso, acrescentou que o processo de licitação estaria pronto no dia seguinte. No que diz  
95 respeito à redação para o item do Regulamento relativo à apresentação de novas propostas na Plenária  
96 Temática, explicou que não foi possível definir nova proposta, assim, a sugestão da Comissão  
97 Organizadora era manter a redação original, aprovada anteriormente nos seguintes termos: “Quando  
98 houver destaques na Plenária Temática, os mesmos deverão ser entregues por escrito à mesa de  
99 apoio ao Plenário durante a leitura do relatório. Parágrafo Único. Os destaques devem contemplar  
100 supressão total ou parcial, modificação ou adendos pertinentes ao tema.” Em seguida, apresentou a  
101 proposta de programação da Conferência, com composição da mesa-diretora dos trabalhos da  
102 cerimônia de abertura, painéis temáticos, e plenárias temáticas. No que diz respeito às vagas para  
103 convidados, apresentou a proposta da Comissão Organizadora de distribuição paritária das 108 vagas,  
104 destinadas a convidados, entre os segmentos que compõem o Colegiado do CNS. Concluída a  
105 apresentação, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em discussão a  
106 proposta de mudança de data de realização da Conferência. **Não havendo destaques, o Plenário**  
107 **aprovou a data de 29, 30 e 31 de julho e 1º de agosto de 2004 para realização da etapa nacional da 3ª**  
108 **Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão sobre o item do  
109 Regulamento relativo à apresentação de propostas na Plenária Temática. Conselheira **Gyselle Saddi**  
110 **Tannous** registrou a preocupação da Comissão de Relatoria em garantir a apresentação de novas  
111 propostas de um lado e definir mecanismo para diminuir o número de propostas apresentadas do outro,  
112 a fim de não inviabilizar a Plenária Final. Nessa ótica, falou sobre a proposta da Comissão de garantir a  
113 apresentação de propostas novas na etapa nacional a partir do seguinte critério: propostas  
114 absolutamente inéditas, que seriam apresentadas uma a uma, verbalmente, ao final da votação do  
115 condensado oriundo dos estados. As propostas novas somente seriam apresentadas na Plenária Final  
116 se tivesse 50% mais um de votos favoráveis na Plenária Temática. Conselheira **Rozângela Fernandes**  
117 **Camapum** explicou que a Comissão Organizadora, após exaustivo debate, não acatou a proposta da

118 Comissão de Relatoria, por entender que não deveria ser aberta a possibilidade de apresentação de  
119 novas propostas de um modo geral, pois poderia inviabilizar a conclusão dos trabalhos da Plenária  
120 Final. Disse que o entendimento da Comissão Organizadora era de que as propostas com, no mínimo,  
121 70% dos votos estariam automaticamente aprovadas e propostas com 30% dos votos seriam  
122 apresentadas na Plenária Final como propostas sem consensos. Conselheiro **Alexandre de Oliveira**  
123 **Fraga** comentou sobre o êxito da Conferência Estadual da Bahia, em especial no que diz respeito à  
124 conclusão dos trabalhos da Plenária Final, o que demonstrava a efetividade da metodologia adotada  
125 para as Conferências. Nessa linha, defendeu que fosse garantida a apresentação de novas propostas  
126 na Plenária Temática a qual serviria de "filtro" para as propostas que seriam apreciadas na Plenária  
127 Final. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** lembrou que na 1ª Conferência de Medicamentos e  
128 Assistência Farmacêutica foi apresentado número excessivo de propostas, o que dificultou o processo  
129 de votação. Por outro lado, ressaltou que o formato das Conferências de Saúde Bucal e de Ciência,  
130 Tecnologia e Inovação em Saúde era diferente daquele utilizado para a Conferência de Medicamentos  
131 e Assistência Farmacêutica. Disse que a garantia de apresentação de propostas "inéditas" poderia  
132 resultar em debate sobre o que seria ou não inédito, prejudicando também o andamento dos trabalhos.  
133 Nessa linha, defendeu a proposta de garantir a apresentação de adendos (supressivos, aditivos,  
134 modificativos), de forma a possibilitar a apresentação de questões não contempladas no Documento  
135 Referência. **Após discussão, o Plenário aprovou, por unanimidade, a inclusão de item no Regulamento**  
136 **da Conferência de Saúde Bucal nos seguintes termos: "Ao final da votação de cada eixo do Documento**  
137 **Referência, a mesa consultará a Plenária sobre as propostas não contempladas". As propostas não**  
138 **contempladas deverão ser apresentadas uma a uma e irão para a Plenária Final aquelas que alcarem o**  
139 **quorum de 70% dos votos.** Definido esse ponto, foi colocada em discussão a proposta de programação  
140 da Conferência. Conselheiro **Moisés Goldbaum** sugeriu que o Conselheiro indicado para compor a  
141 mesa de abertura não representasse um segmento, mas sim o CNS como um todo. Conselheira  
142 **Rozângela Fernandes Camapum** explicou que foi sugerida a indicação de representante do segmento  
143 dos usuários para participar da mesa de abertura, visando contemplar todos os segmentos que  
144 compõem o CNS na mesa. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** endossou a colocação do Conselheiro  
145 **Moisés Goldbaum** e, nesse sentido, sugeriu que fosse incluído na mesa de abertura um representante  
146 do segmento dos usuários e um representante do CNS. **Considerando essas contribuições, a proposta**  
147 **de programação (composição da mesa de abertura, dos painéis temáticos e das plenárias temáticas) foi**  
148 **aprovada nos seguintes termos:** *Abertura* – 1º dia: 17h – Lanche; 18h – Abertura da 3ª CNSB: Ministro  
149 de Estado da Saúde; Coordenador-Geral da 3ª CNSB; Representante do Conselho Nacional da Saúde;  
150 Representante do CONASS; Representante do CONASEMS; Representantes das Entidades  
151 Odontológicas Nacionais – ABO/CFO/FIO/FNO; Representante da OPAS no Brasil; Representante dos  
152 Prestadores de Serviços em Saúde; Representante dos Usuários; Representante do Conselho Nacional  
153 de Educação; 20h – Discussão e aprovação do Regulamento da 3ª CNSB: Mesa diretora: Trabalhador  
154 – **Rozângela Fernandes Camapum**; Gestor – **Gilberto Alfredo Pucca Júnior**; um representante do  
155 segmento dos usuários a ser indicado; um representante do segmento de prestador de serviço a ser  
156 indicado; Atividade Cultural: Show Musical – Banda Blitz. 2º dia: *Painéis Temáticos*: das 9 às 13h –  
157 Painéis Temáticos I e II. Painel Temático I - Educação e Construção da Cidadania. Coordenadora: **Afra**  
158 **Suassuna Fernandes**; Secretário: **Rodrigo Carvalho Nogueira**. Painelistas: **Dais Gonçalves Rocha**  
159 (representante do segmento de gestores); **Rogério Moreira Arcieri** (representante do segmento dos  
160 trabalhadores em saúde); **Maria Leda de Resende Dantas** (representante do segmento dos usuários);  
161 **Evanilde Maria Martins** (representante do segmento dos usuários). Painel Temático II - Formação e  
162 Trabalho em Saúde Bucal. Coordenador: **Miguel Nobre**; Secretário: **Norberto Francisco Lubiana**.  
163 Painelistas: **Paulo Góes** (representante do segmento de gestores); **José Carrijo Brom** (representante do  
164 segmento dos trabalhadores em saúde); **Jesus Francisco Garcia** (representante do segmento dos  
165 usuários); **Gysélle Saddi Tannous** (representante do segmento dos usuários). Das 15 às 19 horas –  
166 Painéis III e IV - Painel Temático III - Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal.  
167 Coordenador: **Augusto Alves de Amorim**. Secretário: a ser indicado. Painelistas: **Leni Lúcia Leal Nobre**  
168 (representante do segmento de gestores); **Francisco Batista Junior** (representante do segmento dos  
169 trabalhadores em saúde); **Eni Carajá Filho** (representante do segmento dos usuários); **Humberto**  
170 **Jacques de Medeiros** (indicado pelo segmento dos usuários). Painel Temático IV - Financiamento e  
171 Organização da Atenção em Saúde Bucal. Coordenador: **Jorge Solla**. Secretário: a ser definido.  
172 Painelistas: **René José dos Santos** (representante do segmento de gestores); **Joaquim Guilherme**  
173 **Vilanova Cerveira** (representante do segmento dos trabalhadores em saúde); **Neide Regina Cousin**  
174 **Barriguelli** (representante do segmento dos usuários); **Fernando Luiz Eliotério** (representante do  
175 segmento dos usuários). Atividade Cultural: Teatro Comédia – Os Melhores do Mundo. 3º dia: *Plenárias*  
176 *Temáticas*: das 9 às 13h; e das 15 às 19h: Plenárias Temáticas. Mesa Diretora: Educação e  
177 Construção da Cidadania em Saúde Bucal. Trabalhador: **Norberto Francisco Lubiana**; Gestor: **Samuel**  
178 **Moisés**; Usuário: **André Luiz de Oliveira**; Prestador: a ser indicado. Mesa Diretora: Formação e Trabalho

179 em Saúde Bucal. Trabalhador: **Rozângela Fernandes Camapum**; Gestor: **Marco Peres**; Usuário: a ser  
180 indicado; Prestador: a ser indicado. Mesa Diretora: Financiamento e Organização da Atenção em  
181 Saúde Bucal. Trabalhador: **Alexandre de Oliveira Fraga**; Gestor: **Marina Mendes**; Usuário: a ser  
182 indicado; Prestador: a ser indicado. Mesa Diretora: Controle Social e Gestão Participativa em Saúde  
183 Bucal. Trabalhador: representante do CFO; Gestor: **Marco Manfredini**; Usuário: **Luiz Gonzaga de**  
184 **Araújo**; Prestador: a ser indicado. Atividade Cultural: Show Musical – Banda Let it Beatles. 4º dia:  
185 **Plenária final**: das 9 às 13 horas; e das 15 às 19 horas. Mesa Diretora: Educação e Construção da  
186 Cidadania em Saúde Bucal. Trabalhador: **Norberto Francisco Lubiana**; Gestor: **Ricardo Ceccin**; Usuário:  
187 a ser indicado; Prestador: a ser indicado. Mesa Diretora: Formação e Trabalho em Saúde Bucal.  
188 Trabalhador: **José Carrijo Brom**; Gestor: **Alexandre Mont'Alven**; Usuário: a ser indicado; Prestador: a ser  
189 indicado. Mesa Diretora: Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal. Trabalhador:  
190 **Maria Natividade G. S. T. Santana**; Gestor: **Jorge Solla**; Usuário: **Fernando Luiz Eliotério**; Prestador: a  
191 ser indicado. Mesa Diretora: Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Bucal. Trabalhador:  
192 representante do CFO; Gestor: **Gilberto Pucca**; Usuário: a ser indicado; Prestador: a ser indicado. **No**  
193 **que diz respeito às vagas destinadas a convidados, o Plenário aprovou a proposta de distribuição**  
194 **paritária das 108 vagas entre os segmentos que compõem o Colegiado do CNS.** 2ª *Conferência*  
195 *Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde* – Conselheiro **Moisés Goldbaum** informou, a  
196 princípio, sobre o processo de realização da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde,  
197 ressaltando que vários municípios estavam realizando as etapas estaduais e que 22 estados  
198 realizariam as etapas estaduais. Em seguida, apresentou questões definidas na reunião da Comissão  
199 Organizadora, realizada no dia 25 de maio de 2004, para serem referendadas pelo Plenário do CNS,  
200 sendo: proposta de programação; proposta de composição dos painéis; proposta de composição das  
201 mesas diretoras (participação dos Ministérios da Ciência e Tecnologia e da Educação nas plenárias  
202 temáticas); revisão do prazo para a entrega do relatório das Conferências Estaduais do Rio Grande do  
203 Sul e do Paraná (até o dia 12 de julho de 2004, às 10 horas); e divisão de vagas para convidados. Após  
204 a apresentação da proposta de programação de abertura, composição dos painéis e das mesas  
205 diretoras das Plenárias, comentou sobre o número reduzido de vagas destinadas ao Ministério da  
206 Saúde e, nesse sentido, apresentou a sugestão de os representantes do Conselho de Ciência e  
207 Tecnologia do Ministério da Saúde participarem da Conferência como convidados (ocupando 27 das 60  
208 vagas destinadas a convidados) e de representantes do Ministério da Saúde ocuparem vagas em  
209 vacância de outros Ministérios. Por fim, falou sobre o interesse da Organização Mundial da Saúde  
210 (OMS) e do CORED em acompanhar a Conferência na qualidade de observadores ou convidados.  
211 Concluída a apresentação, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou ao  
212 Plenário o novo Coordenador da 2ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde,  
213 **Reinaldo Guimarães**. Em seguida, colocou em discussão a proposta de composição das mesas  
214 diretoras das plenárias, que sugere a participação de representantes dos Ministérios da Ciência e  
215 Tecnologia e da Educação nas plenárias temáticas. **Não havendo destaques, a proposta de**  
216 **composição das mesas diretoras das plenárias foi aprovada, por unanimidade, nos seguintes termos:**  
217 Plenária para Aprovação do Regulamento da 2ª CNCTIS – 25 de julho de 2004 – Mesa Diretora:  
218 Coordenador: **Flávio Goulart** – CONASEMS (representante do segmento de gestores); **Neide Regina C.**  
219 **Barriguelli** – Entidade Nacional de Portadores de Deficiência Física – FARBRA (representante do  
220 segmento de usuários); **Mario Toscano** – CFM-FENTAS (representante do segmento de trabalhadores);  
221 Representante do Ministério da Ciência e Tecnologia: a ser indicado; Representante do Ministério da  
222 Educação: a ser indicado. Plenária Temática: Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde –  
223 27 de julho de 2004 - Mesa Diretora: Coordenador: **Moisés Goldbaum** – ABRASCO/SBPC  
224 (representante do segmento de usuários); **Antonia Angulo** – SCTIE/Ministério da Saúde (representante  
225 do segmento de gestores); **Francisca Walda da Silva** – ABEn – FENTAS (representante do segmento  
226 de trabalhadores); Representante do Ministério da Ciência e Tecnologia: a ser indicado; Representante  
227 do Ministério da Educação: a ser indicado. Plenária Temática: Agenda Nacional de Prioridades de  
228 Pesquisa em Saúde – 27 de julho de 2004. Mesa Diretora: Coordenador: **Julio Muller** – CONASS  
229 (representante do segmento de gestores); **Renato Cordeiro** – FESBE (representante do segmento de  
230 usuários); **Maria Eugênia C. Cury** – FENAFAR – FENTAS (representante do segmento de  
231 trabalhadores); Representante do Ministério da Ciência e Tecnologia: a ser indicado; Representante do  
232 Ministério da Educação: a ser indicado. Plenária Final da 2ª CNCTIS – 28 de julho de 2004. Mesa  
233 Diretora: Coordenador: **Nelson Rodrigues dos Santos** – SGP/Ministério da Saúde (representante do  
234 segmento de gestores); **Paulo Gadelha** – ABRASCO (representante do segmento de usuários); **André**  
235 **de Oliveira** – CNBB (representante do segmento de usuários); **Noemy Tomita** – CFBio-FENTAS  
236 (representante do segmento de trabalhadores em saúde); Representante do Ministério da Ciência e  
237 Tecnologia: a ser indicado; Representante do Ministério da Educação: a ser indicado. Conselheiro  
238 **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que a coordenação das mesas diretoras fosse feita de forma  
239 intercalada. Definido esse ponto, foi colocada em discussão a proposta de novo prazo para a entrega

240 do relatório das Conferências Estaduais do Rio Grande do Sul e do Paraná. Não havendo destaques, a  
241 proposta foi aprovada. Os Estados do Rio Grande do Sul e do Paraná terão até o dia 12 de julho de  
242 2004, às 10 horas, para entregar o relatório final das suas respectivas Conferências Estaduais.  
243 Concluído esse ponto, a Secretaria-Executiva do CNS colocou em discussão as propostas de  
244 composição dos painéis e de programação. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** registrou  
245 insatisfação com o fato de os componentes dos painéis da Conferência de Ciência, Tecnologia e  
246 Inovação em Saúde não terem sido definidos conforme os critérios do Regimento Interno, art. 3º, § 2º,  
247 que determina que os expositores seriam escolhidos entre os gestores, trabalhadores em saúde,  
248 prestadores de serviços, usuários, membros do Ministério Público, estudiosos da área de ciência e  
249 tecnologia e saúde e especialistas. Nessa linha, sinalizou a falta da participação dos segmentos dos  
250 trabalhadores e usuários no processo de debate sobre os painéis. Conselheiro **Moisés Goldbaum** fez o  
251 registro da ponderação do Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**, contudo, esclareceu que a  
252 composição dos painéis foi definida a partir das determinações do Regimento Interno da Conferência.  
253 Além disso, acrescentou que a Comissão Organizadora acatou sugestões de nomes apresentadas pelo  
254 FENTAS. **Feitas essas considerações, o Plenário aprovou a proposta de programação e a composição**  
255 **dos painéis nos seguintes termos: Programação preliminar de abertura:** Dia: 25 de julho de 2004:  
256 Abertura oficial da 2ª CNCTIS. 18h: Mesa Oficial de Abertura - Ministro de Estado da Saúde; Ministro  
257 de Estado da Ciência e Tecnologia; Ministro de Estado da Educação; Secretário de Ciência, Tecnologia  
258 e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde; Representante do Conselho Nacional de Saúde;  
259 Representante do Conselho Nacional de Educação; Presidente do CONASS; Presidente do  
260 CONASEMS; Presidente da ABC; Presidente da SBPC; Representante da OPAS no Brasil;  
261 Coordenador-Geral da 2ª CNCTIS. 19h: Conferência Magna: Pesquisa em Saúde no Mundo. Professor  
262 **Carlos Morel**; Coordenador da mesa: Coordenador-Geral da 2ª CNCTIS. 20h: Plenária de Aprovação  
263 do Regulamento da 2ª CNCTIS. 21h: Apresentação de grupo musical. **Composição dos Painéis** – dia 26  
264 de julho de 2004: Painel sobre Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. 8h30:  
265 Abertura - 1ª Parte do Painel: Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Coordenador: **José**  
266 **Carvalheiro** – CONASS (representante do segmento de gestores). 1. Princípios e Eixos Condutores da  
267 Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: **Rita Barata Barradas** – ABRASCO  
268 (representante do segmento de usuários). 2. Complexo Produtivo da Saúde: **Carlos Gadelha** –  
269 Ministério da Integração Nacional (representante do segmento de gestores). 3. Modelo de Gestão da  
270 Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: **Reinaldo Guimarães** – SCTIE/Ministério da  
271 Saúde (representante do segmento de gestores). 11h: 2ª Parte do Painel: Política de Ciência,  
272 Tecnologia e Inovação em Saúde (continuação). Coordenador: **Zilda Arns Neumann** – CNBB. 1.  
273 Superação das Desigualdades Regionais na Pesquisa em Saúde: **Cristóvão Picanço Diniz** -  
274 Universidade Federal do Pará (representante do segmento de usuários). 2. Aprimoramento da  
275 Capacidade Regulatória em Saúde: **Cláudio Maierovich** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
276 (ANVISA) (representante do segmento de gestores). 3. Formação de Recursos Humanos para a  
277 Pesquisa em Saúde: **Jorge Guimarães** – CAPES (representante do segmento de gestores). 13h:  
278 Intervalo para o almoço. Painel sobre a a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 15h:  
279 Abertura. Coordenador: **José Alberto Hermógenes de Souza** – FENTAS. 1. Situação de Saúde e  
280 Prioridades de Pesquisa em Saúde: **Maurício Barreto** – ABRASCO (representante do segmento de  
281 usuários). 2. Consenso Político e Prioridades de Pesquisa em Saúde: **Gastão Wagner de Souza** –  
282 SE/Ministério da Saúde (representante do segmento de gestores). 3. Controle Social e Prioridades de  
283 Pesquisa em Saúde: **Jorge Beloque** (CONEP); **Alejandra Rotaria** (CONEP); e **Francisco Pereira da**  
284 **Silva** (CONEP). 4. Responsabilidade Social do Pesquisador e Prioridades de Pesquisa em Saúde:  
285 **William Saad Hossne**. 19h: Coquetel. Definido esse ponto, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**  
286 **Aparecida da Cruz**, consultou o Plenário sobre a proposta de o CNS trabalhar com número maior de  
287 delegados, a fim de contemplar as 27 vagas solicitadas pelo Ministério da Saúde. **O Plenário concordou**  
288 **com a proposta**. Por fim, a Secretaria-Executiva do CNS colocou em discussão a questão das vagas  
289 para delegados. Consultou o Plenário sobre a proposta de o Ministério da Saúde ocupar as vacâncias  
290 relativas às vagas destinadas aos gestores federais (demais Ministérios). Conselheira **Zilda Arns**  
291 **Neumann** discordou da proposta por entender que seria necessário garantir a participação de  
292 representantes de todos os Ministérios na Conferência. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** não  
293 concordou com a proposta de o Ministério da Saúde ocupar vagas destinadas a Conselheiros  
294 representantes do segmento dos gestores no CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** também se  
295 manifestou contrário à proposta de o Ministério da Saúde ocupar vagas em aberto de outros  
296 Ministérios, considerando a necessidade da participação de representantes de todos os Ministérios.  
297 **Feitas essas considerações, o Plenário decidiu aumentar o número de vagas para os convidados, a fim**  
298 **de contemplar a solicitação do Ministério da Saúde, e manter as vagas para os Conselheiros do CNS**  
299 **(indicações por parte dos Conselheiros)**. O Coordenador da 2ª Conferência de Ciência e Tecnologia,  
300 **Reinaldo Guimarães**, comentou sobre o êxito na realização das etapas municipais e estaduais da

301 Conferência, destacando a importância da participação e do apoio do CNS no processo. No segundo  
302 dia de reunião, Conselheira **Gysélie Saddi Tannous** solicitou que fosse reaberto debate sobre a data de  
303 realização da 3<sup>a</sup> Conferência de Saúde Bucal, 29 de julho a 1º de agosto de 2004, aprovada no dia  
304 anterior. Explicou que os membros do Fórum das Entidades dos Portadores de Deficiência e Patologia  
305 reuniram-se e ponderaram sobre a dificuldade da participação dos Conselheiros, em especial dos  
306 representantes do segmento dos usuários, e da Secretaria-Executiva nas duas Conferências, que  
307 ocorreriam seqüencialmente: a 2<sup>a</sup> Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde de 25 a 28  
308 de julho e a 3<sup>a</sup> Conferência de Saúde Bucal de 29 de julho a 1º de agosto de 2004. Desse modo,  
309 apresentou a proposta de a 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal ser realizada de 12 a 15 de  
310 agosto de 2004. O Coordenador Nacional de Saúde Bucal, **Gilberto Alfredo Pucca Júnior**, explicou que  
311 o calendário de organização da Conferência de Saúde Bucal estava sendo seguido, mas em virtude  
312 dos acontecimentos no âmbito do Ministério da Saúde foi atrasado. Ressaltou que apesar desses  
313 acontecimentos, seria possível realizar a Conferência na data anteriormente definida de 1º a 04 de julho  
314 de 2004, entretanto, como medida preventiva a Comissão Organizadora propôs a mudança de data.  
315 Assim, após consulta aos segmentos que participariam da Conferência, decidiu-se pela data de 29 de  
316 julho a 1º de agosto de 2004. Disse que uma nova mudança de data poderia prejudicar o processo  
317 operacional e administrativo da Conferência, considerando que implicaria na reformulação da comissão  
318 de relatoria, na re-elaboração do edital de licitação, entre outros aspectos. Ressaltou que o Conselho  
319 era soberano para mudar novamente a data de realização da Conferência, contudo, ponderou que  
320 implicaria no recomeço do processo organizacional. Dessa forma, propôs a manutenção da data  
321 aprovada no dia anterior, considerando que contemplaria a grande parte dos setores articulados para  
322 participar da Conferência. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** enfatizou também que uma  
323 nova mudança de data de realização prejudicaria o processo operacional e administrativo deflagrado a  
324 partir da deliberação do Plenário. Além disso, informou que a Secretaria-Executiva, após ser  
325 consultada, disse que haveria problemas em realizar as Conferências seqüencialmente. Ressaltou  
326 ainda que a data aprovada no dia anterior já havia sido divulgada a estados e municípios. Conselheiro  
327 **Carlos Alberto Duarte** destacou que a realização da Conferência de Saúde Bucal na data aprovada no  
328 dia anterior dificultaria a participação de vários segmentos nas Conferências, considerando a  
329 impossibilidade da permanência em Brasília por oito dias consecutivos. Além disso, ressaltou que era  
330 membro da Comissão de Relatoria, entretanto, não foi consultado sobre a proposta de mudança de  
331 data apresentada pela Comissão Organizadora. Conselheira **Gysélie Saddi Tannous**, relatora adjunta  
332 da Conferência de Saúde Bucal, disse que também não foi consultada sobre as mudanças da data da  
333 Conferência. Além disso, ressaltou que o adiamento da Conferência foi resultante de vários aspectos,  
334 dentre eles, a dificuldade de definir locais para realização e hospedagem. Conselheira **Zilda Arns**  
335 **Neumann** defendeu a manutenção da data aprovada no dia anterior de 29 de julho a 1º de agosto de  
336 2004 para a realização da Conferência, considerando que os aspectos infra-estruturais já haviam sido  
337 definidos. Conselheira **Maria Thereza M. de C. Rezende** ratificou também a data de 29 de julho a 1º de  
338 agosto de 2004 para a realização da Conferência de Saúde Bucal, por entender que teria público  
339 distinto da Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Conselheiro **Moisés Goldbaum**  
340 disse que seria importante ponderar as considerações da Comissão Organizadora na definição da data.  
341 Além disso, lembrou que, ao discutir a formatação das Conferências, o Plenário destacou a importância  
342 de diversificar a participar nas duas Conferências Temáticas. Conselheira **Rosane Maria N. da Silva**  
343 ressaltou que o adiamento da Conferência de Saúde Bucal para a data de 12 a 15 de agosto de 2004  
344 também coincidiria com o calendário pré-estabelecido do CNS, o que não resolveria o problema da  
345 permanência de Conselheiros em Brasília. Nessa linha, endossou a data aprovada no dia anterior.  
346 Após essas considerações, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, conforme  
347 solicitação do Plenário, colocou as propostas de data em votação: 1) 29, 30, e 31 de julho e 1º de  
348 agosto de 2004 – 9 votos; e 2) 12, 13, 14 e 15 de agosto de 2004 – 8 votos. Uma abstenção. **Foi**  
349 **vencedora a data de 29, 30, e 31 de julho e 1º de agosto de 2004**. Conselheiro **Moisés Goldbaum**  
350 solicitou declaração de voto para esclarecer que tinha ponderações a apresentar para Comissão  
351 Organizadora, entretanto, não teve a oportunidade de apresentá-las, por não ter sido convidado a  
352 participar da reunião dos usuários. Além disso, registrou discordância com o voto fechado do segmento.  
353 Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** solicitou declaração de voto para justificar que se  
354 absteve da votação por concordar com as considerações da Comissão Organizadora da Conferência  
355 de Saúde Bucal e por considerar importante as ponderações do segmento dos usuários. Conselheira  
356 **Zilda Arns Neumann** ressaltou a importância de o CNS não incorrer no ato de fechar voto, por entender  
357 que era uma iniciativa antidemocrática e prejudicava os trabalhos do Conselho. Conselheiro **Carlos**  
358 **Alberto Duarte** fez uso da palavra para esclarecer que não houve decisão fechada do segmento dos  
359 usuários. Explicou que foi realizada reunião dos membros do Fórum das Pessoas Portadoras de  
360 Deficiência e Patologias na qual se discutiu a inviabilidade da participação dos usuários nas duas  
361 Conferências Temáticas. Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira** registrou protesto sobre as

362 declarações que apontaram para “votação fechada” do segmento dos usuários. Nessa linha, ressaltou  
363 que considerou as ponderações da Comissão Organizadora ao votar. Entretanto, considerava que a  
364 participação dos usuários nas Conferências seria prejudicada. **A seguir, o Plenário aprovou a indicação**  
365 **do nome da Conselheira Nildes de Oliveira Andrade para representar o segmento dos usuários na**  
366 **abertura da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.** Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do  
367 item 06. **ITEM 03 – APRESENTAÇÃO – SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (SAS/MS) –** A  
368 Secretaria-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, convidou os representantes da Secretaria de  
369 Atenção à Saúde (SAS/MS) para apresentação de programas do Ministério da Saúde integrantes da  
370 Política de Saúde. Explicou que a apresentação atendia ao acordo entre o Ministério da Saúde e o CNS  
371 de se garantir espaço nas reuniões do Conselho para debate das deliberações do Ministério da Saúde.  
372 O representante do Ministério da Saúde, **Artur Chioro**, a princípio, cumprimentou o Plenário do CNS e  
373 justificou a ausência do Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge Solla**, no debate. Em seguida, passou à  
374 apresentação do Programa Reforma da Política Nacional de Atenção Hospitalar, que consistia em uma  
375 das prioridades do Ministério da Saúde, englobando a Proposta de Organização e Financiamento para  
376 os Hospitais de Pequeno Porte, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar  
377 Psiquiátrica no SUS e a Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Iniciou a explanação apresentando  
378 breve diagnóstico da atenção hospitalar brasileira, destacando que se tratava de um dos principais  
379 pontos de debate no SUS e se caracterizava por supervvalorização dos hospitais enquanto espaços de  
380 produção de conhecimentos e ações de saúde em qualquer um dos níveis de atenção; grande  
381 visibilidade, inclusive sob a perspectiva do usuário de saúde; r  
382 ede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade dos  
383 serviços; concentração de recursos de pessoal em complexos hospitalares de médio e grande porte,  
384 com desequilíbrio regional;  
385 concentração de leitos na esfera privada e grandes centros urbanos; 43% dos hospitais possuem  
386 menos de 30 leitos:  
388 68% em municípios com menos de 30.000 habitantes, a maioria, única possibilidade de internação no  
389 município, consomem cerca de US \$ 100 milhões/ano; e  
393 existência de importante crise na atenção hospitalar brasileira. Explicou que a crise da atenção  
394 hospitalar brasileira referia-se aos aspectos financeiros (desfinanciamento), assistenciais, de ensino e  
395 pesquisa e de gestão da rede hospitalar. Disse que a crise era tratada de forma convencional, pautada  
396 pelo imediatismo,  
397 direcionada para a busca de recursos e voltada para a modernização técnica e gerencial  
399 . Nesse contexto, ressaltou que, para mudar o modelo convencional, o Ministério da Saúde tem  
400 investido na construção de projetos coletivos, na formulação de Política para a reforma do Sistema de  
401 Atenção Hospitalar Brasileira e na busca de apoio e legitimidade social. Dessa forma, destacou  
402 alternativas para tratar da crise definidas a partir do debate coletivo com vários setores, sendo:  
403 redefinição do modelo assistencial; redesenho do modelo organizativo; reforma do modelo de gestão;  
404 reconstrução do relacionamento com o SUS; reorientação do Ensino e da Pesquisa; e revisão dos  
405 mecanismos de financiamento  
407 . Continuou detalhando que um hospital integrado ao sistema de saúde deveria ser adequado ao perfil  
408 epidemiológico da sua área de abrangência; inserido em uma rede de serviços de saúde, por meio de  
409 mecanismos de referência e contra-referência; humanizado; descentralizado em sua gestão; autônomo  
410 gerencialmente; administrado de modo profissional; prestador de serviços públicos, com  
411 responsabilidade social; capaz de incorporar tecnologias, a partir de critérios racionais; e prestador de  
412 serviços de qualidade. Nesse sentido, explicou que a proposta era a definição de novo papel dos  
413 hospitais, para que se tornassem local para manejo de  
414 eventos agudos, espaço para análise das possibilidades e benefícios terapêuticos, provido de  
415 densidade tecnológica compatível com o seu papel na rede, eficiência, qualidade e infra-estrutura  
416 adequada. Acrescentou que havia tendência mundial de reforma do modelo hospitalar, com fechamento  
417 e fusão de hospitais, sendo mais viáveis aqueles com a média de 100 a 400 leitos. Comentou sobre a  
418 situação atual da rede hospitalar do SUS, destacando dados do Cadastro de Estabelecimentos de  
419 Saúde de abril de 2004, sendo: **a)** população do Brasil: 176.876.251; **b)** unidades com leitos de  
420 internação hospitalar: 6.223; **c)** leitos hospitalares: 451.320, sendo 390.732 (86,5%) leitos do SUS; **d)**  
421 internações/ano: 11,7 milhões; e **e)** leitos/1.000 habitantes: 2,7. Ressaltou que o número de leitos do  
422 Brasil atendia aos parâmetros internacionais recomendáveis, contudo, havia grande iniquidade, com  
423 concentração de leitos em determinadas áreas e falta de leitos em outras. Detalhou que,  
424 aproximadamente, 40% da rede hospitalar possuía entre 5 e 30 leitos, o que apontava para a  
425 necessidade de uma política voltada para os hospitais de pequeno porte; 62% da rede possuía menos  
426 de 50 leitos; 19% possuía até 100 leitos; 8% da rede com 100 a 200 leitos; e 7% possuía mais de 200  
427 leitos. Acrescentou que 71% da rede hospitalar localizava-se em municípios com menos de 100 mil  
428 habitantes e observa-se redução do número de leitos no país além de crescimento da rede hospitalar

429 pública. Falou sobre a distribuição dos leitos hospitalares no país, destacando que a rede privada tinha  
430 grande participação na oferta hospitalar no país (65%). Feita a apresentação do cenário da situação da  
431 rede hospitalar no Brasil, apontou os eixos norteadores da Reforma da Atenção Hospitalar, sendo:  
432 intersetorialidade (estratégia transversal); humanização (gestão e atenção); contratualização (relação  
433 de prestadores; eficiência e efetividade dos serviços prestados); inserção na rede (papel do SUS);  
434 financiamento (modelo de alocação de recursos); garantia de acesso (cobertura e qualidade);  
435 democratização da gestão (papel social do hospital; controle social; pactuação CIB e CIT). Além disso,  
436 explicou que a proposta teria por base as seguintes diretrizes: definição de modelo de atenção centrado  
437 no usuário; definição de nova relação com os gestores, com pactuação sobre a nova missão da  
438 unidade; fortalecimento da capacidade gerencial das unidades hospitalares; definição de planejamento  
439 e gestão da rede; definição de novo modelo de alocação de recursos financeiros global ou misto; e  
440 contratualização a partir de metas quantitativas e qualitativas. Continuou esclarecendo que a reforma  
441 da atenção hospitalar buscava reorganizar a rede a partir de grupos de hospitais, sendo: Hospitais  
442 Universitários e de Ensino; Hospitais do Ministério da Saúde; Hospitais Filantrópicos; Hospitais de  
443 Pequeno Porte; Hospitais do Projeto Qualisus; Hospitais da Política de Terapia Intensiva; Hospitais da  
444 Atenção Domiciliar; Política de Humanização; Política de Urgência e Emergência; Política de Saúde  
445 Bucal e Reforma Psiquiátrica. Em seguida, falou sobre a situação dos Hospitais Universitários,  
446 destacando que havia 148 hospitais de ensino distribuídos pelo país (1/3 correspondiam a hospitais do  
447 Ministério da Educação; 1/3 a hospitais filantrópicos e privados de ensino; e 1/3 a hospitais públicos  
448 estaduais e municipais), com concentração nos Estados do Rio Grande do Sul e São Paulo. Explicou  
449 que os hospitais de ensino tinham expressão significativa na prestação de serviços para o SUS,  
450 considerando que representavam 2,55% da rede hospitalar brasileira, 10,3% dos leitos SUS, 11,8% das  
451 internações (R\$ 1.346.123), 11,62% da produção ambulatorial, 25,6 % dos leitos de UTI, 37,56% dos  
452 procedimentos de alta complexidade, com orçamento de R\$ 481 milhões/ano - FIDEPS e AIH média  
453 de R\$ 779,99. Explicou que o perfil dos hospitais de ensino era extremamente heterogêneo no que se  
454 refere ao porte, à incorporação tecnológica, aos modelos de gestão, à natureza jurídica, à inserção e  
455 relação com o SUS: gestão local/regional/estadual. Ressaltou que os hospitais de ensino vivenciavam  
456 crise assistencial, organizativa, financeira e estrutural, em virtude da ausência de política  
457 governamental para o setor. No que se refere à crise financeira, explicou que era resultado da  
458 insuficiência de recursos financeiros (custeio e investimento); carência de recursos, principalmente de  
459 pessoal; distribuição desigual de recursos de investimento; modelo de financiamento atual por  
460 produção; respostas pontuais/parciais; entre outros. Sobre a crise organizativa dos hospitais de ensino,  
461 sinalizou que era resultante do modelo burocrático e hierárquico, padrão de gastos, dependência  
462 normativa da Universidade e diminuição da autonomia e capacidade gerencial, pulverização de  
463 mecanismos de gerenciamento de recursos (fundações de apoio, institutos, entre outros), déficit de  
464 pessoal, terceirização, baixos salários e pendências de ordem legal e política. A propósito da crise  
465 assistencial dos hospitais de ensino, explicou que era reflexo da inadequação de práticas assistenciais  
466 e do modelo de atenção (indefinição do papel dos Hospitais no SUS), seleção de demanda por lógica  
467 própria (interesses acadêmicos, induzida pelo financiamento e advera à regulação pelos gestores),  
468 predominância de serviços de baixa e média complexidade e problemas apontados pelos usuários  
469 relativos a acesso, qualidade, humanização, acolhimento e resolutividade. Acrescentou que a crise  
470 assistencial dos Hospitais Universitários estava subordinada à autonomia médica e aos interesses  
471 corporativos, com precariedade das condições de trabalho, falta de motivação e de integração com os  
472 demais níveis de atenção do sistema de saúde e com a rede do SUS, excessiva especialização e uso  
473 de tecnologias (integralidade), inadequação do perfil do pessoal formado para o SUS, produção de  
474 conhecimentos desfocada das necessidades e rebatimento da crise para o ensino. Disse que, como  
475 forma de enfrentamento da crise, foi editada a Portaria Interministerial nº 562/03 a qual instituiu  
476 Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos Hospitais de Ensino  
477 no Brasil, visando reformular e/ou reorientar a política nacional para o setor, considerando a  
478 necessidade de melhoria da situação financeira, estrutural, organizativa e de gestão, e definição do  
479 papel e inserção no SUS. Acrescentou que o ano de 2003 foi de construção de consenso e de avanços  
480 dos quais se destacam a  
481 aprovação de concurso para preenchimento de 11.000 vagas para os hospitais federais de ensino e  
482 ampliação do recurso financeiro interministerial. Citou os resultados do trabalho iniciado em 2003  
483 dentre os quais se destacam a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1000, de 15 de abril  
484 de 2004, que institui novo processo de certificação dos hospitais de ensino, e a Portaria Interministerial  
485 Ministério da Educação e Ministério da Saúde nº 1005, de 27 de maio de 2004, que define documentos  
486 de verificação,  
487 constitui a Comissão de Certificação dos Hospitais (Ministério da Educação e Ministério da Saúde) e o  
488 grupo técnico de certificadores (12 representantes do Ministério da Educação e 12 representantes do  
489 Ministério da Saúde). Acrescentou que os hospitais de ensino teriam sessenta dias para solicitar o

490 processo de certificação a qual seria revista a cada dois anos. A propósito, destacou os principais  
491 requisitos para a certificação dos hospitais de ensino, sendo: **a)** possuir um curso de medicina, um  
492 curso da área da saúde e residência (no mínimo dez vagas no R1 em clínica básica); **b)** desenvolver  
493 atividades de pesquisa; **c)** ter um pólo de educação permanente em saúde; **d)** aderir às Políticas  
494 prioritárias do SUS, incluindo a Política Nacional de Humanização; **e)** Hospitais Públicos: em quatro  
495 anos a oferta de serviço deverá ser 100% pública; **f)** Hospitais Filantrópicos: no mínimo 70% das ações  
496 destinadas ao SUS; **g)** Regulação gestor SUS: 100% da oferta dos serviços; **h)** integrar o sistema  
497 estadual de urgência/emergência; **i)** constituir Conselho Gestor ou comissão permanente de  
498 acompanhamento dos contratos (filantrópicos); e **j)** definir estrutura mínima de gestão hospitalar. Sobre  
499 a contratualização, explicou que a idéia era que envolvesse as mudanças do modelo assistencial, do  
500 modelo de Gestão hospitalar e da  
501 formação e educação permanente e o desenvolvimento de p  
502 esquisa e avaliação das tecnologias em saúde. A propósito do financiamento, explicou que a proposta  
503 era de orçamentação global, com componente fixo e outro componente variável. A alta complexidade  
504 obedeceria o modelo de alocação vigente (por produção) e o custeio global fixo os critérios de  
505 nova pactuação da média complexidade ajustada às necessidades definidas pelo gestor (nova  
506 pactuação), inclusão dos recursos do FIDEPS, dos recursos do Programa Interministerial ou outros  
507 incentivos repassados de forma destacada. Acrescentou que outros recursos adicionais poderiam ser  
508 acrescidos desde que justificados pelo gestor e aprovado pelo Ministério da Saúde. Além disso, disse  
509 que o valor fixo pactuado entre as partes seria definido a partir do cumprimento das metas acordadas.  
510 Ressaltou que  
511 o processo de contratualização teria que ser aprovado pelo Conselho de Saúde respectivo, pela CIB e  
512 homologado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Destacou, ainda, a importância do  
513 papel dos conselhos gestores no acompanhamento desse processo. Concluída a apresentação, passou  
514 a palavra à Coordenadora Geral de Atenção Hospitalar (DAE/MS) para apresentação da nova proposta  
515 de organização e financiamento para os hospitais de pequeno porte. A Coordenadora Geral de Atenção  
516 Hospitalar (DAE/MS), **Elaine Machado López**, informou a princípio, que há 2.486 hospitais de pequeno  
517 porte (ou seja, que possuem entre 5 e 20 leitos), sendo 1.340 públicos, 430 filantrópicos e 716 privados.  
518 Ressaltou que a proposta do Ministério da Saúde para a orçamentação era voltada à rede pública e  
519 filantrópica. A propósito da distribuição dos hospitais de pequeno porte, explicou que 40% localizava-se  
520 na Região Norte, 21% na Região Sudeste, 15% na região Centro-oeste, 14% na Região Sul e 10% na  
521 Região Norte. Citou as principais características dos hospitais de pequeno, sendo: 93% localizam-se  
522 em municípios adscritos no PDR/NOAS;  
523 83% são públicos e filantrópicos;  
524 78% são destinados ao SUS;  
525 65% estão localizados em municípios com até 30.000 habitantes;  
526 60% representam a única opção de internação; 62% são Hospitais Gerais; 87,4% possuem salas  
527 cirúrgicas; 64,1% realizam partos; 7% procedimentos ambulatoriais na área de Odontologia; possuem  
528 faturamento de cerca de R\$ 300 milhões por ano em AIH (6% do recurso total); taxa média de  
529 permanência menor que 15 dias; e taxa de ocupação hospitalar em torno de 30%. Explicou que o  
530 objeto geral da proposta era a redefinição do papel de estabelecimentos de saúde com até 30 leitos,  
531 incrementando um modelo de organização e financiamento para a sua adequada inserção na  
532 rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade entre as ações dos  
533 diferentes níveis de complexidade. Acrescentou que os objetivos específicos da proposta era promover  
534 ajuste de leitos; adequar o perfil assistencial da unidade, conforme as necessidades da população; i  
535 implantar sistemas globais de orçamentação; c  
536 contratar mediante definição de metas quantitativas e qualitativas pactuadas; estimular organização da  
537 rede de atenção no nível microrregional; e flexibilizar o projeto considerando propostas locais para  
538 suprir necessidades da população por meio do Plano de Trabalho. Explicou que a proposta buscava  
539 alcançar os seguintes resultados:  
540 agrregar resolutividade à assistência prestada por hospitais de pequeno porte;  
541 garantir ao PSF o acesso a leitos de internação nas clínicas básicas e a procedimentos de baixa  
542 complexidade; g  
543 garantir a continuidade da atenção prestada (atenção básica, média complexidade e alta complexidade);  
544 contribuir na organização de demandas da média e alta complexidade; integrar o Sistema de Urgência;  
545 estimular a fixação de profissionais; e  
546 estimular o exercício do Controle Social;  
547 internações de baixa complexidade orientadas pelo perfil epidemiológico da população; e reforçar as  
548 noções de rede e de colaboração para atenção integral do paciente. Disse que os critérios de seleção  
549 dos hospitais de pequeno seriam hospitais públicos e filantrópicos, com 5 a 30 leitos instalados,  
550 localizados em municípios ou microrregião com até 30.000 habitantes e com cobertura do Programa

552 Saúde da Família superior a 70%. Ressaltou que os hospitais de pequeno porte atendiam a 15.294.191  
553 pessoas, com 34.210 leitos existentes, sendo necessário um total de 764.710/ano internações  
554 programadas. Citou parâmetros concernentes aos hospitais de pequeno porte utilizados na definição da  
555 proposta: taxa de ocupação: 80%; tempo de Permanência: 4 dias; capacidade de Internação/leito/ano:  
556 58,4 usuários/ano; e p  
557 ercentual de internação de baixa e média complexidade: 5% da população/ano. Falou sobre o perfil  
558 assistencial dos hospitais de pequeno porte, destacando que deveria realizar parto de risco habitual,  
559 atender as especialidades básicas, prestar serviços de odontologia (predominantemente urgência),  
560 realizar pequenas cirurgias e ambulatoriais e integrar o sistema regional de urgência e emergência.  
561 Explicou que para implantação da proposta seriam considerados os seguintes requisitos: algum tipo de  
562 habilitação na NOB/96 ou NOAS/02; Fundo Municipal/Estadual de Saúde; Conselho Municipal/Estadual  
563 de Saúde; apresentação do "Projeto" aprovado pelos Conselhos Municipal e Estaduais de Saúde; e  
564 Termo de Adesão. Destacou que o valor médio do faturamento por cada leito/mês em 2003 foi de R\$  
565 355,97 e o valor potencial do faturamento de cada leito/mês após ajuste seria de R\$ 1.560,36. Explicou  
566 que os hospitais com cobertura do PSF superior a 70% faturaram em 2003 mais de R\$ 85 milhões e  
567 com o valor da proposta (custeio anual) passaria a R\$ 131 milhões, com impacto de R\$ 50 milhões.  
568 Acrescentou que, conforme aprovado na última reunião da CIT, o impacto da proposta (R\$ 50 milhões)  
569 seria dividido entre Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais. Concluída a sua apresentação,  
570 concedeu a palavra ao Coordenador da Área de Saúde Mental do Ministério da Saúde, **Pedro Gabriel**  
571 **Delgado** para apresentação do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar  
572 Psiquiátrica no SUS 2004. Coordenador da Área de Saúde Mental do Ministério da Saúde, **Pedro**  
573 **Gabriel Delgado**, iniciou sua explanação informando sobre o perfil dos hospitais psiquiátricos no Brasil.  
574 Informou que, conforme dados de abril de 2004, havia 235 hospitais psiquiátricos no país, localizados  
575 em 137 municípios, correspondendo a 48.350 leitos. Acrescentou que 54% dos hospitais psiquiátricos  
576 eram privados, 26% filantrópicos e 20% públicos. Ressaltou que o propósito do Programa Anual de  
577 Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS 2004 era a substituição progressiva dos  
578 leitos psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial, com redução especialmente nos  
579 hospitais de maior porte, garantia de adequada assistência extra-hospitalar e de avaliação sistemática  
580 da qualidade (PNASH/Psiquiatria) e necessidade de direcionamento dos recursos financeiros ainda  
581 centrados na assistência hospitalar. Explicou que o Programa foi discutido no decorrer de 2003, com a  
582 participação dos prestadores privados e filantrópicos e foi formalizado nas Portarias do Ministério da  
583 Saúde nºs 52 e 53, de janeiro de 2004. Destacou que o Programa constitui-se de duas etapas: 1ª -  
584 retificação/ajuste de leitos por módulos assistenciais que tem como propósito reduzir os leitos que  
585 excedam os módulos (múltiplos de 40) até junho de 2004 ( a retificação não seria exigida para os hospitais abaixo de 160 leitos; os ajustes devem ser feitos a  
586 partir de pactuação entre gestores e prestadores, de modo a garantir a assistência dos usuários em  
587 rede extra-hospitalar); e 2ª - redução de módulos de quarenta leitos - planejamento local, termo de  
588 compromisso e ajustes (Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e prestador).  
589 Limites – redução por módulo a depender da estrutura do hospital: Grupo II: 1 módulo; Grupo III: 2  
590 módulos; Grupo IV: 3 módulos; e Grupo V (hospitais com mais de 600 leitos); situações especiais. Por  
591 fim, informou que na semana subsequente o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, assinaria  
592 Portaria concedendo prazo de dois meses para que os hospitais psiquiátricos realizassem a retificação,  
593 conforme proposta do Programa. Além disso, acrescentou que os hospitais seriam induzidos a aderir  
594 ao Programa. Destacou, ainda, que o processo de redução de leitos psiquiátricos aumentaria a  
595 cobertura em saúde mental, pois os leitos disponíveis eram ocupados por pacientes de longa  
596 permanência, não garantindo a assistência. Por fim, destacou que os hospitais de menor porte que  
597 obtiverem média no PNASH acima de 80% teriam aumento de 24% dos valores das diárias, por outro  
598 lado, os hospitais que ficarem na menor faixa teriam aumento inferior a 5%. Concluída a sua  
599 apresentação, concedeu a palavra ao Coordenador-Geral da Alta Complexidade do Ministério da  
600 Saúde, **Carlos Armando Lopes do Nascimento**, para apresentação do Projeto de Qualificação da  
601 Atenção na Alta Complexidade 2004. O Coordenador-Geral da Alta Complexidade do Ministério da  
602 Saúde, **Carlos Armando Lopes do Nascimento**, iniciou sua apresentação explicando que o Projeto de  
603 Qualificação da Atenção na Alta Complexidade tinha como propósitos o estímulo a mecanismos de  
604 acolhimento do paciente; a promoção da eqüidade do acesso aos serviços; o aprimoramento do  
605 controle e avaliação como processo de gestão para garantia da qualidade do atendimento; a  
606 participação da comunidade; a capacitação dos recursos humanos envolvidos; a organização da  
607 assistência em serviços hierarquizados e regionalizados (acesso); a garantia da assistência nos vários  
608 níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais; a adesão à Política de  
609 Humanização do SUS; e a organização de linha de cuidados que perpassasse os níveis de atenção e de  
610 assistência, promovendo desta forma, a inversão do modelo de atenção. Além disso, disse que seriam  
611 instituídas Políticas de Atenção na Alta Complexidade, com organização e implementação de redes

613 estaduais e/ou regionais compostas por unidades de assistência em alta complexidade e centros de  
614 referência em alta complexidade, e seriam criadas câmaras técnicas com o objetivo de acompanhar a  
615 implantação e implementação das políticas. Explicou que as unidades de assistência em alta  
616 complexidade seriam unidades hospitalares com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos  
617 e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a pacientes com  
618 necessidades de atenção na alta complexidade. Já os centros  
619 de referência em alta complexidade seriam unidades de assistência de alta complexidade com a função  
620 de auxiliar tecnicamente o gestor nas políticas de atenção nas necessidades de atenção na alta  
621 complexidade. Citou requisitos necessários aos Centros de Referência, a saber: **a)** ser hospital de  
622 ensino; **b)** ter articulação e integração com o sistema local e regional; **c)** ter estrutura de pesquisa e  
623 ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos; **d)** ter uma adequada estrutura gerencial  
624 capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas; **e)** subsidiar as ações dos  
625 gestores no controle, regulação e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de  
626 custo/efetividade; e **f)** subsidiar os gestores em suas ações de capacitação e treinamento na área  
627 específica. Explicou, ainda, que as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular  
628 teriam como propósito prestar atendimento ambulatorial de referência à rede, realizar acompanhamento  
629 ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico, prestar atendimento em urgência  
630 referenciada e internação em cardiologia clínica. Acrescentou, ainda, que as referidas Unidades de  
631 Assistência prestariam os seguintes serviços: **a)** cirurgia cardiovascular; **b)** cirurgia cardiovascular  
632 pediátrica; **c)** cirurgia vascular; **d)** procedimentos da cardiologia intervencionista; **e)** procedimentos  
633 endovasculares extracardíacos; e **f)** procedimentos de laboratório de eletrofisiologia. Ressaltou que os  
634 Centros de Referência em Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular deveriam oferecer, no  
635 mínimo, quatro dos serviços definidos. Disse que não seriam credenciados serviços isolados,  
636 considerando os riscos para os pacientes. A propósito da assistência em traumato-ortopedia, explicou  
637 que tinha como propósito o atendimento em alta complexidade, sendo obrigatório o número de 500  
638 consultas/mês de ortopedia clínica, a qualificação da atenção ao trauma na urgência e emergência para  
639 diminuição de seqüelas; a definição de instrumentos reguladores para garantir a referência e contra-  
640 referência; e elaboração de guia de boas práticas (indicação e contra-indicação de procedimentos) com  
641 o objetivo de auxiliar os gestores no controle e avaliação. Explicou que na assistência em traumato-  
642 ortopedia seriam credenciados os seguintes serviços de alta complexidade relacionados à coluna,  
643 cintura escapular, ombro e cotovelo, antebraço, punho e mão, cintura pélvica e quadril, joelho, tornozelo  
644 e pé, ortopedia infantil, micro-cirurgia ortopédica, infecção osteoarticular; trauma e procedimentos  
645 osteoplásticos, e tumor ósseo. Acrescentou que as  
646 Unidades de Alta Complexidade em Traumato-ortopedia teriam o parâmetro populacional de 700 mil  
647 habitantes e os  
648 Centros de Referência em Traumato-ortopedia de 5 milhões de habitantes. Além disso, disse que a  
649 Unidade teria de ter  
650 ambulatório geral de ortopedia referenciado pela rede e acompanhamento a egressos do hospital e  
651 atendimento de pelo menos dois conjuntos das seguintes subespecialidades: microcirurgia; coluna;  
652 cintura escapular, ombro e cotovelo; antebraço, punho e mão; e cintura pélvica e quadril; joelho;  
653 tornozelo e pé. Citou, ainda, ações propostas para garantia dos implantes ortopédicos das quais se  
654 destacam: incluir nas AIHs o preenchimento obrigatório do número de lote do produto, número do  
655 registro na ANVISA e do CNPJ da empresa fabricante; notificação compulsória de remoção do  
656 implante; e identificação compulsória no prontuário do paciente, por parte da equipe médica, do  
657 material a ser implantado. Falou também sobre a atenção ao portador de doença renal, destacando que  
658 seriam realizadas ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e  
659 prevenção e ações clínicas voltadas à hipertensão arterial e diabetes mellitus e demais danos dos rins  
660 que possam ser resolvidos neste nível. Acrescentou que tais ações seriam realizadas na rede básica e  
661 com equipe de referência, se necessário. Disse, também, que na Média Complexidade seriam  
662 realizadas ações complementares e suplementares à atenção básica e à alta complexidade, por meio  
663 da referência e contra-referência, ampliando capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica. Além  
664 disso, enfatizou que estas ações deveriam ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização  
665 (PDR) de Unidade Federada e que o gestor poderia instituir um centro de referência especializado em  
666 hipertensão e diabetes. No que se refere à atenção ao portador de doença renal na alta complexidade,  
667 explicou que seriam desenvolvidas ações visando garantir o acesso à diálise, assegurar qualidade no  
668 processo de diálise com vistas a alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade  
669 de vida e garantir eqüidade para a entrada em lista de espera para transplante renal. Prosseguiu  
670 destacando ações a serem desenvolvidas das quais se destacam: definição de Plano de Prevenção e  
671 Tratamento das Doenças renais; regulamentação suplementar e complementar por parte dos estados,  
672 distrito federal e municípios; ações de controle e avaliação; protocolos clínicos e diretrizes em todos  
673 níveis de atenção; capacitação e educação continuada; garantia de medicamentos; sistema de

675 informação que ofereça subsídios ao gestor para tomada de decisão para o processo de planejamento,  
676 regulação, controle e avaliação; cobertura assistencial, sendo 1 serviço para 200 mil habitantes;  
677 oferecimento de todos os procedimentos de diálise; atendimento ambulatorial aos pacientes  
678 referenciados pelo gestor local – 2 consultas/paciente em diálise/mês; garantia de confecção de FAV de  
679 acesso ao tratamento de hemodiálise, quando o paciente apresentar clearance de creatinina inferior a  
680 25ml/min; serviços com no máximo 200 pacientes; obrigatoriedade da presença de nutricionista,  
681 psicólogo e assistente social – psiquiatra se necessário; e regulamento para serviços SUS e não SUS.  
682 Concluída a sua apresentação, passou a palavra ao Diretor do Departamento de Controle e Avaliação  
683 da SAS/MS para apresentação dos reajustes de procedimentos da tabela SUS. O Diretor do  
684 Departamento de Controle e Avaliação da SAS/MS, **José Carlos de Moraes**, comentou sobre o reajuste  
685 de procedimentos promovido pelo Ministério da Saúde, sendo: **a**) reajuste de diária de UTI tipo II –  
686 projeção de doze meses: R\$ 37.550.669,76; impacto 2004: R\$ 25.033.779,84; **b**) reajuste parto –  
687 projeção de doze meses: R\$ 57.980.552,00; impacto 2004: R\$ 38.653.681,33; **b**) reajuste da tabela de  
688 internação I – projeção de doze meses: R\$ 258.470.587,76; impacto 2004: R\$ 172.313.725,17; **c**)  
689 reajuste da tabela de internação II – projeção de doze meses: R\$ 78.644.565,00; impacto 2004: R\$  
690 52.429.710,00; **d**) reajuste e inclusão de tabela patologia – projeção de doze meses: R\$ 22.480.029,00;  
691 impacto 2004: R\$ 14.986.686,00; **e**) reajuste de tabela biopsia hepática – projeção de doze meses: R\$  
692 255.409,00; impacto 2004: R\$ 170.272,67; **f**) reajuste de tabela raio x – projeção de doze meses: R\$  
693 10.337.009,00; impacto 2004: R\$ 6.891.339,33; **g**) reajuste de tabela ortopedia – projeção de doze  
694 meses: R\$ 20.561.022,00; impacto 2004: R\$ 13.707.348,00; **h**) reajuste de tabela mamografia –  
695 projeção de doze meses: R\$ 12.740.868,74; impacto 2004: R\$ 8.493.912,49; **i**) reajuste de tabela US –  
696 projeção de doze meses: R\$ 6.342.245,00; impacto 2004: R\$ 4.228.163,33; e **j**) sangue (reajuste e  
697 inclusão) – projeção de doze meses: R\$ 26.691.254,78; impacto 2004: R\$ 15.569.898,62. Apontou,  
698 também, uma série de serviços a serem credenciados que teriam impacto no orçamento do Ministério  
699 da Saúde, dentre eles: incorporação de novos serviços na alta complexidade, com impacto em 2004 de  
700 R\$ 6.806.181,67; incorporação de novos serviços hospitalares, com impacto em 2004 de R\$  
701 12.240.000,00; correção de iniquidades regionais (tetos estaduais), com impacto em 2004 de R\$  
702 44.728.180,44; implantação de novos leitos de UTI, com impacto em 2004 de R\$ 32.077.728,00;  
703 hospitais de pequeno porte, com impacto em 2004 de R\$ 7.840.000,00; SAMU, com impacto em 2004  
704 de R\$ 86.674.500,00; Hospitais Universitários, com impacto em 2004 de R\$ 170.000.000,00; Atenção  
705 Domiciliar, com impacto em 2004 de R\$ 1.150.000,00; Procedimentos Cirurgia Eletiva, com impacto em  
706 2004 de R\$ 24.000.000,00; Saúde Bucal (próteses), com impacto em 2004 de R\$ 3.569.500,00; Saúde  
707 Bucal (Incentivo CEO), com impacto em 2004 de R\$ 4.846.583,00; Enxerga Brasil – não terá impacto  
708 em 2004; e Habilitação de Estados, com impacto em 2004 de R\$ 110.009.814,00. Por fim, informou que  
709 o conjunto de medidas apresentadas teria impacto em 2004 de R\$ 856.421.004,42 e em 12 meses de  
710 R\$ 1.555.785.277,00. Concluídas as apresentações, foi iniciado debate sobre os programas e ações  
711 apresentadas. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** cumprimentou os representantes da SAS/MS  
712 pelas apresentações e elogiou as iniciativas concernentes à reforma da atenção da rede hospitalar.  
713 Teceu comentários sobre o reajuste de procedimentos e, nessa linha, ressaltou a importância de  
714 políticas de incentivo à realização de parto normal. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** mostrou  
715 preocupação com o fato de a cobertura do PSF ter sido considerada como critério de seleção dos  
716 hospitais na Política para os Hospitais de Pequeno Porte, por entender que poderia prejudicar as  
717 unidades que possuíam somente rede de assistência básica instalada. Nessa linha, chamou a atenção  
718 para necessidade de se considerar os indicadores de atenção básica e não somente o PSF ao avaliar a  
719 oferta de assistência das unidades. Em seguida, perguntou qual seria a relação do Serviço de  
720 Atendimento de Urgência e Emergência (SAMU) com as Unidades de Alta Complexidade em Traumato-  
721 ortopedia e Centros de Referência em Traumato-ortopedia. Elogiou o Projeto de Qualificação da  
722 Atenção na Alta Complexidade e perguntou se incorporaria os procedimentos de neurocirurgia. Além  
723 disso, questionou se seria definido protocolo para a realização dos procedimentos de alta  
724 complexidade. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** cumprimentou as iniciativas do Ministério da Saúde  
725 e comentou sobre as mesmas. A propósito dos hospitais de ensino, sugeriu maior relação com os  
726 Comitês de Éticas em Pesquisas (CEPs), definição de equipes inter e multidisciplinares e realização de  
727 capacitação continuada dos trabalhadores em saúde. Comentou sobre a oferta de serviços de  
728 emergência em odontologia, destacando que deveriam ser oferecidos em todos os níveis de  
729 assistência. Perguntou, ainda, se estaria previsto na Alta Complexidade atendimento a queimaduras.  
730 Elogiou a proposta do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no  
731 SUS 2004, ressaltando a necessidade de criar mecanismos para identificação e qualificação da rede de  
732 serviços extra-hospitalar. No que diz respeito à alta complexidade, ressaltou a necessidade de definir  
733 mecanismos para a dispensação de órteses e próteses. Por fim, sugeriu que fosse incluída na  
734 notificação compulsória demanda não atendida em todos os níveis e acidentes de partos com seqüelas.  
735 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** saudou a equipe da SAS/MS pela explanação, considerando que as

736 iniciativas apresentadas tinham por base os princípios do acesso, da qualidade, da integralidade, da  
737 equidade e da humanização. Sugeriu, ainda, que fosse incluída na proposta de reforma da atenção  
738 hospitalar a oferta de medicamentos aos pacientes atendidos nas unidades de saúde. Conselheiro  
739 **Wander Geraldo da Silva** comentou sobre a questão da alta complexidade e questionou como seria  
740 pensada a questão da humanização e do acesso aos serviços. Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli**  
741 elogiou a proposta de atenção ao portador de doença renal, destacando, em especial, a competência  
742 da equipe responsável por definir a política e a participação dos usuários no processo. Por outro lado,  
743 ressaltou que haveria embate com os nefrologistas em relação à Portaria que definiria os valores da  
744 diálise. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** parabenizou a equipe da SAS pela apresentação e teceu  
745 comentários sobre alguns aspectos. Falou sobre a crise financeira dos hospitais de ensino e, nessa  
746 linha, perguntou se seriam priorizados. Por fim, comentou sobre o impacto financeiro dos reajustes de  
747 tabelas, das ações e projetos (1,5 bilhões) e, a propósito, perguntou qual seria a fonte de recursos.  
748 Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** associou-se às congratulações feitas à apresentação da  
749 equipe da SAS/MS. Comentou sobre a alta complexidade, chamando a atenção para a ausência de  
750 iniciativas em relação ao câncer e às questões neurológicas. Falou sobre o Programa de  
751 Reestruturação Psiquiátrica e, a propósito, ressaltou a necessidade de promover estudo social no  
752 sentido de garantir a ressocialização dos pacientes e, concomitantemente, os seus direitos humanos  
753 para que não sejam alvos de discriminação por parte da comunidade na qual iria viver. Perguntou,  
754 ainda, sobre os mecanismos a serem utilizados caso os gestores descumpriam os acordos firmados em  
755 relação à nova proposta de custeio dos hospitais de ensino. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S.**  
756 Neto cumprimentou a equipe da SAS pela explanação e destacou a abrangência e racionalidade da  
757 Política Nacional de Atenção Hospitalar. Apresentou sugestões à Política que visavam a melhoria da  
758 humanização e racionalização de custos dentre as quais se destacam: a instituição de comissão de  
759 revisão de prontuários; a instituição de comissão de revisão de óbitos nos prontuários; e  
760 obrigatoriedade de realização de inserções clínicas e anatomoclínicas em hospitais universitários e de  
761 alta complexidade. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou a Secretaria-Executiva do  
762 CNS pela iniciativa de pautar a apresentação dos programas do Ministério da Saúde e a equipe da SAS  
763 pela explanação. Chamou a atenção para a importância de incorporar à proposta de Reforma da  
764 Política Nacional de Atenção Hospitalar ações concernentes à odontologia hospitalar. Sugeriu, ainda,  
765 que os hospitais universitários também realizassem cirurgia bulco-maxilo-facial. Em resposta às  
766 intervenções, o Coordenador da Área de Saúde Mental do Ministério da Saúde, **Pedro Gabriel Delgado**,  
767 explicou que o desafio da reforma psiquiátrica era garantir o atendimento aos usuários. Nessa linha,  
768 ressaltou que a diminuição de leitos psiquiátricos ampliou o acesso aos serviços psiquiátricos,  
769 considerando que os leitos eram de longa permanência e não garantiam o acesso. Destacou também  
770 que a qualificação permanente dos profissionais configurava-se em desafio e preocupação permanente  
771 do Ministério da Saúde. Aproveitou a oportunidade para anunciar o lançamento da publicação do  
772 Ministério da Saúde que apresentava quadro geral da rede extra-hospitalar de saúde mental, com base  
773 no levantamento dos CAPs. Explicou que a garantia do acesso se daria com a inserção da saúde  
774 mental em todas as instâncias do SUS. Informou que as "Casas Lares" eram serviços de residências  
775 terapêuticas que atendiam cerca de 2.100 pacientes, proporcionando qualidade de vida superior a que  
776 os pacientes tinham no hospital. Além disso, ressaltou que os serviços de residências terapêuticas  
777 eram instalados próximos aos CAPs. Falou ainda sobre o Programa de Volta para Casa, instituído com  
778 o intuito de apoiar e auxiliar na ressocialização de pessoas que viveram muito tempo em hospitais  
779 psiquiátricos. Por fim, chamou a atenção para a importância de o Controle Social cobrar das instâncias  
780 do SUS a qualidade da rede de atenção em saúde mental. A Coordenadora Geral de Atenção  
781 Hospitalar (DAE/MS), **Elaine Machado López**, agradeceu o apoio à Reforma da Política Nacional de  
782 Atenção Hospitalar e respondeu a questionamentos do Colegiado. Explicou que o hospital universitário  
783 era o "ocus" privilegiado para discutir a questão da incorporação tecnológica em saúde, por ser o local  
784 onde se dava o ensino, o desenvolvimento de pesquisas, entre outros aspectos. Além disso, disse que  
785 seria necessário envolver a Universidade e as Faculdades de Medicina no debate. Informou que os  
786 Comitês de Éticas, análise de prontuário e óbitos estariam contemplados nos critérios de certificação  
787 dos Hospitais Universitários. Ressaltou que a proposta voltava maior atenção para a relação  
788 contratante/gestor com o prestador a partir de metas quantitativas e qualitativas. Enfatizou também que  
789 a humanização era uma grande ferramenta para o debate de modelo de atenção e gestão. Comentou  
790 sobre a dívida dos hospitais universitários, ressaltando que os Ministérios da Saúde e da Educação  
791 estavam discutindo a questão, contudo, não havia concordância em relação ao seu perfil, considerando  
792 a inclusão de dívidas que não deveriam ser incluídas, a exemplo daquelas relativas a órteses e  
793 próteses, trabalhistas, entre outras. Ressaltou que a proposta não daria prioridade aos hospitais que  
794 possuíam as maiores dívidas, mas sim aqueles com condições de mudar o modelo assistencial e de  
795 gestão hospitalar. Disse, também, que os hospitais, para serem certificados, teriam de ter um conselho  
796 gestor ou uma comissão permanente para acompanhar os contratos. No que se refere à Política para

797 os Hospitais de Pequeno Porte, explicou que seria feita por adesão, considerando que teria impacto  
798 financeiro de responsabilidade do estado. Comentou sobre a utilização da cobertura do PSF como  
799 critério de seleção dos hospitais, ressaltando que foi cogitada a possibilidade de utilização de  
800 indicadores de atenção básica para inclusão dos hospitais, entretanto, não foi considerada em virtude  
801 da dificuldade e complexidade de acompanhar estes indicadores na prática. Além disso, acrescentou  
802 que o PSF era uma política prioritária do Governo que precisava ser incentivada. Disse também que os  
803 gestores teriam de apresentar desenho da proposta de mudança do perfil dos hospitais e plano  
804 individual do papel de cada um deles. O Coordenador-Geral da Alta Complexidade do Ministério da  
805 Saúde, **Carlos Armando Lopes do Nascimento**, informou que seria realizada oficina nos próximos dias  
806 para tratar sobre a política em relação às neurocirurgias, com previsão de conclusão dos debates sobre  
807 o tema em 60 dias. Além disso, disse que o debate sobre as políticas em relação a terapias  
808 nutricionais, cirurgias otorrinolaringológicas e implantes odontológicos estava bastante avançado.  
809 Ressaltou que nas próximas reuniões do Conselho seriam apresentados os encaminhamentos e  
810 resultados das iniciativas supracitadas. Destacou também que, no segundo semestre de 2004, seria  
811 iniciada discussão sobre vários temas, dentre eles, cirurgia bariátrica, fibrose cística, genética clínica e  
812 urologia. Informou que havia 38 unidades credenciadas que ofereciam atendimento a pessoas vítimas  
813 de queimaduras. A propósito, acrescentou que no segundo semestre de 2004 seria iniciado processo  
814 de revisão das unidades credenciadas e credenciamento de outras. Sobre os protocolos, explicou que  
815 iriam para consulta pública, o que possibilitaria a apresentação de contribuições por parte dos  
816 trabalhadores da saúde, usuários, comunidade científica e usuários. O Diretor do Departamento de  
817 Controle e Avaliação da SAS/MS, **José Carlos de Moraes**, comentou sobre a realização excessiva de  
818 procedimentos, ressaltando que além de definir os protocolos seria necessário rediscutir os contratos  
819 com as unidades prestadoras de serviços e organizar estruturas de controle e avaliação de seu  
820 desempenho. Ressaltou que a recomposição de custo do parto era uma prioridade, no entanto,  
821 destacou que o custo do parto cirúrgico foi considerado no reajuste do valor do parto. Explicou que a  
822 correção de tabela teria impacto no orçamento de 2004 e 2005. Além disso, acrescentou que a  
823 recomposição dos recursos da alta complexidade teria impacto no orçamento de 2004 na ordem de R\$  
824 14,6 bilhões, sendo que 80% deste total era transferido a gestão municipal e estadual, por meio de  
825 repasse fundo a fundo. Destacou que o impacto do crescimento da média e alta complexidade para o  
826 ano de 2005 (aproximadamente 12%) serviria de parâmetro para a discussão do orçamento de 2005. A  
827 representante da Secretaria-Executiva do CNS, **Alessandra Ximenes**, agradeceu os representantes da  
828 SAS/MS pela apresentação e encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. A Secretaria-Executiva  
829 do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou os trabalhos do segundo dia de reunião com a apresentação  
830 do item extra pauta concernente à chamada “Operação Vampiro”. **ITEM 04 – COMISSÃO DE**  
831 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO** – Os Conselheiros **André Luiz de Oliveira** e **Fernando Luiz Eliotério**  
832 apresentaram o relatório da reunião da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS),  
833 realizada no dia 1º de junho de 2004, na qual foram tratados os seguintes temas: **a**) informes; **b**) análise  
834 do trimestre; **c**) Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária – LO; **d**) regulamentação da  
835 EC nº 29; **e**) pesquisa sobre investimento nos Estados; **f**) Plano Nacional Diretor de Investimento –  
836 PNS; e **g**) novas diretrizes para financiamento da saúde. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** iniciou a  
837 apresentação do relatório com os seguintes informes: **1**) a análise da execução orçamentária e  
838 financeira do Ministério da Saúde concernente ao 1º quadrimestre de 2004 foi transferida para a  
839 próxima reunião da COFIN/CNS, caso esteja presente o consultor técnico contratado; **2**) apresentação  
840 de informes sobre a tramitação da Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO/2005) e sobre a Lei  
841 Orçamentária (LO/2005) – responsável: Senhor **Celso Depollo**. A Lei de Diretrizes Orçamentária  
842 encontra-se no Senado Federal e o prazo final para a conclusão do parecer do Relator será o dia 17 de  
843 junho de 2004. O parecer deverá ser encaminhado à mesa do Congresso Nacional até o dia 25 de  
844 junho de 2004 para votação da Lei. Sobre a Lei Orçamentária, a Comissão decidiu reproduzir o  
845 material existente, pautar debate para a próxima reunião ordinária da COFIN e apresentar como  
846 sugestão de pauta para a próxima reunião ordinária do CNS; **3**) apresentação do Diretor de Programas  
847 da Secretaria de Gestão Participativa (SGP), **Nelson Rodrigues dos Santos**, sobre o processo de  
848 tramitação do Projeto Substitutivo do Deputado **Guilherme Menezes** sobre a regulamentação da EC  
849 nº 29 da qual se destacam os seguintes aspectos: **a**) o Projeto substitutivo do Deputado **Guilherme**  
850 **Menezes** foi protocolado contendo as últimas pactuações com o CNS, em 11 de maio de 2004; **b**) em  
851 comparação ao Projeto do Deputado Rafael Guerra, a única diferença substancial refere-se ao  
852 percentual das receitas para a Saúde no âmbito federal, que passaria de 10% das receitas correntes  
853 para percentual do PIB nominal (2 a 3%); **c**) existência de outra proposta ao substitutivo, elaborada pelo  
854 Deputado **Padre José Linhares**, Presidente da Subcomissão de Saúde da Comissão de Seguridade  
855 Social e Família, a qual modifica substancialmente o conteúdo do Projeto do Relator **Guilherme**  
856 **Menezes**, em especial: supressão do art. 8º, que disciplina os repasses dos órgãos arrecadadores;  
857 mudança do art. 12, Parágrafo Único, que estipula a aplicação do valor mínimo no mesmo exercício –

858 possibilidade de a aplicação ser realizada no ano subsequente; mudança do art. 7º, inciso IV, que  
859 apresenta uma lista de fontes de fundos – não explicitação da lista, deixando em aberto a possibilidade  
860 de conter ou não operações de crédito; **d)** o Projeto Substitutivo mantém os pilares da defesa do SUS  
861 com controle social, entretanto, o processo de debate está começando na Câmara dos Deputados e o  
862 mesmo sofrerá diversas modificações, dadas as contribuições dos diversos setores. Logo, recomenda-  
863 se que o CNS permaneça em alerta e participante no acompanhamento do trâmite do Projeto; **4)**  
864 apresentação da Pesquisa sobre investimento nos Estados - Plano Nacional Diretor de Investimento  
865 (PNDI) e as Novas Diretrizes para Financiamento da Saúde (Responsáveis **Luis Antônio Nolasco de**  
866 **Freitas e Dr. Wagner de Jesus Martins** (DIPE/MS)) – sugestão de a Pesquisa ser, oportunamente,  
867 apresentada ao Pleno do CNS para conhecimento e posicionamento; **5)** considerações e  
868 posicionamento da COFIN/CNS em relação ao cumprimento da EC nº 29, por parte do Ministério da  
869 Saúde, nos anos de 2000, 2001, 2002 e 2003: **a)** Segundo o Professor **Elias Antônio Jorge**, o Ministério  
870 da Saúde cumpriu os valores mínimos definidos pela EC nº 29 em 2000; **b)** o Ministério da Saúde não  
871 reconheceu publicamente o não cumprimento da EC nº 29 em 2001 e 2002, entretanto, o CNS  
872 denunciou o não cumprimento, conforme Deliberação nº 001/CNS, de 26 de agosto de 2003 (A  
873 COFIN/CNS solicitou ao representante da SPO, **Celso Depollo**, planilha do cumulativo ausente no  
874 orçamento da saúde desde o ano de 2001, segundo a EC nº 29); **c)** o Ministério da Saúde reconheceu  
875 o não cumprimento da EC nº 29 em 2003 e comprometeu-se a “diluir” a diferença na execução  
876 orçamentária de 2004 (A COFIN/CNS propõe o acompanhamento da execução ao longo de 2004); **d)**  
877 há várias formas de entendimento sobre o cumprimento da EC nº 29, considerando que depende da  
878 interpretação conceitual do que é aplicação em ações e serviços em saúde. (A COFIN/CNS sugere que  
879 haja pactuação com o Governo, visando a recomposição no orçamento da saúde, frente ao não  
880 cumprimento da EC nº 29). Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** submeteu à apreciação do Plenário os  
881 encaminhamentos definidos na reunião da COFIN, sendo: **a)** articulação para participar da reunião da  
882 Comissão de Seguridade Social e Família, que ocorreria no dia 02 de junho de 2004, para discutir e  
883 manifestar o apoio do CNS à proposta do Relator **Guilherme Menezes**, haja vista situação atual com a  
884 nova proposta de substitutivo do Deputado Padre **José Linhares**; **b)** necessidade de reforçar o processo  
885 de mobilização nos estados e na Câmara Federal, principalmente no dia 04 de junho de 2004 (Dia de  
886 Articulação para pressionar o andamento do Projeto de Regulamentação da EC nº 29), enquanto  
887 prioridade número um de todos os movimentos de saúde; e necessidade de maior articulação com a  
888 Comissão de Seguridade Social e Família e com o Colégio de Líderes da Câmara Federal,  
889 encaminhando por meio de todos os instrumentos disponíveis o pedido de urgência no trâmite do  
890 Projeto do Relator **Guilherme Menezes**; **c)** a análise do primeiro quadrimestre/2004 ocorrerá na próxima  
891 RO da COFIN/CNS, caso já esteja contratada e presente a Consultoria Técnica da COFIN/CNS; e **d)**  
892 proposta de pauta para a próxima reunião: informes gerais e informe do SIOPS; regulamentação da EC  
893 29; discussão sobre LDO e LOA 2005 (sugestão de pauta também para CNS); e análise orçamentária  
894 do 1º Trimestre de 2004. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** agradeceu a participação dos membros da  
895 Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos, **Wanderli Machado** e **Júlio César das Neves**, nas  
896 reuniões da COFIN/CNS. A propósito da EC nº 29, ressaltou que os Conselheiros deveriam promover  
897 articulação com os líderes de partidos para que se sensibilizassem sobre a necessidade de urgência no  
898 trâmite do Projeto do Relator **Guilherme Menezes**. A propósito da baixa execução orçamentária de  
899 programas do Ministério da Saúde, reforçou a importância da participação dos responsáveis pelas  
900 áreas com baixa execução orçamentária na reunião da COFIN/CNS para apresentação de justificativas.  
901 Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** falou sobre o êxito da Plenária de Conselhos de Saúde, realizada  
902 nos dias 12 e 13 de maio de 2004, destacando que contribuiria de forma significativa para a  
903 regulamentação da EC nº 29. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** disse que, conforme  
904 informações do Diretor de Programas da Secretaria de Gestão Participativa (SGP), **Nelson Rodrigues**  
905 **dos Santos**, os Projetos de Lei do Deputado **Rafael Guerra** e do Deputado Padre **José Linhares** foram  
906 compatibilizados na linha do Projeto de Lei do Deputado **Guilherme Menezes**. A propósito do  
907 cumprimento da EC nº 29, informou que, apesar do entendimento do TCU de cumprimento da Emenda  
908 em 2003, o posicionamento do Ministério da Saúde era de que a Emenda não foi cumprida na ordem  
909 de R\$ 500 milhões, valor que seria recomposto no orçamento de 2004. Além disso, ressaltou que o  
910 impacto negativo de R\$ 1 bilhão, decorrente do crescimento negativo do PIB, seria suplementado a  
911 partir de contingenciamento de Emendas Parlamentares. **Não havendo destaque, o relatório da**  
912 **reunião da COFIN/CNS foi aprovado por unanimidade**. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane**  
913 **Aparecida da Cruz**, agradeceu os membros da COFIN/CNS pela apresentação e encerrou a discussão  
914 do tema. **ITEM 05 – RELATO DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO GERAL E INFORMES E**  
915 **INDICAÇÕES** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou o relatório da  
916 reunião da Comissão de Coordenação Geral (CCG), realizada no dia 25 de maio de 2004, da qual  
917 participaram os Conselheiros **Maria Natividade G. S. T. Santana**, **Maria Leda de R. Dantas** e  
918 **Crescêncio Antunes da S. Neto**. Iniciou a apresentação com os informes e indicações da reunião, a

919 saber: 1) Plano Operacional – Área de Controle Social de Saúde (Secretaria de Gestão Participativa) –  
920 a CCG decidiu pautar para julho o debate sobre o papel da Secretaria de Gestão Participativa e sua  
921 relação com o Conselho Nacional de Saúde. 2) Oficina de Trabalho – Política de Fortalecimento do  
922 Controle Social no SUS (Secretaria de Gestão Participativa e Secretaria de Gestão do Trabalho e  
923 Educação em Saúde) – a CCG debateu os resultados da Oficina de Trabalho e como encaminhamento  
924 sugeriu priorizar a capacitação de Conselheiros, conforme disposto no planejamento 2004 do CNS, e  
925 recompor o Grupo criado para acompanhar a capacitação de conselheiros, a fim de acompanhar o  
926 debate do tema no âmbito do Ministério da Saúde. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** destacou  
927 que os encaminhamentos da Oficina apontavam para uma política de capacitação permanente de  
928 conselheiros e, nessa linha, enfatizou a necessidade de recompor o grupo de capacitação de  
929 conselheiros. A Secretaria-Executiva, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que na reunião ordinária do  
930 CNS, a ser realizada no mês de julho de 2004, as Secretarias de Gestão Participativa e de Gestão do  
931 Trabalho e Educação em Saúde apresentariam a prestação de contas sobre o processo de  
932 capacitação. Em seguida, sugeriu a indicação de nomes para recompor o GTs. **Após indicações, foram**  
933 **aprovados os seguintes nomes para recompor o GT: Alexandre de Oliveira Fraga; Gilca Starling Diniz;**  
934 **Maria Helena Baumgarten; Clóvis A. Boufleur; e Jorge Pereira Nascimento.** Além disso, foi decidido que  
935 seria realizado seminário com a participação de todos os integrantes anteriores e os ora indicados. 3)  
936 Diálogo Público – Controle Social e Cidadania (promoção do Tribunal de Contas da União). Data: 05 e  
937 06 de julho de 2004 – a CCG decidiu verificar na 143<sup>a</sup> reunião do CNS quais conselheiros teriam  
938 interesse em participar do evento. 4) Ofício nº 712, da Secretaria de Estado do Governo do Distrito  
939 Federal, considerando ilegal o Projeto de Lei da Deputada **Anilcéia Machado** que reserva 20% das  
940 consultas médicas na rede pública para os servidores do GDF – a CCG decidiu levar o Ofício a  
941 conhecimento do Plenário do CNS. 5) 1º Fórum Regional de Controle Social. Data: 26 de maio de 2004.  
942 Local: Município de Francisco Morato – a Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** foi indicada para  
943 representar o CNS no Fórum. Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** comentou sobre o Fórum,  
944 destacando a intensa participação de vários municípios. 6) Documento do Grupo de Apoio à  
945 Moralização Sindical, referente ao Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Rio  
946 de Janeiro – a CCG decidiu encaminhar o documento a CNTSS e a CNTS, às quais o Sindicato dos  
947 Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Rio de Janeiro é ligado. 7) Nota do CNS sobre a  
948 Política de Assistência Farmacêutica e da Farmácia Popular – a CCG enviou a Nota do CNS à  
949 imprensa nacional. 8) Reunião em Mato Grosso do Sul com os segmentos que compõem o Conselho  
950 Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul (CES/MS) a fim de contribuir para a superação dos conflitos  
951 com a Secretaria Estadual de Saúde, devido ao Decreto do governo que regulamenta o CES naquele  
952 Estado – apresentar informe sobre a reunião na 143<sup>a</sup> Reunião do CNS. 9) Oficina de Trabalho sobre a  
953 Amazônia Legal. Dia 25 de maio de 2004, em Brasília – a Secretaria-Executiva do CNS enviou cinco  
954 técnicos para acompanhar o evento, uma vez que a oficina foi dirigida aos gestores e técnicos do  
955 Ministério da Saúde. 10) Resumo Executivo da Reunião da Tripartite, realizada no dia 29 de abril de  
956 2004 – a CCG decidiu pautar a apresentação do resumo na Reunião. 11) Divulgação da Campanha  
957 “Proteja-se. Lute pela Suspensão de Novos Cursos de Medicina – CREMESP” – a CCG decidiu  
958 apresentar a Campanha ao Plenário do CNS. 12) Ofício do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro  
959 (SINDMED) comunicando a reversão da demissão do Professor **Jorge Luiz do Amaral** (Bigu) – a CCG  
960 decidiu levar a decisão ao conhecimento do Plenário do CNS. 13) 2º Seminário Nacional para  
961 Avaliação da Implantação do PSF (promoção da Federação Nacional dos Médicos - FENAM). Dias 24 e  
962 25 de junho de 2004, no Rio Quente Resort – GO – a CCG decidiu apresentar informe ao Plenário do  
963 CNS sobre o Seminário para indicação de representante. 14) Dia Nacional sem Tabaco. Dia 31 de maio  
964 de 2004: Fórum Tabaco e Pobreza – um círculo vicioso (OPAS). Dia 1º de junho de 2004: Sessão  
965 solene na Câmara dos Deputados - o evento foi acompanhado pela Secretaria-Executiva do CNS,  
966 **Eliane Aparecida da Cruz**, e pelo conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto**. 15) Pesquisa envolvendo  
967 seres humanos. A CONEP solicitou espaço na reunião do CNS para apresentação do resultado da  
968 pesquisa – a CCG decidiu reservar espaço na pauta para apresentação da CONEP. 16) Reunião da  
969 Câmara Técnica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Data: 03 de junho de 2004, em  
970 Brasília – a CCG indicou o Conselheiro **Mário César Scheffer** para acompanhar a reunião. 17) Projeto  
971 de Lei do Deputado **Colbert Martins** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O Plenário deliberou  
972 por agendar reunião do CNS com o Deputado **Rafael Guerra**, relator do Projeto. O Deputado **Rafael**  
973 **Guerra** programou audiência pública sobre o tema para o dia 03 de junho de 2004, a qual ajudará na  
974 construção do relatório – a CCG propõe a participação do CNS no seminário, visando promover maior  
975 debate, envolvendo os setores interessados (Legislativo, Executivo, sociedade civil organizada e  
976 Controle Social). 18) Pendências: a) Encaminhamentos sobre Comissões e Grupos de Trabalho do  
977 CNS – a CCG decidiu pautar na reunião ordinária de julho de 2004 o debate dos problemas levantados  
978 no seminário do CNS, realizado no mês de março de 2004, e nas reuniões do mês de abril e maio de  
979 2004. Até o debate, as comissões deveriam ser mantidas. Além disso, ressaltou a necessidade de

980 recompor a Comissão de Saúde Suplementar e de instalar a de Vigilância Sanitária e  
981 Farmacoepidemiologia; b) pontos de pauta pendentes para as próximas reuniões do CNS: Política  
982 Nacional de Saúde do Trabalhador; suspensão da abertura de cursos na área de saúde; Política  
983 Pública de Combate ao Álcool; Política de Águas – sistema pré-pago de água, desmineralização e  
984 crenologia; capacitação de conselheiros; planejamento 2005 do CNS; financiamento da Atenção  
985 Básica; Pacto da Atenção Básica; Pacto Mortalidade Materna; e cirurgias eletivas. Conselheiro  
986 **Alexandre de Oliveira Fraga** apontou como tema pendente a ser discutido nas próximas reuniões do  
987 CNS a Política Nacional de Humanização. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou informe sobre o  
988 andamento da reforma do Plenário do CNS. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** ressaltou a  
989 importância de priorizar o debate sobre a recomposição da Comissão Intersetorial de Saúde e Meio  
990 Ambiente (CISAMA/CNS) e definição do calendário de reuniões. Conselheira **Zilda Arns Neumann**  
991 sugeriu que a próxima reunião do CNS fosse destinada à avaliação da execução orçamentária de 2003  
992 e programas do Ministério da Saúde para 2004, com envio de material com antecedência aos  
993 Conselheiros para subsidiar o debate e participação de técnicos responsáveis pelas áreas com baixa  
994 execução. Conselheiro **Jouglas Bezerra** solicitou que fosse apresentado informe, por parte do Ministério  
995 da Saúde, sobre o Projeto de Lei, em tramitação, que propõe a criação da Hemobrás. A Secretaria-  
996 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que seria necessário organizar os pontos de pauta  
997 pendentes para as próximas reuniões de forma prioritária. Informou que a Secretaria-Executiva solicitou  
998 a convocação de reunião da CISAMA/CNS. Explicou também que a Secretaria-Executiva solicitou  
999 informações sobre o processo de reforma do Plenário do CNS à Secretaria de Assuntos Administrativos  
1000 e à Coordenação de Recursos Logísticos do Ministério da Saúde, entretanto, não houve resposta por  
1001 parte das mesmas. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** colocou-se à disposição para buscar  
1002 informações sobre o processo de reforma do Plenário na Secretaria de Assuntos Administrativos e na  
1003 Coordenação de Recursos Logísticos do Ministério da Saúde. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**  
1004 sugeriu que, na próxima reunião do CNS, fosse reservado espaço na pauta para apresentação de  
1005 informe, por parte do Ministério da Saúde, sobre a implementação do Estatuto do Idoso. Conselheira  
1006 **Gysélle Saddi Tannous** solicitou à Secretaria-Executiva apresentação de informe sobre o Ofício que  
1007 propõe ajuda de custo para os Conselheiros do CNS. Além disso, comunicou o Plenário sobre a sua  
1008 impossibilidade de continuar na CCG e, nesse sentido, solicitou que fosse indicado representante do  
1009 segmento dos usuários para substituí-la na Comissão. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**  
1010 **Aparecida da Cruz**, sugeriu que o GT sobre Comissões e GTs do CNS fosse ampliado e os membros  
1011 se reunissem no final do dia para definir encaminhamento sobre o debate concernente à reestruturação  
1012 das comissões e GTs do CNS. Além disso, disse que seria necessário definir a composição das  
1013 Comissões de Saúde Suplementar e de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia na reunião, a fim  
1014 de convocar reunião das mesmas. Conselheiro **Mário César Scheffer** lembrou que, em reunião anterior,  
1015 o Plenário, apesar de ter aprovado composição da Comissão de Saúde Suplementar, deliberou por  
1016 reabrir o debate sobre a composição, a fim de considerar as sugestões de nomes apresentadas pelo  
1017 Colegiado. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** sugeriu que fosse definido grupo de  
1018 Conselheiros para apresentar proposta de composição para as Comissões de Saúde Suplementar e de  
1019 Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia no segundo dia de reunião. **O encaminhamento foi**  
1020 **aprovado**. Os Conselheiros **Mário César Scheffer** e **Graciara Matos de Azevedo**, com apoio da Técnica  
1021 do CNS, **Maria Camila Faccenda**, apresentaram proposta de composição para Comissão de Saúde  
1022 Suplementar e os Conselheiros **Francisco das Chagas Monteiro**, **Moisés Goldbaum** e **Maria Natividade**  
1023 **G. S. T. Santana**, com apoio da Técnica do CNS, **Lúcia Maria Figueiredo**, apresentaram proposta de  
1024 composição para Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia. A Secretaria-Executiva do  
1025 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, citou pontos pendentes a serem discutidos nas próximas reuniões do  
1026 CNS, considerando as sugestões dos Conselheiros, a saber: Plano Nacional da Saúde; Política  
1027 Nacional de Saúde do Trabalhador; suspensão da abertura de cursos na área de saúde; Política  
1028 Pública de Combate ao Álcool; Política de Águas – sistema pré-pago de água, desmineralização e  
1029 crenologia; capacitação de conselheiros; Planejamento 2005 do CNS; financiamento da Atenção  
1030 Básica; Pacto da Atenção Básica; Pacto de Mortalidade Materna; cirurgias eletivas; Política Nacional de  
1031 Humanização; implementação do Estatuto do Idoso; avaliação da execução orçamentária de 2003 e  
1032 programas do Ministério da Saúde para 2004; GT de Normatização da Tripartite; novas diretrizes de  
1033 financiamento do SUS; e Lei de Diretrizes Orçamentárias. Conselheira **Vera Lúcia M. Vita** chamou a  
1034 atenção para a importância de garantir a participação de representantes do segmento dos usuários nas  
1035 Comissões de Saúde Suplementar e de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia. Conselheira  
1036 **Graciara Matos de Azevedo** sinalizou a importância de definir metodologia para o debate do Plano  
1037 Nacional de Saúde, prioridade número um do CNS. Nessa linha, sugeriu que as Comissões do CNS  
1038 analisassem o Plano Nacional da Saúde, com enfoque no seu eixo temático pertinente. Conselheiro  
1039 **Alexandre de Oliveira Fraga**, a propósito da composição das Comissões Intersetoriais do CNS, lembrou  
1040 que o Plenário deliberou por contemplar pelo menos uma representação de todos os segmentos que

1041 compõem o CNS nas Comissões. Além disso, sugeriu que nas próximas reuniões do CNS fosse  
1042 garantido debate sobre gestão de trabalho, a fim de definir subsídios para a Conferência de Recursos  
1043 Humanos. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** ressaltou que o prazo para discussão da Lei de Diretrizes  
1044 Orçamentárias (LDO) era 31 de julho de 2004, nesse sentido, propôs que o tema fosse pautado na  
1045 Reunião Ordinária de julho de 2004. Além disso, chamou a atenção para necessidade de o CNS  
1046 analisar a execução financeira do Ministério da Saúde, com a participação de técnicos do Ministério da  
1047 Saúde responsáveis pelas áreas com baixa execução orçamentária. Conselheira **Gysélle Saddi**  
1048 **Tannous** propôs a realização de seminário no mês de agosto de 2004 para analisar o Plano Nacional  
1049 da Saúde a partir dos eixos temáticos das Comissões (promoção e atenção à saúde; e articulação,  
1050 informação e Controle Social). Explicou que o seminário permitiria analisar o Plano Nacional da Saúde,  
1051 bem como verificar a funcionalidade do novo formato das Comissões do CNS. Conselheira **Maria**  
1052 **Eugênia C. Cury** concordou com a proposta de realização de Seminário, entretanto, mostrou  
1053 preocupação com a sua data de realização, considerando o calendário de discussão do Plano Nacional  
1054 da Saúde e da Lei de Diretrizes Orçamentárias. Desse modo, sugeriu que o debate do Plano Nacional  
1055 de Saúde fosse o ponto de pauta principal da Reunião Ordinária do CNS de julho de 2004. A propósito  
1056 dos temas pendentes, foi acordado que a CCG se reuniria no dia 15 de junho de 2004 para, entre  
1057 outras questões, definir a pauta da próxima reunião do CNS, com base no levantamento dos temas  
1058 pendentes, no planejamento do CNS para 2004 e na atual conjuntura. **INFORMES E INDICAÇÕES.**  
1059 *Informes* – 1) Encontra-se à disposição do CNS, para conhecimento, um exemplar do *CONASS*  
1060 *Documenta* nº 2 e do jornal *CONSENSUS*. O segundo número do *CONASS Documenta* apresenta os  
1061 resultados da 1ª Oficina do CONASS com os Coordenadores Estaduais de Atenção Básica, realizada  
1062 em Brasília, e do 2º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, que ocorreu na Bahia. 2)  
1063 A Fundação Técnico-educacional Souza Marques comunica que reconsiderou a demissão do professor  
1064 **Jorge Luiz do Amaral** ao ser informada de que o mesmo possuía estabilidade provisória sindical, com  
1065 todas as vantagens e salários. 3) Encontra-se à disposição do CNS para conhecimento e/ou consulta, o  
1066 relatório de atividades do Conselho de Saúde do Espírito Santo, referente ao ano de 2003. 4)  
1067 Conselheira **Gilca Starling Diniz** apresentou informe sobre a reunião entre representantes do Ministério  
1068 da Educação, da CIRH, do FENTAS e da CESU, realizada no dia 30 de maio de 2004. Explicou que na  
1069 reunião foi criado GT para discutir e definir encaminhamentos sobre os temas: formação de tecnólogos  
1070 em saúde (Decreto nº 2028); carga horária de graduação; e avaliação e abertura de novos cursos. 5)  
1071 Informe do FENTAS – Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** apresentou Moção de Apoio do  
1072 FENTAS ao Secretário-Executivo da Casa Civil, **Swedenberger do Nascimento Barbosa**, que já foi  
1073 Conselheiro do CNS, em virtude de falsas denúncias na imprensa falada e escrita, comprometendo  
1074 negativamente a sua imagem. O Plenário aprovou a Moção de Apoio que, após ser assinada pelos  
1075 Conselheiros do CNS, seria enviada à Casa Civil e à imprensa, em especial às Revistas *Veja* e *Época*.  
1076 6) Informe sobre o Projeto de Lei relativo a pesquisas com seres humanos – Conselheira **Noemy**  
1077 **Yamaguishi Tomita** apresentou informe sobre o Projeto de Biossegurança, em tramitação no Senado  
1078 Federal, que, dentre outras questões, proibe as atividades referentes à clonagem e utilização de  
1079 células-tronco, incluindo-se a pesquisa científica. A propósito, sugeriu articulação do CNS no Senado  
1080 Federal e Poder Executivo, no sentido de retirar do Projeto de Biossegurança a matéria concernente a  
1081 células-tronco e clonagem, a fim de remetê-la para o Projeto de Lei sobre Reprodução Assistida  
1082 Humana, em tramitação na Câmara dos Deputados, ou, ainda, que se elaborasse projeto de lei  
1083 específico para contemplá-la. Acrescentou que tal mecanismo permitiria amplo debate na sociedade  
1084 brasileira sobre células-tronco e clonagem. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** sugeriu que o CNS, por  
1085 intermédio da Comissão de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS), promovesse articulação direta com os  
1086 relatores do Projeto de Lei, a fim de tratar da questão. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto**  
1087 disse que seria necessário conhecer com mais profundidade o Projeto de Biossegurança, em especial  
1088 os dispositivos sobre a clonagem de células-tronco, para pronunciamento do CNS sobre a questão.  
1089 Nessa linha, colocou-se à disposição para verificar a tramitação do Projeto de Lei. A Secretaria-  
1090 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que, conforme encaminhamento do CNS, a  
1091 Secretaria-Executiva entrou em contato com o Deputado **Rafael Guerra**, relator do Projeto de Lei sobre  
1092 Pesquisas em Seres Humanos, de autoria do Deputado **Colbert Martins**, para tratar sobre o Projeto.  
1093 Explicou que o Deputado **Rafael Guerra** não possuía posição sobre o Projeto e convocou audiência  
1094 pública para o dia 03 de junho de 2004 para discuti-lo, além disso, aguardaria a discussão do Projeto  
1095 de Lei no CNS. Nessa linha, sugeriu que o CNS verificasse a tramitação do Projeto Lei sobre  
1096 Biossegurança e entrasse em contato com o seu relator, a fim de garantir que seja discutido no âmbito  
1097 do CNS. Conselheira **Noemy Yamaguishi Tomita** disse que seria necessário contato urgente com o  
1098 relator do Projeto, a fim de suspender a tramitação e garantir a discussão no âmbito do CNS. A  
1099 propósito, foi acordado que a Secretaria-Executiva do CNS verificaria a tramitação do Projeto e entraria  
1100 em contato com o seu relator, a fim de suspender a tramitação do Projeto e garantir a sua discussão no  
1101 âmbito do CNS. 7) Visita do CNS ao Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul –

1102 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou informe sobre a reunião que teve, juntamente com os  
1103 Conselheiros **Eni Carajá Filho** e **Clóvis A. Boufleur**, com representantes do Conselho Estadual de  
1104 Saúde do Mato Grosso do Sul, no dia 28 de maio de 2004, com o propósito de facilitar o diálogo entre  
1105 as partes do CES e superar as dificuldades que provocaram a suspensão das atividades do Conselho.  
1106 Explicou que as negociações tiveram êxito e foi definida, entre outras questões, a revogação do  
1107 Decreto nº 11582/04. 8) Congresso de Transmissão Vertical, realizado de 16 a 19 de maio de 2004 –  
1108 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** apresentou informe sobre o Congresso de Transmissão Vertical no  
1109 qual foram tratados problemas como a transmissão vertical da AIDS e sifilis congênita. Solicitou que as  
1110 questões discutidas no Congresso fossem apresentadas ao CNS. 9) Fórum das Cidadãs Positivas,  
1111 realizado de 16 a 19 de maio, em João Pessoa – PB – Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou que  
1112 fosse distribuído documento sobre o I Fórum das Cidadãs Positivas. 10) Congresso sobre o Plano de  
1113 Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal – Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**  
1114 apresentou informe sobre o Congresso no qual foi enfatizada, entre outras questões, a carência de  
1115 tecnologia na Amazônia. Disse, ainda, que a análise apresentada pela pesquisadora da USP, Dra. Ana  
1116 Luiza d'Ávila Viana, indicou que a escolha da Amazônia Legal pelo Ministério da Saúde, foi para  
1117 verificar as necessidades existentes nesta região. Informou que há 400 comitês de ética em pesquisa  
1118 no Brasil, destes, 28 estão na Amazônia. Devido à complexa biodiversidade da região, hoje se pretende  
1119 estender para 100 comitês de ética em pesquisa na Amazônia Legal. 11) Comissão Julgadora dos  
1120 trabalhos concorrentes ao prêmio da *II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família* - Data: de  
1121 1º a 03 de junho de abril de 2004 – Local: Brasília – Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**  
1122 apresentou informe sobre o trabalho da Comissão Julgadora dos trabalhos concorrentes ao prêmio da *II*  
1123 *Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família* da qual fez parte representando o CNS. Explicou  
1124 que foram apresentados 1.600 trabalhos, dos quais seis foram premiados pelo Ministério da Saúde. A  
1125 propósito, sugeriu que fosse distribuída cópia dos trabalhos premiados aos Conselheiros do CNS. Além  
1126 disso, solicitou que o Plenário indicasse mais um representante para acompanhar a Amostra  
1127 envolvendo 3.000 pessoas que atuam no PSF, que estava acontecendo na Academia de Tênis, em  
1128 Brasília. 12) Estratégia Global para a Nutrição, Dieta, Saúde e Atividade Física, assinada no dia 21 de  
1129 maio de 2004 – Conselheira **Rosane Maria N. da Silva** informou que o Brasil, juntamente com outros  
1130 169 países, aderiu à Estratégia que visa combater as doenças crônicas-não-generativas provenientes,  
1131 em especial, da obesidade. A propósito, agradeceu o empenho do Ministério da Saúde para que o país  
1132 aderisse à Estratégia. 13) Seminário promovido pelo Ministério Público de Curitiba, nos dias 19 e 20 de  
1133 maio de 2004, em Londrina, Paraná. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** apresentou informe sobre o  
1134 Seminário do qual participou como representante do CNS. 14) Dia Internacional da Prostituta – 02 de  
1135 junho de 2004 – O GAPA realizaria atividade no Estado do Rio Grande do Sul para tratar, entre outros  
1136 aspectos, sobre a questão da AIDS. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,  
1137 aproveitou a oportunidade para agradecer a presença dos dirigentes da Confederação Nacional dos  
1138 Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS) e da Central Única dos Trabalhadores (CUT) na reunião.  
1139 Conselheiro **Alexandre de Oliveira** informou que a Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**,  
1140 representante do segmento de trabalhadores em saúde, estava tomando posse como titular no CNS.  
1141 *Indicações:* 1) Fórum Nacional de Prevenção e Combate à Falsificação e Fraude de Medicamentos –  
1142 Data: 06 de julho de 2004 – Local: Brasília, DF. Evento organizado pela ANVISA em parceria com a  
1143 OPAS. *Indicação:* Conselheiros **Maria Eugênia C. Cury** e **Ciro Mortella**. Os Conselheiros **Sérgio Ricardo**  
1144 **G. Mena Barreto** e **Maria Leda de R. Dantas** já estavam acompanhando a organização do Fórum. 2) 2º  
1145 Seminário Nacional para Avaliação da Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil –  
1146 Data 24 e 25 de junho de 2004 – Local: Rio Quente Resort – GO. Evento promovido pela Federação  
1147 Nacional dos Médicos (FENAM). Indicação de Conselheiro para ser palestrante da mesa-redonda  
1148 “Experiências em programas de saúde em grandes centros urbanos” no dia 24 de junho de 2004, às  
1149 10h: Conselheiro **André Luiz de Oliveira**. 3) Fórum de Discussão sobre Anencefalia e Doação de  
1150 Órgãos – Data: 16 de junho de 2004 – Local: Brasília-DF. Indicação de Conselheiro para ser  
1151 palestrante da mesa de debate “Justifica-se o anencéfalo como um doador de órgãos?”. foi indicado o  
1152 Conselheiro **Willian Saad Hossne**. 4) 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres – Data 15,  
1153 16 e 17 de julho de 2004. Local: Academia de Tênis, Brasília-DF. Convite para a cerimônia de abertura,  
1154 no dia 15 de julho de 2004, às 9 horas. *Indicação:* Conselheiras **Silvia Marques Dantas**; **Solange**  
1155 **Gonçalves Belchior**; e **Neide Regina C. Barrigueli**. 5) Política de Saúde para a População do Campo –  
1156 o Ministério da Saúde solicita a indicação de um representante do CNS para compor o Grupo da Terra,  
1157 que tem por finalidade acompanhar a implantação da Política de Saúde para a População do Campo,  
1158 conforme Portaria nº 719, de 16 de abril de 2004. O Plenário decidiu comunicar ao Secretário-Executivo  
1159 do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner**, a decisão do CNS de não indicar, *a priori*, representante para  
1160 participar de grupos técnicos, câmaras, comitês e comissões do Ministério da Saúde sobre temas que  
1161 eram tratados por Comissões do CNS e marcar reunião para discutir a questão. **DEFINIÇÃO DA**  
1162 **COMPOSIÇÃO DAS COMISSÕES DO CNS DE SAÚDE SUPLEMENTAR E DE VIGILÂNCIA**

1163 **SANITÁRIA E FARMACOEPIDEMIOLOGIA** – Conforme acordado no primeiro dia de reunião, foram  
1164 apresentadas propostas de composição para as Comissões do CNS de Saúde Suplementar e de  
1165 Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia. Conselheiro **Mário César Scheffer** explicou, a princípio,  
1166 que o Plenário aprovou a composição da Comissão de Saúde Suplementar na Reunião Ordinária de  
1167 fevereiro de 2004, entretanto, decidiu reabrir o debate em virtude de pleitos de entidades que  
1168 desejavam participar da Comissão. Disse que a comissão constituída no dia anterior optou por  
1169 constituir a Comissão com 8 membros, com a seguinte composição: *quatro representantes dos  
1170 usuários*: 1) Titular: Movimento Nacional da Luta contra AIDS; Suplente: Proteção e Defesa do  
1171 Consumidor – PROCONs; 2) Titular: Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP);  
1172 e Suplente: Central Única dos Trabalhadores (CUT); 3) Titular: Representante do Instituto Brasileiro de  
1173 Defesa do Consumidor (IDEC); e Suplente: Associação de Defesa dos Usuários de Seguro, Planos e  
1174 Sistemas de Saúde (ADUZEPS); 4) Titular: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva  
1175 (ABRASCO); Suplente: Confederação Nacional da Indústria (CNI); *dois representantes dos  
1176 profissionais de saúde*: 1) Titular: Profissionais da Área Médica (obedecendo ao critério de  
1177 revezamento, no CNS, das entidades: Federação Nacional dos Médicos (FENAM); Associação Médica  
1178 Brasileira (AMB); e Conselho Federal de Medicina (CFM)); e Suplente: Profissionais da Área Médica  
1179 (obedecendo ao critério de revezamento das entidades no CNS: Federação Nacional dos Médicos  
1180 (FENAM); Associação Médica Brasileira (AMB); e Conselho Federal de Medicina (CFM)); 2) Titular:  
1181 Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); e Suplente: Fórum  
1182 das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); *dois representantes dos  
1183 gestores e dos prestadores de serviço*: 1) Titular: Ministério da Saúde; e Suplente: Ministério do  
1184 Trabalho; 2) Titular: Prestador Privado – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de  
1185 Capitalização (FENASEG); e Suplente: Prestador Privado – Confederação das Santas Casas de  
1186 Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB). **Não havendo destaques, a proposta de  
1187 composição da Comissão de Saúde Suplementar foi aprovada por unanimidade**. Conselheiro **Moisés  
1188 Goldbaum** explicou que a comissão (composta pelos Conselheiros **Moisés Goldbaum, Francisco das  
1189 Chagas Monteiro e Maria Natividade G. S. T. Santana**) apresentou sugestões de vinte entidades para  
1190 comporem a Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, sendo: 1) Instituto Brasileiro de  
1191 Defesa do Consumidor (IDEC); 2) Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME);  
1192 3) Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); 4) Conselho Nacional de  
1193 Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); 5) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);  
1194 6) Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); 7) Confederação Nacional  
1195 de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); 8) Confederação Nacional da Indústria (CNI);  
1196 9) Confederação Nacional da Agricultura (CNA); 10) Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA);  
1197 11) Central Única dos Trabalhadores (CUT) ou representação de Central de Trabalhadores; 12) Fundação  
1198 Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 13) Entidades de Portadores de Patologias e outras Deficiências;  
1199 14) Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP); 15) Associação Nacional dos  
1200 Servidores da Vigilância Sanitária (ANSEVS); 16) Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV);  
1201 17) Entidades Médicas; 18) Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); 19) Federação Nacional de  
1202 Farmacêuticos (FENAFAR); e 20) Entidades de Nutricionistas. Nessa linha, sugeriu que a composição  
1203 da Comissão de Saúde de Vigilância Sanitária fosse definida a partir das indicações supracitadas,  
1204 sendo dez membros titulares e seus respectivos suplentes. O Plenário endossou a proposta. Desse  
1205 modo, os Conselheiros **Moisés Goldbaum, Francisco das Chagas Monteiro, Maria Natividade G. S. T.  
1206 Santana e a representante da ANVISA Vera Bacelar** definiram, a partir das entidades indicadas,  
1207 proposta de composição para a Comissão, que contaria com dez membros titulares e seus respectivos  
1208 suplentes, para ser apresentada ao Plenário na próxima reunião do CNS. O grupo consultaria as  
1209 entidades indicadas para definir a composição quanto à titularidade e suplência. **ITEM 06 –  
1210 RELATÓRIO DA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** – O Consultor do Ministério da Saúde,  
1211 **Alcindo Ferla**, falou sobre o processo de conclusão do Relatório Final da 12ª Conferência, destacando  
1212 que, em virtude da complexidade e dificuldade do processo de sistematização, não foi possível  
1213 encaminhar aos Conselheiros a versão do relatório para votação dos delegados da 12ª Conferência no  
1214 prazo determinado, conforme acordado na 142ª Reunião. Assim, a Comissão enviou os relatórios aos  
1215 Conselheiros na medida em que ficaram prontos. Explicou que foi composto GT para auxiliar na  
1216 sistematização dos relatórios do qual participaram, entre outros, o Conselheiro **Paulo Gadelha**, o relator  
1217 da 12ª Conferência. Disse que o GT utilizou como subsídios os documentos sobre os dez eixos  
1218 temáticos (versão 10b), destaques votados na Plenária sobre os dez eixos, transcrição do debate da  
1219 Plenária Final e a base de dados dos relatórios dos grupos de trabalho. Além disso, acrescentou que  
1220 alguns Conselheiros foram consultados e foram consideradas as sugestões apresentadas pelo  
1221 Colegiado do CNS. Ressaltou que os 1871 destaques apresentados nos grupos de trabalho da 12ª  
1222 Conferências foram sistematizados na versão 10b do relatório na qual constavam 758 deliberações e  
1223 280 destaques. Explicou que, após a sistematização, a Comissão conseguiu reduzir os 280 destaques

1224 a 87, utilizando como metodologia a leitura sucessiva e comparativa dos eixos. Contudo, ressaltou que  
1225 o GT optou por não deslocar de forma significativa as questões dos eixos temáticos por esta ter sido  
1226 uma crítica em relação às versões anteriores do relatório. Disse que das 87 questões pendentes 14  
1227 referiam-se ao eixo da Seguridade Social. Destacou, ainda, uma questão não resolvida no relatório que  
1228 a Comissão optou por submeter à apreciação e deliberação do Plenário: relação SUS e Entidades  
1229 Privadas – apesar da decisão de não transferir a administração de serviços públicos a Organização  
1230 não-Governamental (ONG), Organização da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIP) e  
1231 Organização Social (OS), em vários momentos são apresentadas propostas de parcerias entre o SUS e  
1232 as entidades citadas. Solicitou que os Conselheiros analisassem a versão do relatório apresentada e  
1233 encaminhassem contribuições à Comissão. Além disso, propôs que, após a inclusão das contribuições  
1234 do CNS, o relatório fosse encaminhado à votação dos delegados da 12ª Conferência Nacional da  
1235 Saúde, com o prazo de envio das respostas, por parte dos delegados, de 30 dias, sendo 20 dias para a  
1236 1ª etapa e mais 10 dias para uma segunda chamada. Conselheiro **Paulo Gadelha** disse que a  
1237 Comissão buscou diminuir o número de proposta, contudo, seria importante recuperar pontos dos  
1238 relatórios das versões anteriores para que os delegados se identificassem no relatório a ser  
1239 encaminhado para votação. Ressaltou ser importante um voto de confiança do CNS para que a  
1240 Comissão pudesse incorporar as contribuições ao relatório e de imediato o enviasse para votação dos  
1241 delegados. Por fim, explicou que os conceitos introdutórios dos eixos temáticos não foram alvo de  
1242 muitos destaques, o que contribuía para a compreensão do processo de realização das Conferências.  
1243 O Consultor do Ministério da Saúde, **Alcindo Ferla**, falou sobre a possibilidade de garantir espaço no  
1244 relatório de votação para manifestação dos delegados no que diz respeito a propostas não  
1245 contempladas. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** ressaltou que a versão do relatório  
1246 apresentada era mais concisa e apresentava melhor sistematização das propostas, no entanto, seria  
1247 necessário rever alguns pontos. Nesse sentido, sugeriu que fosse destinado o prazo de até dez dias  
1248 para apresentação de contribuições, por parte dos Conselheiros, no que se refere a pontos não  
1249 contemplados no relatório. Além disso, manifestou apoio à proposta de reservar espaço no relatório  
1250 para manifestação dos delegados em relação às propostas não contempladas. Conselheira **Nildes de**  
1251 **Oliveira Andrade** explicou que não constava no relatório as propostas aprovadas concernentes à  
1252 realização de pesquisas sobre a doença celíaca, entre outras. O Dr. **Humberto Jacques de Medeiros**  
1253 parabenizou os celíacos presentes 12ª Conferência Nacional de Saúde pela quantidade de propostas  
1254 apresentadas, reforçando assim a falta das mesmas no relatório. Dr. **Alcindo Ferla** ficou de identificar e  
1255 inserir no relatório estas propostas com a ajuda da Conselheira **Nildes** representante dos celíacos no  
1256 CNS. Nesse sentido, consultou a Comissão sobre a possibilidade de incluí-las no relatório. Conselheiro  
1257 **Eni Carajá Filho** destacou que seria necessário rever a questão das OSCIPS, considerando que no  
1258 debate do eixo “A Organização da Atenção à Saúde” foi aprovada a proposta de não realizar  
1259 contratações na modalidade de Organizações da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIP) (item  
1260 63), assim, não deveria ser apresentada a proposta de emenda supressiva do item 101. Conselheiro  
1261 **Clóvis A. Boufleur** endossou a colocação do Conselheiro **Eni Carajá Filho** e, nesse sentido, propôs a  
1262 exclusão do item 101 do eixo temático “A Organização da Atenção à Saúde”, conforme aprovado na  
1263 Plenária da 12ª Conferência. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que fosse destinado  
1264 prazo de 20 dias para que os Conselheiros analisassem o material e enviasse contribuições à  
1265 Comissão, considerando que o processo de análise do relatório demandaria tempo. Conselheira **Maria**  
1266 **Luiza Jaeger** propôs que o prazo para o envio de propostas fosse de 10 dias, a fim de agilizar o envio  
1267 do relatório para votação dos delegados. Disse que seria necessário revisar o texto do relatório de  
1268 acordo com as Políticas do Ministério da Saúde e traduzir as siglas. Concordou com a proposta de  
1269 reservar espaço para manifestação dos delegados sobre propostas não contempladas no relatório,  
1270 entretanto, enfatizou que seria necessário esclarecer que as propostas de mudanças seriam verificadas  
1271 nos registros da Conferência. Conselheira **Maria Thereza M. de C. Rezende** cumprimentou a Comissão  
1272 pelo trabalho de sistematização das propostas e sugeriu que o limite para o envio de contribuições  
1273 fosse o dia 16 de junho de 2004. Conselheira **Rosane Maria N. da Silva** chamou a atenção para a  
1274 importância de enviar junto com o relatório para votação documento relatando o processo de  
1275 sistematização das propostas. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** concordou com a supressão do item  
1276 101 do eixo temático “A Organização da Atenção à Saúde”, considerando que a questão foi vencida na  
1277 12ª Conferência. Além disso, ressaltou a necessidade de aprofundar o debate sobre Organização não-  
1278 Governamental (ONG), Organização da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIP) e Organização  
1279 Social (OS) no CNS. O Consultor do Ministério da Saúde, **Alcindo Ferla**, ressaltou que, em alguns  
1280 pontos do relatório, a questão da Organização da Sociedade Civil e Interesse Público (OSCIP) ficou  
1281 clara, já nos pontos mais gerais causou dúvida. Nesse ponto, concordou com a proposta de supressão  
1282 do item 101, considerando a posição de não privatização dos serviços, mas sim de parcerias  
1283 submetidas ao Controle Social. A partir das considerações do Colegiado, apresentou a seguinte  
1284 proposta de cronograma de conclusão do relatório: 1) envio de contribuições à Comissão até o dia 15

1285 de junho de 2004; 2) conclusão do relatório até o dia 24 de junho de 2004; 3) 20 dias para apreciação  
1286 do relatório, por parte dos delegados, prazo que poderá ser prorrogado por mais dez dias; e 4) reserva  
1287 de espaço no documento para registro dos delegados de pontos não contemplados no documento.  
1288 Sugeriu, ainda, que na carta de encaminhamento do relatório fosse apresentado histórico sobre o  
1289 processo de elaboração do relatório. Agradeceu os cumprimentos do Plenário pelo trabalho da  
1290 Comissão, destacando que estava em harmonia e dava continuidade aos trabalhos das etapas  
1291 anteriores. Conselheiro **Paulo Gadelha** ressaltou que não havia dificuldade em recuperar propostas  
1292 aprovadas na Plenária que não foram contempladas no relatório. Além disso, enfatizou que o trabalho  
1293 da Comissão foi fortalecido com o aval do Conselho Nacional da Saúde. A Secretaria-Executiva do  
1294 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que, em reunião anterior, o Plenário decidiu que o CNS  
1295 assinaria a carta de encaminhamento do relatório para votação dos delegados. Nesse sentido,  
1296 apresentou proposta de texto da carta de encaminhamento do relatório na qual era apresentado  
1297 histórico sobre o processo de elaboração do relatório e instruções para votação das propostas.  
1298 Conselheira **Maria Luiza Jaeger** sugeriu que a carta reforçasse que o relatório já poderia ser utilizado  
1299 pelos delegados como instrumento de trabalho. **Feitas essas considerações**, o Plenário aprovou os  
1300 seguintes encaminhamentos: 1) as contribuições dos Conselheiros poderão ser encaminhadas à  
1301 Comissão até o dia 15 de junho de 2004; 2) a Comissão irá incorporar as contribuições dos  
1302 Conselheiros do CNS ao relatório e, em seguida, irá enviá-lo para votação dos delegados no dia 27 de  
1303 junho de 2004; e 3) os delegados terão vinte dias para apreciação do relatório, prazo que poderá ser  
1304 prorrogado por mais dez dias caso o retorno das propostas seja baixo e não haja quorum para  
1305 aprovação de propostas. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 07 da pauta. **ITEM 07 –**  
1306 **POLÍTICA DE INCENTIVO DE COMBATE A AIDS** – Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** assumiu a  
1307 coordenação dos trabalhos convidando o Coordenador da Área de DST/AIDS do Ministério da Saúde,  
1308 **Alexandre Granjeiro**, para tratar sobre a Política de Incentivo de Combate a AIDS. O Coordenador da  
1309 Área de DST/AIDS do Ministério da Saúde, **Alexandre Granjeiro**, iniciou sua apresentação  
1310 cumprimentando o Plenário e justificando que o propósito da apresentação era prestar contas sobre a  
1311 implementação da Política de Incentivo de DST/AIDS no âmbito dos estados e municípios. Começou  
1312 citando dados sobre a epidemia de AIDS no Brasil dentre os quais se destacam: casos acumulados de  
1313 AIDS (2003): 310.310; número estimado de pessoas vivendo com HIV (2000): 597.443; prevalência:  
1314 0,65% (da população de 15 a 49 anos); mortes por AIDS (1980-2002): 149.559; taxa de mortalidade:  
1315 6,3/100.000 (2002); taxa de incidência de AIDS (2002): 12,8/100.000; número de municípios com casos  
1316 de aids: 3.702 (66%); número de casos novos por ano: cerca de 25.000; sobrevida dos pacientes com  
1317 aids: 58 meses; e redução da expectativa de vida: 3 meses. Nessa linha, destacou os  
1318 principais resultados alcançados em 20 anos de luta contra a epidemia, a saber: a) crescimento da  
1319 sobrevida da pessoa com AIDS em 12 vezes: de 5 para 58 meses; b) redução em 50% do índice de  
1320 mortalidade das pessoas com AIDS no país (90 mil mortes evitadas); c) o  
1321 país evitou, em 5 anos, 358 mil internações e  
1322 600 mil novas infecções pelo HIV; d)  
1323 economia de US\$ 2,2 bilhões em assistência a pessoas com AIDS entre 1996 e 2002; economia de  
1324 US\$ 1,23 bilhão com internação e tratamento de doenças oportunistas; e US\$ 960 milhões com  
1325 redução de preços de medicamento; e e) crescimento de compra e distribuição de preservativos em  
1326 mais de 15 vezes nos últimos 10 anos. Citou as metas no que diz respeito ao combate a epidemia de  
1327 AIDS a serem alcançadas até 2006, dentre elas, ampliar em  
1328 170% o número de municípios que recebem recursos para ações contra a AIDS; reduzir o número de  
1329 casos de AIDS de 15 para 10/100 mil habitantes/ano; dobrar o uso de preservativos no País, passando  
1330 de 550 milhões para 1,2 bilhão; priorizar a população de baixa renda, mulheres, jovens e população  
1331 vulnerável; aumentar em 1,5 vezes o número de exames realizados/ano; reduzir em 30% a taxa de  
1332 mortalidade, passando de 6,31 para 4,42/100.000 habitantes/ano; garantir 100% de tratamento para  
1333 gestantes HIV positivo; e garantir o acesso universal aos anti-retrovirais e aos medicamentos para DST.  
1334 Falou sobre o orçamento do Programa Nacional de DST/AIDS, destacando era gasto nas ações de  
1335 aquisição de medicamentos, promoção à saúde e às práticas sexuais, atenção à saúde, política de  
1336 incentivo, dentre outros, o total de R\$ 761 milhões. Feito esse panorama, passou a tratar  
1337 especificamente da Política de Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DSTs  
1338 que foi instituída no final de 2002, com efeito financeiro a partir de fevereiro de 2004, tendo por  
1339 objetivos: a) ampliar, consolidar e institucionalizar a resposta nacional à epidemia de HIV/Aids, incluindo  
1340 o financiamento para ações da Sociedade Civil; b) garantir a transparência e o fluxo contínuo dos  
1341 recursos para os Programas Estaduais e Municipais por meio do repasse automático fundo a fundo e  
1342 da aplicação de recursos locais; c)  
1343 possibilitar o processo de gestão focalizado em ações e metas estratégicas e pactuadas nas instâncias  
1344 colegiadas do SUS (Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores); e d)  
1345

1347 aprimorar o processo de participação e Controle Social no âmbito local. Acrescentou que o incentivo  
1348 instituído foi de R\$ 100 milhões definido com base em critérios epidemiológicos e populacionais.  
1349 Ressaltou que a partir do segundo semestre de 2003 foi proposta e aceita alteração no repasse dos  
1350 recursos, visando elevar para R\$ 75 mil os valores de referência de 227 municípios (R\$ 5,1 milhões) e  
1351 aumentar em 33% o valor de referência dos estados e municípios das Regiões Norte e Nordeste (6,2  
1352 milhões). Explicou que, a partir dos critérios de incidência e prevalência, população, convênios com o  
1353 Ministério da Saúde para a Política de DST/AIDS e pactuação pela CIB, foram pré-selecionados 411  
1354 municípios dos quais 405 foram qualificados. Disse que o impacto da Política na qualidade de vida da  
1355 população seria avaliado a partir do 2º semestre de 2004, em virtude de a qualificação de estados e  
1356 municípios ter sido concluída no final de 2003. Destacou que até março de 2004 foram repassados R\$  
1357 72 milhões a estados e municípios. Acrescentou que o incentivo possuía outros dois componentes, o  
1358 primeiro, chamado fórmula infantil, referia-se à transferência de recursos para a prevenção da  
1359 transmissão vertical, especificamente para substitutivo do leito materno. Nesse ponto, citou dados  
1360 sobre a transmissão vertical, dentre eles, a estimativa de 17 mil gestantes infectadas/ano, sendo que  
1361 apenas

1362 6.600 gestantes eram diagnosticadas e tratadas (cobertura de 38%) e apenas  
1363 50% das gestantes realizavam teste HIV no pré-natal. Explicou que todos os Estados qualificaram-se,  
1364 com exceção do Acre que se encontrava em fase final de qualificação, para recebimento dos recursos.  
1365 Destacou que o segundo componente do incentivo referia-se ao repasse de recursos para as  
1366 Organizações de Sociedade Civil. Ressaltou que,

1367 dos 27 estados que receberam recursos, apenas 13 concluíram o processo de seleção pública (Acre,  
1368 Amazonas, Roraima, Tocantins, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul,  
1369 Paraná, Santa Catarina, Minas Gerais e São Paulo) e apenas

1370 três Secretarias Estaduais de Saúde (São Paulo, Ceará e Mato Grosso) repassaram recursos para as  
1371 Organizações de Sociedade Civil, totalizando R\$ 1,5 milhões que representam 15% dos R\$ 10 milhões  
1372 do Incentivo destinados a Organizações. Frente a esse diagnóstico, explicou que

1373 o Ministério da Saúde intensificou o apoio a estados e municípios para a realização do processo de  
1374 descentralização. Além disso, informou que o Ministério da Saúde lançaria em 07 de junho  
1375 Concorrência Nacional no valor de R\$ 5,5 milhões para apoiar projetos de ONGs. Prosseguiu  
1376 destacando que os principais desafios da Política de Incentivo seriam:

1377 o  
1378 aprimoramento do processo de planejamento e do instrumento Plano de Ações e Metas (PAM), com o  
1379 objetivo de retratar o compromisso do Gestor de Saúde para o enfrentamento da epidemia; c  
1380 apacitação dos Coordenadores Estaduais e Municipais de DST/AIDS e reorganização do processo de  
1381 supervisão; c

1382 consolidação do processo de descentralização de parcerias com Organizações de Sociedade Civil;  
1383 ampliação do Incentivo para outros municípios; e

1384 monitoramento da pactuação de medicamentos para infecções oportunistas e DST. Sobre este último  
1385 ponto, explicou que estava em fase de discussão sistema de monitoramento e avaliação da Política de  
1386 Incentivo, com base nos seguintes eixos: consecução das metas de produto propostas; diretrizes  
1387 pactuadas nacionalmente e evolução dos indicadores de resultado; execução dos recursos financeiros;  
1388 e cumprimento das pactuações. Falou ainda sobre o Projeto AIDS III, assinado em dezembro de 2003  
1389 com vigência até dezembro de 2006, que visa promover a sustentabilidade: consolidação do processo  
1390 de descentralização, aprimoramento da gestão (supervisão, monitoramento e avaliação) e o  
1391 financiamento das ações desenvolvidas pela sociedade civil; minimizar diferenças regionais no acesso  
1392 e na qualidade dos serviços; promover o desenvolvimento científico e tecnológico; e induzir ações  
1393 estratégicas nacionais e regionais. Acrescentou que o acordo foi estabelecido no valor de U\$ 200  
1394 milhões, sendo U\$ 100 milhões de contrapartida nacional e U\$ 100 milhões do Banco Mundial. Deste  
1395 montante, 83% seria destinado à melhoria da qualidade e da cobertura, 4,5% ao desenvolvimento de  
1396 ciência e tecnologia, e 12,5% à gestão do Programa. Concluída a apresentação, foi iniciado o debate  
1397 sobre os dados apresentados. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** pediu esclarecimentos sobre a  
1398 estimativa do número de casos acumulados de AIDS e de pessoas vivendo com HIV, considerando que  
1399 os dados apresentados eram similares aos de 2000. Ressaltou que o movimento de AIDS apoiava o  
1400 Programa de Incentivo, entretanto, tinha preocupação no que se refere ao comprometimento dos  
1401 gestores estaduais e municipais com as ações de DST/AIDS. Nesse ponto, lamentou a ausência das  
1402 representações do CONASS e CONASEMS, considerando que um dos maiores problemas com relação  
1403 ao incentivo referia-se às pactuações feitas nas Bipartites e Tripartite que, por vezes, não eram  
1404 cumpridas por estados e municípios. A propósito, destacou que a União distribuía a medicação anti-  
1405 retrovirais e os estados e os municípios não distribuíam os demais medicamentos, conforme pactuado.  
1406 Nesse sentido, perguntou como a questão seria tratada junto a Bipartite e Tripartite. Falou também  
1407 sobre a crítica à descentralização, em virtude da desqualificação dos serviços na ponta decorrente da  
1408 1409

1410 falta de comprometimento dos gestores com os planos de ações e metas. Comentou ainda sobre o fato  
1411 de os recursos repassados a estados e municípios não estarem sendo utilizados e, nesse sentido,  
1412 perguntou que medidas seriam tomadas. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** chamou a atenção para a  
1413 necessidade de ações voltadas à prevenção com enfoque nos usuários de drogas e doenças  
1414 oportunistas, a exemplo da tuberculose. Propôs ainda que o Programa incorporasse metas relativas a  
1415 hábitos que melhorariam a qualidade de vida da população, dentre eles hábitos sexuais (abstinência  
1416 sexual), conforme as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Conselheiro **Luiz Alberto**  
1417 **Silva** falou sobre o Programa de pré-natal, desenvolvido pela APAE, que realiza exames de detecção  
1418 do vírus HIV utilizando a tecnologia de papel de filtro, contribuindo para a prevenção e diagnóstica da  
1419 patologia. Nesse sentido, sugeriu que a medida fosse adotada como mecanismo de prevenção da  
1420 AIDS. Conselheira **Silvia Marques Dantas** enfatizou a necessidade de o Ministério da Saúde definir a  
1421 Política de AIDS para as mulheres, considerando que as ações eram voltadas prioritariamente a  
1422 setores específicos e prevenção vertical. A propósito, propôs a participação do GT/AIDS do CNS no  
1423 processo de elaboração de proposta de seminário para discutir a Política de AIDS do Ministério da  
1424 Saúde para as mulheres. Sugeriu também que o CNS aprofundasse o debate sobre o processo de  
1425 descentralização, bem como as suas consequências, a exemplo da desqualificação dos serviços  
1426 prestados na ponta em decorrência. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** falou sobre a campanha de  
1427 prevenção da AIDS e DSTs desenvolvido pela Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e  
1428 Farmacêuticas de São Paulo (FEQUIMFAR), por intermédio da Central Força Sindical. A propósito,  
1429 distribuiu o novo Manual da FEQUIMFAR que apresenta dicas de saúde para o trabalhador e sua  
1430 família em relação a doenças sexualmente transmissíveis. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ressaltou  
1431 a importância de promover amplo debate sobre a base da Política Brasileira de Combate a AIDS,  
1432 considerando que o país pautava-se pelo princípio da prevenção, diferente da política americana que  
1433 tinha por base os princípios da abstinência sexual, postergação da iniciação da vida sexual, fidelidade,  
1434 e, em último caso, utilização de preservativos. Em respostas às intervenções, o Coordenador da Área  
1435 de DST/AIDS do Ministério da Saúde, **Alexandre Granjeiro**, informou que as estimativas sobre a  
1436 epidemia resultavam de estudo que, em virtude do alto custo, era realizado a cada dois anos. Disse que  
1437 novas estimativas estavam em processo de conclusão e, provavelmente, apontariam o número de 660  
1438 a 720 mil de pessoas vivendo com HIV. Reconheceu a importância de ampliar o debate sobre o  
1439 processo de descentralização e suas consequências, com a participação do CONASS e CONASEMS.  
1440 A propósito, ressaltou o avanço no que diz respeito à sistemática de pactuação e definição de  
1441 atribuições entre as três esferas de governo, contudo, reconheceu que seria necessário avançar em  
1442 relação aos aspectos de implementação da descentralização. Além disso, enfatizou a importância de  
1443 definir instrumentos de avaliação e monitoramento capazes de antecipar os problemas decorrentes da  
1444 descentralização e desenvolver mecanismos de suporte e “de socorro” a estados e municípios.  
1445 Explicou que o Ministério da Saúde recentralizou a compra do insumo CD4 e carga viral, entretanto, a  
1446 gestão dos serviços ainda era de responsabilidade de estado e municípios. Sobre a “desqualificação  
1447 dos serviços”, disse que, ao iniciar o processo de descentralização, houve um abrandamento do quadro  
1448 clínico da AIDS, com isso, os gestores não mantiveram os investimentos na área de serviços,  
1449 resultando no estrangulamento do setor. Frente a esse quadro, lembrou que o Ministério da Saúde iria  
1450 disponibilizar R\$ 10 milhões a estados e municípios, visando investimento em infra-estrutura e  
1451 requalificação dos serviços. Ressaltou que 52% dos recursos da Política de Incentivo deveria ser  
1452 aplicado em ações de promoção e fortalecimento institucional. Enfatizou que a política do Ministério da  
1453 Saúde em relação a doenças sexualmente transmissíveis era voltada a práticas de atos seguros, com  
1454 ênfase na promoção do uso do preservativo. Reconheceu a importância da estratégia de papel de filtro  
1455 no diagnóstico da AIDS e, a propósito, informou que o Ministério da Saúde estava validando a proposta  
1456 e definindo política para sua ampliação. Explicou que o Ministério da Saúde possuía política de AIDS  
1457 para mulheres e, nessa linha, ressaltou a importância de ampliar o debate sobre o tema, com a  
1458 participação do CNS. Além disso, cumprimentou a Federação dos Trabalhadores nas Indústrias  
1459 Químicas e Farmacêuticas de São Paulo (FEQUIMFAR) pelas campanhas de prevenção da AIDS e  
1460 DSTs. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição para prestar maiores  
1461 esclarecimentos. **ITEM 08 – TRIPARTITE** – O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite,  
1462 **Cipriano Maia Vasconcelos**, apresentou informe sobre as quatro reuniões da Comissão Intergestores  
1463 Tripartite (CIT), realizadas no ano de 2004, destacando, em especial, os principais temas discutidos e  
1464 pactuados, sendo: 1) Homologação: a) situação das habilitações de municípios - a partir da  
1465 competência junho de 2004 estarão habilitados conforme a NOAS, 1707 municípios em gestão plena  
1466 de atenção básica ampliada e 203 municípios em gestão plena de sistema municipal; b) situação das  
1467 habilitações de estados – estão habilitados conforme a NOAS e recebendo os recursos do Fundo  
1468 Nacional de Saúde, 23 estados; os Estados do Pernambuco, Maranhão, Tocantins e Espírito Santo  
1469 estão se organizando para a habilitação; 2) Temas de pactuação: a) reorganização da CIT; b) diretrizes  
1470 para a Política Nacional de Saúde Bucal – a CIT aprovou o mérito da proposta e o Grupo de Trabalho

1471 continuaria a discussão do financiamento do custeio e da cobertura populacional dos Centros; **c)**  
1472 PROESF - remanejamento do saldo dos recursos do Programa – utilização de recursos PROESF na  
1473 intensificação de ações de qualificação da atenção a mulher e ao recém nascido propostas pelo “Pacto  
1474 Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”. Os recursos financeiros são provenientes  
1475 dos recursos de 18 municípios que optaram por não aderir ao PROESF, totalizando um montante de  
1476 US\$ 10 milhões, que estão previstos no Componente 1 do Proesf; **d)** Diretrizes para atenção à saúde  
1477 dos adolescentes atendidos em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, com o  
1478 objetivo de garantir e promover a atenção integral à saúde do adolescente privado de liberdade, indo ao  
1479 encontro com suas necessidades sociais e singularidades; cumprir a Constituição Federal e o Estatuto  
1480 da Criança e do Adolescente; organizar os serviços de saúde dentro dos princípios do SUS – a CIT  
1481 aprovou as diretrizes; **e)** Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que tem por  
1482 objetivo articular ações de governo e da sociedade civil, envolvendo diferentes atores sociais na  
1483 qualificação da atenção a mulheres e recém-nascidos, visando a redução da mortalidade materna e  
1484 neonatal – a CIT aprovou a proposta; **f)** Incentivo do Programa de Saúde da Família para pequenos  
1485 municípios – a partir da competência maio: atualização da base populacional dos municípios (IBGE  
1486 2003); e reajuste nos valores dos incentivos financeiros do PACS (custeio e adicional – 13º repasse). A  
1487 partir da competência julho, deverá ser implantado o incentivo à eqüidade em saúde cujo objetivo é  
1488 ampliar o acesso à saúde de populações em situação de desigualdade social, por meio da estratégia  
1489 Saúde da Família, considerando as diversidades regionais e utilizando uma política de financiamento  
1490 apoiada no princípio da eqüidade - a CIT aprovou as mudanças propostas no financiamento da atenção  
1491 básica; **g)** pequenos hospitais – a proposta de mudanças no financiamento e na contratualização dos  
1492 hospitais de pequeno porte está inserida na Reforma da Atenção Hospitalar que propõe a redefinição  
1493 do Modelo Assistencial, o redesenho do modelo organizativo, a reforma do modelo de gestão, a  
1494 reconstrução do relacionamento com o SUS, a reorientação do Ensino e da Pesquisa e a revisão dos  
1495 mecanismos de financiamento; **h)** Políticas de alta complexidade: assistência em traumato-ortopedia,  
1496 atenção ao portador de doença renal, atenção cardiovascular; **i)** Revisão da Portaria/GM nº 1399/99; **j)**  
1497 descentralização dos exames CD 4 e CD8 e carga viral de HIV, estabelecendo novo processo de  
1498 responsabilidade entre os municípios, estados e União; **k)** Alocação de recursos – apresentação de  
1499 quadro com levantamento de um conjunto de medidas do Ministério da Saúde para alocação de  
1500 recursos a partir de programas, projetos e correção da Tabela de procedimentos, bem como a projeção  
1501 do impacto nos 12 meses de 2004 – a CIT aprovou a proposta com destaques, dentre eles, redefinição  
1502 de mecanismos de alocação de recursos para estados e municípios com vistas à definição de nova  
1503 diretriz de alocação; **l)** Fluxo dos recursos de estados e municípios aos fóruns de pactuação e de  
1504 deliberação – apresentação de minuta de Portaria com o detalhamento do fluxo para os recursos aos  
1505 fóruns de pactuação e deliberação – o assunto retornou para o GT de Gestão para nova discussão pois  
1506 o CONASS e o CONASEMS sugeriram mudanças e será retomado na próxima reunião da Tripartite;  
1507 **m)** abordagem e tratamento do tabagismo na Rede SUS – Portaria propõe a ampliação do acesso ao  
1508 tratamento do tabagismo na atenção básica e média complexidade; a definição da abordagem e do  
1509 tratamento do tabagismo; a disponibilização dos materiais de apoio e medicamentos pelo MS; a  
1510 regulamentação dos aspectos operacionais pela SAS e a revogação da Portaria nº 1.575/02 – a  
1511 Portaria apresentada foi pactuada e o GT de Atenção à Saúde continuará discutindo os detalhes  
1512 operacionais da Portaria que a SAS irá elaborar; e **n)** financiamento dos procedimentos cirúrgicos de  
1513 média complexidade, que possui como objetivos: identificar a demanda reprimida e reduzir as filas de  
1514 espera por procedimentos cirúrgicos eletivos, possibilitando a organização local do sistema e a  
1515 ampliação, se necessário, da oferta destes serviços; organizar os fluxos de referência e contra  
1516 referência para procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, estabelecendo saldo  
1517 organizativo da rede; e dar autonomia ao gestor local e estadual para definição dos procedimentos  
1518 cirúrgicos eletivos a serem realizados com recursos extra teto, co-responsabilizando-os pelo controle e  
1519 avaliação da execução destes procedimentos - não houve pactuação e o assunto retornou para o GT  
1520 de Atenção à Saúde para ser discutido na próxima CIT. Por fim, o Coordenador da CIT informou que a  
1521 próxima reunião da Tripartite ocorreria no dia 17 de junho de 2004. Além disso, ressaltou a importância  
1522 de pautar debate sobre relação do Conselho com a Tripartite e a Bipartite. Conselheira **Gyselle Saddi**  
1523 **Tannous** enfatizou a importância de melhor articulação do Controle Social com a Tripartite, visando,  
1524 entre outros aspectos, discutir a não implementação de programas descentralizados por falta de  
1525 comprometimento dos gestores estaduais e municipais. A propósito, sugeriu que fosse agendada  
1526 reunião conjunta do CNS e da Tripartite para discutir a descentralização dos programas federais.  
1527 Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** chamou a atenção para o fato de as resoluções do Controle  
1528 Social não serem consideradas no processo de pactuação. A propósito, disse que seria necessária uma  
1529 discussão por parte do Ministério da Saúde sobre a operacionalização das deliberações das instâncias  
1530 de Controle Social. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que em  
1531 reunião realizada no dia 27 de abril de 2004 com representantes do Ministério da Saúde, da Tripartite e

1532 do CNS foi acordado, entre outros aspectos, que as pautas do Ministério da Saúde seriam organizadas  
1533 de forma a serem apreciadas primeiro pelo CNS e, em seguida, pela Tripartite. Disse que, apesar do  
1534 acordo, não foi possível seguir a metodologia para as reuniões de maio e junho de 2004, contudo, a  
1535 CCG tentaria organizar as pautas de discussão das próximas reuniões do CNS a partir dessa  
1536 metodologia. Além disso, sugeriu que o GT de Normatização do CNS se reunisse no mês de junho para  
1537 discutir temas como a descentralização; controle, avaliação e monitoramento do SUS; e avaliação de  
1538 recursos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** propôs que fosse pautado debate sobre a dificuldade  
1539 enfrentada por cidades menores na atenção básica no que diz respeito à pontuação de serviços. O  
1540 Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite, **Cipriano Maia Vasconcelos**, ressaltou que o modelo  
1541 de alocação de recursos (normatização, habilitação, PPI) teve papel importante na organização do  
1542 arcabouço institucional do SUS, no entanto, mostrava-se esgotado em muitos aspectos. A propósito,  
1543 disse que a proposta do Ministério da Saúde era substituir o modelo de alocação de recursos com base  
1544 em procedimentos por uma alocação com base nas necessidades verificadas, capacidade de oferta e  
1545 recursos disponíveis. Além disso, ressaltou que o Ministério da Saúde estava revendo a normatização,  
1546 com definição das responsabilidades dos três entes federados. Ressaltou que a CIT e as CIBs eram  
1547 instâncias criadas com o objetivo de pactuar acordo entre gestores para implementação de propostas e  
1548 projetos, assim, não tinha capacidade de fazer cumprir determinadas questões do SUS, considerando  
1549 que era necessário acordo. Nessa linha, destacou que estava em debate novo pacto de gestão, com  
1550 redefinição de responsabilidades e compromissos e definição de mecanismos para avaliá-lo. A  
1551 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, agradeceu o Coordenador da Comissão  
1552 Intergestores Tripartite, **Cipriano Maia Vasconcelos**, pelo informe e informou que a CCG, ao definir a  
1553 pauta da próxima reunião do CNS, reservaria espaço para apresentação do informe da CIT e tentaria  
1554 pautar as questões que seriam discutidas na Comissão. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**  
1555 aproveitou a oportunidade para pedir esclarecimentos à Secretaria-Executiva do CNS sobre os crachás  
1556 dos Conselheiros, o decreto que iria propor ajuda de custo para os Conselheiros e os  
1557 encaminhamentos da Plenária de Conselhos previstos para o mês de junho de 2004. A Secretaria-  
1558 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que a exposição de motivos do decreto estava  
1559 em fase de elaboração e os crachás, provavelmente, seriam distribuídos na próxima reunião. A  
1560 propósito da Plenária de Conselhos, ressaltou que seria necessário concluir o relatório e divulgá-lo.  
1561 **ITENS EXTRA PAUTA: I. APROVAÇÃO DE ATAS** – a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida**  
1562 **da Cruz**, colocou em votação as Atas da 139ª Reunião Ordinária, da 140ª Reunião Ordinária, da 141ª  
1563 Reunião Ordinária e da 142ª Reunião Ordinária. **Não havendo destaques, as Atas foram aprovadas**  
1564 **com uma abstenção. II. INFORME SOBRE A CHAMADA “OPERAÇÃO VAMPIRO”** – O Secretário-  
1565 Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner**, compareceu à reunião do CNS para prestar  
1566 esclarecimentos ao Colegiado sobre a “Operação Vampiro”, deflagrada pela Polícia Federal com o  
1567 objetivo de investigar irregularidades no processo de licitação de hemoderivados. Conforme solicitação  
1568 do Colegiado, a fala do Secretário-Executivo consta, na íntegra, em ata. Secretário-Executivo do  
1569 Ministério da Saúde, **Gastão Wagner** – “Bom-dia Conselheiros e Conselheiras. Creio que o Ministro já  
1570 apresentou ao Conselho informe sobre a chamada “Operação Vampiro” e acredito que os conselheiros  
1571 têm acompanhado as notícias pela imprensa. Farei um breve resumo sobre o caso para que possamos  
1572 ouvir os Conselheiros, prestar esclarecimentos e construir proposta de atuação. O Governo do  
1573 Presidente **Lula** tem como importante diretriz o combate à corrupção, à lavagem de dinheiro e ao crime  
1574 organizado, tanto no espaço público quanto no privado. Ao contrário do raciocínio simplista, embora  
1575 parcialmente verdadeiro, que atribui o grau de criminalidade e corrupção existente no Brasil apenas ou,  
1576 principalmente, a miséria ou a má distribuição de renda – um dos fatores que criam um exército reserva  
1577 para o narcotráfico e para uma série de formas violentas – o crime vai além disso. O crime está muito  
1578 ligado à ideia de privatização do Estado, uma prática antiga das elites brasileira que acreditam que o  
1579 Estado deve estar a serviço de grupos privados e particulares. Isso vem acontecendo de várias formas,  
1580 ao longo da história brasileira. Dentro desse contexto, sob a coordenação do Ministério da Justiça, com  
1581 apoio e estímulo do Presidente **Lula**, tem sido desencadeada uma série de ações contra a lavagem de  
1582 dinheiro, fraudes na Previdência Social, entre outras. Desde março de 2003, em função de uma  
1583 licitação de hemoderivados, havia fortes evidências de fraude e formação de cartel entre empresas  
1584 para impor preços nas concorrências e licitações. O Ministério Público brasileiro vinha acompanhando o  
1585 problema de formação de cartel e corrupção no SUS há vários anos. O Ministro da Saúde se propôs a  
1586 colaborar com o Ministério Público e encaminhou as denúncias à Polícia Federal. Posteriormente, em  
1587 setembro de 2003, voltamos a receber uma série de denúncias de tráfico de influências e vazamento de  
1588 informação sigilosa, que foram também encaminhados à Polícia Federal, inclusive, com alguns nomes  
1589 de lobistas que agora estão presos. A Polícia Federal desencadeou uma operação bastante sigilosa  
1590 que resultou na descoberta de rede de corrupção, verdadeira linha de produção de técnica de  
1591 marketing, de técnica gerencial que começa nas empresas. Há uma série de conhecidas empresas da  
1592 indústria farmacêutica que recrutam e nomeiam representantes que induzem e corrompem funcionários

1593 do Ministério da Saúde. Essa rede é composta por lobistas intermediários, profissionais que trabalham  
1594 no ramo há muitos anos, com a conivência de funcionários corruptos do Ministério da Saúde, alguns de  
1595 carreira e outros de confiança. Essa rede moderna não busca mais se apropriar de dinheiro dos cofres  
1596 públicos, desviar medicamentos; trabalha na linha do superfaturamento, nas compras e licitações. A  
1597 capacidade de aliciamento e corrupção dessa rede é muito grande. Todos têm acompanhado as  
1598 notícias pela imprensa. O representante oficial da Baxter é um dos suspeitos que está com a prisão  
1599 decretada novamente. Ele ficou preso vários dias. O representante não apenas recrutou funcionários  
1600 para entrar com ações contra o Ministério da Saúde, mas também financiou e pagou representantes de  
1601 associações de usuários. É uma rede que tenta usar a construção que fizemos do SUS na área pública,  
1602 na área de usuários, em função de interesses particulares e, às vezes, com discursos moralizantes, de  
1603 direitos etc. Dentre as pessoas envolvidas há alguns servidores que foram nomeados para cargos de  
1604 confiança. O Presidente **Lula**, o Ministro da Justiça, o Ministro Interino e eu, fomos comunicados pela  
1605 Polícia Federal do resultado da operação após o desencadeamento da mesma, nem o Presidente da  
1606 República sabia quem estava envolvido no esquema e quem tinha sido preso. A Polícia Federal armou  
1607 um sistema de vigilância, de gravação de conversas telefônicas, com autorização judicial. Vários  
1608 lobistas foram acompanhados durante seis a oito meses. A partir disso, acumulou-se material bastante  
1609 substancial que forma a base do processo. Há evidências materiais concretas contra algumas pessoas  
1610 envolvidas. Algumas delas foram presas. Além disso, foram solicitados indiciamentos, primeiramente  
1611 com a prisão temporária e atualmente com a prisão preventiva. Há também uma série de pessoas que  
1612 não foram presas, mas estão com indiciamento indicado. Depois de mandado de busca e apreensão,  
1613 os bens e as contas bancárias foram bloqueados. Quando fomos informados dos fatos, o Presidente  
1614 orientou os Ministérios da Justiça e da Saúde para que fossem tomadas as providências políticas e  
1615 administrativas necessárias, sem cometer injustiças, e que fosse dada a maior transparência possível  
1616 aos fatos, independente de quem estivesse envolvido. No mesmo dia em que recebemos a notícia da  
1617 operação exoneramos todos os cargos de confiança envolvidos, ainda que o julgamento não tivesse  
1618 ocorrido. As 25 pessoas afastadas do Ministério estavam envolvidas em algum tipo de evidência de  
1619 indiciamento e provas acumuladas. Tomamos essas medidas e tratamos de aperfeiçoá-las ao longo  
1620 desses dez dias. Fizemos intervenção na área de compras e financeira do Ministério. As 25 pessoas  
1621 exoneradas eram chefes da área de compras e logística. Adotamos medidas para tornar obrigatória e  
1622 universal a adoção do sistema de pregão presencial ou eletrônico para todas as compras da área de  
1623 Saúde. O sistema de pregão presencial é como um leilão invertido: divulgamos o objeto da licitação  
1624 antecipadamente, as pessoas se inscrevem e participam do leilão. O pregão eletrônico é mais  
1625 transparente ainda porque é todo feito via Internet. Empresas que não têm representantes em Brasília  
1626 podem inscrever-se e participar, além disso, podem estar cadastradas no Ministério sem ter que refazer  
1627 o cadastramento. Estamos implementando essa ação junto com o Ministério do Planejamento e  
1628 adotando essa estratégia para todos os órgãos do Ministério. O Ministro assinou Portaria tornando  
1629 rotativo o cargo nas comissões de licitação. Os funcionários poderão ficar, no máximo, de seis meses a  
1630 um ano na comissão. Criamos uma comissão de auditoria interna no Ministério para analisar todos os  
1631 processos de compra porque há evidências de que houve problemas não apenas em hemoderivados.  
1632 Nós já encontramos sinais de superfaturamento na compra de insulinas e indícios de formação de  
1633 cartel. Havia uma orientação da Secretaria Executiva Técnica e da Assessoria Jurídica para fazer a  
1634 licitação internacional. O grupo da logística fez a licitação nacional e possui fornecedor só pagando  
1635 preço acima do mercado. Há também evidências de fraude em licitações de preservativos. Assim,  
1636 anulamos a última licitação. Havia uma verdadeira guerra interna no Ministério. Nós anulamos 22 das  
1637 26 licitações das compras emergenciais das enchentes, fora do grupo da logística. Não sabíamos que  
1638 havia uma quadrilha montada, mas percebia-se que havia problemas de superfaturamento. Estamos  
1639 tomando uma série de medidas. A investigação policial continua e vamos continuar o processo. O  
1640 Governo tomou a decisão de, além de perseguir os culpados, fornecer provas e apoiar o Ministério  
1641 Público e a Polícia Federal. Estamos levantando evidências para entrar com pedido de indenização civil  
1642 contra as empresas envolvidas. Solicitaremos o recurso desviado de volta, tanto das empresas de  
1643 hemoderivados quanto de insulinas. Há uma secretaria do Ministério da Justiça encarregada de tratar  
1644 da questão. Tudo será feito com informações que estamos levantando. O Governo vai abrir uma série  
1645 de ações judiciais e, caso seja comprovada carterização, monopolização ou superfaturamento,  
1646 tentaremos repor os recursos. Também solicitamos auditoria à Controladoria Geral da União de todos  
1647 os processos de compra realizados não apenas da gestão atual, mas nos cinco anos anteriores, não só  
1648 de hemoderivados. O Ministro **Valdir Pires** colocou uma equipe de vinte pessoas (analistas,  
1649 contabilistas, economistas e técnicos) que, em apoio à auditoria interna, estão realizando análise  
1650 aprofundada no sistema. Nós temos a preocupação de que a mudança de pessoal, as intervenções, as  
1651 mudanças administrativas não impliquem na interrupção do funcionamento. Para isso, já retomamos as  
1652 compras. Estamos realizando nova licitação internacional. Fizemos a recomposição do nosso estoque  
1653 para as áreas prioritárias, de prevenção de DST, AIDS, empréstimos de estados e outros, com apoio de

1654 várias instituições, inclusive, privadas. Mesmo com o pregão eletrônico nós levamos cerca de 45 dias  
1655 entre realizar e receber os insumos. Estamos trabalhando para que não ocorra interrupção das  
1656 compras de medicamentos e produtos e dos serviços. Creio que seja importante compartilhar  
1657 informações com o Conselho Nacional da Saúde. Essa rede de corrupção, de superfaturamento  
1658 atravessou vários governos e chegou ao atual. Nós levamos mais de um ano para desmontá-la. Temos  
1659 grande preocupação no sentido de evitar a partidarização, a culpabilização de pessoas sem evidências,  
1660 seja de ex-governantes, governantes atuais ou funcionários. O processo está correndo em segredo de  
1661 justiça, mas boa parte das gravações realizadas durante oito meses foi divulgada. Nas gravações são  
1662 citadas pessoas, com tentativa de envolvimento. Essas citações não são provas de crimes, mas de que  
1663 trabalhamos no Ministério da Saúde. O Ministro da Saúde fez questão de divulgar toda sua agenda na  
1664 qual consta que ele recebeu alguns dos presos ao longo do ano passado e desse ano, mas como  
1665 representantes oficiais de empresas. Um dos representantes presos apresentou-se com o  
1666 representante oficial da Baxter para falar com o Ministro. Eles não se apresentaram como fraudadores  
1667 ou lobistas. A agenda do Ministro da Saúde é pública. Precisamos ser firmes e, ao mesmo tempo, não  
1668 pré-julgar ninguém, pois se trata de uma situação bastante delicada. Temos tido a preocupação de  
1669 tomar uma série de deliberações importantes e creio que temos nos conduzido de forma firme e  
1670 imparcial. Estamos fornecendo informação, inclusive, de pessoas que ocuparam cargo de confiança do  
1671 atual Governo. Na medida que as informações começaram a ser divulgadas em pequenas porções à  
1672 imprensa, a possibilidade de partidarização e uso político das notícias aumentaram bastante. A  
1673 partidarização não é interessante para ninguém já que o nosso objetivo é defender o recurso público e  
1674 moralizar as instituições públicas. Creio que esse momento de debate com o Conselho é importante,  
1675 pois nos possibilitar refletir. Temos muito orgulho do Sistema Único de Saúde, do sistema de gestão  
1676 que criamos com o controle social descentralizado e pontuação entre os gestores. Apesar de tudo,  
1677 teremos que fazer mais, pois não foi suficiente. Estamos tomando as medidas cabíveis no âmbito da  
1678 gestão federal para dificultar a ação da cadeia de corrupção. Creio que todos aqui estão fazendo uma  
1679 reflexão sobre o papel do controle social. Como o controle social pode dificultar a utilização privada,  
1680 partidarizada, lobista do recurso público? Como o controle social pode acompanhar o gestor de forma  
1681 mais eficiente? Nós nos preocupamos, principalmente no Conselho Nacional de Saúde, com a  
1682 macroeconomia da saúde, no entanto, teremos que nos preocupar com a microeconomia também, com  
1683 atenção para os processos de compra, de licitação e execução do orçamento. Nós não podemos deixar  
1684 tudo na mão do gestor. Precisamos ter apoio da sociedade civil para realizar o movimento de  
1685 democratização da gestão. Acredito que esses fatos nos obrigam a refletir sobre o aperfeiçoamento do  
1686 SUS. Esse cálculo de R\$ 2 bilhões foi uma estimativa feita pela imprensa a partir da queda do preço de  
1687 hemoderivados no ano de 2003. A partir da mudança para realização de pregão eletrônico, de novo  
1688 fracionamento, nós economizamos em torno de R\$ 300 milhões. Compramos a mesma quantidade de  
1689 hemoderivados de 2002, sem mudar o preço internacional e, ainda assim, gastamos menos. Alguns  
1690 especialistas da área de sangue afirmaram que isso ocorreu em virtude da queda do preço, no caso da  
1691 engenharia genética. Isso não é verdade. A engenharia genética apareceu, mas verifica-se mudança de  
1692 42% no mercado internacional de preços...interrupção...pois o esquema vem desde o Governo Collor,  
1693 mas não incluía o fator VIII ou IX, que começou a ser comprado em quantidade importante em 1997 e  
1694 1998. Apesar de ter sido evidenciado problemas no setor de hemoderivados, o grupo já atuava em  
1695 outros setores. O pessoal de compras de DST/AIDS também estava envolvido. A Coordenadora foi  
1696 presa e demitida do Ministério da Saúde. Há ramificações na ANVISA e alguns funcionários estão  
1697 presos. Demitimos toda área de compra, de licitação e logística da ANVISA. Esse é o contexto que  
1698 estamos vivenciando e atuando com firmeza. Ontem, o Presidente Lula voltou a conversar com o  
1699 Ministro da Saúde para dizer que devemos manter o mesmo rumo, na linha que acabei de relatar.  
1700 Essas são as considerações que gostaria de fazer. Estou à disposição para prestar esclarecimentos e  
1701 discutir a questão." Conselheira **Maria Luiza Jaeger** informou que as Notas do Ministério da Saúde em  
1702 relação ao processo seriam encaminhadas aos endereços eletrônicos dos Conselheiros para que  
1703 acompanhassem o processo. Conselheiro **Jouglas de Abreu Bezerra**, Presidente da Federação  
1704 Brasileira de Hemofilia, manifestou o apoio da população hemofílica às medidas do Ministério da Saúde  
1705 referentes a irregularidades no processo de licitação de hemoderivados. Informou que, ao contrário de  
1706 notícia divulgada em jornal, não havia usuário envolvido nas irregularidades verificadas. Explicou que  
1707 um pai de hemofílico, à época Vice-presidente da Federação Brasileira de Hemofilia, ajuizou ação em  
1708 nome pessoal, atitude não foi aceita pela Federação que decidiu, por unanimidade, não reconduzi-lo ao  
1709 cargo. Cumprimentou o Ministério da Saúde pela indicação do Doutor **João Paulo Araújo** para tratar das  
1710 questões relativas aos hemofílicos. Por outro lado, mostrou preocupação com o fato de não ter sido  
1711 realizada licitação para compra de hemoderivados e, nessa linha, perguntou quais seriam as medidas  
1712 do Ministério da Saúde para evitar a falta de hemoderivados e outros insumos. Questionou, ainda,  
1713 como seria feita a aplicação do montante de recursos resultante da diminuição dos gastos com a  
1714 importação de hemoderivados. Por fim, pediu maiores esclarecimentos sobre a Hemobrás, em especial

1715 no que diz respeito à compra de hemoderivados, em virtude o Brasil não possuir tecnologia necessária  
1716 à sua produção. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga**, em nome da Confederação Nacional dos  
1717 Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS), parabenizou o Ministério da Saúde pelas iniciativas  
1718 transparentes na condução e enfrentamento das denúncias. Afirmou que a CNTSS apoiava as  
1719 investigações e defendia a punição dos responsáveis pelo desvio e/ou má versação de recursos  
1720 públicos. Por outro lado, disse que seria importante garantir a todos os funcionários citados no processo  
1721 o direito da ampla defesa, conforme disposto em lei. Além disso, ressaltou a importância de o CNS  
1722 acompanhar, além da execução orçamentária, os processos de compras e licitações do Ministério da  
1723 Saúde. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** manifestou o apoio da CONTAG às iniciativas do  
1724 Ministério da Saúde em relação às denúncias de irregularidades no processo de licitação dos  
1725 hemoderivados o que, na sua opinião, ilustrava o compromisso do governo com a moralização e  
1726 democratização do país. Conselheira **Vera Lúcia M. Vita** sugeriu que representações de usuários  
1727 participassem do acompanhamento do processo de licitação para compras de medicamentos e  
1728 insumos do Ministério da Saúde. Conselheiro **Moisés Goldbaum**, em nome da Associação Brasileira de  
1729 Pós-graduação e Saúde Coletiva (ABRASCO) e Sociedade Brasileira de Progresso da Ciência,  
1730 associou-se às manifestações de apoio às iniciativas do Ministério da Saúde. Chamou a atenção para o  
1731 processo de fortalecimento da democratização manifestado na posição dos representantes do  
1732 Ministério da Saúde e de defesa dos interesses da sociedade brasileira, evitando a partidarização.  
1733 Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira** manifestou o apoio dos Movimentos Populares ao Ministério da  
1734 Saúde no enfrentamento da situação. Além disso, enfatizou a necessidade do acompanhamento do  
1735 processo de licitações do Ministério da Saúde, por parte das instâncias de Controle Social. Conselheira  
1736 **Gysélle Saddi Tannous** também cumprimentou o Ministério da Saúde pelas iniciativas tomadas no  
1737 enfrentamento do problema. Comentou sobre as medidas do Ministério da Saúde para controle e  
1738 transparéncia, destacando em especial a criação de Comissão Permanente de Auditoria Interna para  
1739 analisar os processos licitatórios realizados, considerando o indício de superfaturamento em outros  
1740 setores. A propósito, sugeriu que a Comissão fosse composta de forma mista, garantindo-se a  
1741 participação direta do Controle Social. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** manifestou o apoio da  
1742 Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS), da Central Única dos  
1743 Trabalhadores e da Sociedade Civil Organizada ao Governo e reivindicou que o processo de  
1744 investigação fosse estendido aos demais setores do Governo. Além disso, propôs que fosse elaborada  
1745 nota manifestando o apoio do CNS ao Ministério da Saúde na apuração dos fatos. Conselheira **Solange**  
1746 **Gonçalves Belchior** endossou a intervenção do Conselheiro **Francisco Batista Júnior** e destacou que a  
1747 representação dos trabalhadores vinha há algum tempo denunciando irregularidades nos processos de  
1748 licitações. Teceu comentários sobre os processos de licitações realizados no setor saúde, destacando  
1749 que aqueles realizados nos estados e municípios também apresentavam irregularidades. Defendeu a  
1750 realização de licitações públicas, o revezamento dos membros das comissões de licitações e a  
1751 divulgação das licitações públicas de todos os setores. Além disso, ressaltou a importância de se  
1752 manter a equipe de apuração das irregularidades até o final do processo de investigação. Por fim,  
1753 solicitou que o Ministério da Saúde mantivesse o CNS informado de todos as medidas adotadas para  
1754 apurar os fatos. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** registrou o apoio irrestrito da ACELBRA ao  
1755 Governo no que diz respeito às iniciativas adotadas visando a apuração dos fatos. Por outro lado,  
1756 sinalizou a falta de políticas do Ministério da Saúde voltadas à pessoa portadora de doença celiaca e,  
1757 nessa linha, solicitou maior atenção do Governo. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** também  
1758 manifestou o apoio da Confederação Nacional dos Moradores às iniciativas do Ministério da Saúde.  
1759 Conselheira **Rosane Maria N. da Silva** registrou também o apoio do Fórum de Entidades dos  
1760 Trabalhadores (FENTAS) às medidas do Ministério da Saúde para apuração das denúncias. Além  
1761 disso, ressaltou a importância de divulgação das conclusões do processo na grande imprensa. Por  
1762 solicitação, a fala do Conselheiro **André Luiz de Oliveira** consta, na íntegra, em Ata – “Gostaria de  
1763 cumprimentar a Mesa e dizer que fui contemplado pelas falas que me antecederam. No entanto,  
1764 gostaria de destacar alguns aspectos. Esse é um problema herdado e acredito que outros setores  
1765 também estejam comprometidos. Logo, teremos de nos preparar para enfrentar tal situação. É  
1766 necessário que as medidas adotadas sejam transparentes para que o Ministério da Saúde continue  
1767 tendo o apoio da comunidade e da sociedade civil, que é muito importante. Em nome da CNBB e das  
1768 Pastorais, manifesto apoio às medidas de controle e transparéncia adotadas. Acredito que a falta de  
1769 assessoria da COFIN/CNS prejudicou o acompanhamento e monitoramento desse processo. Também  
1770 gostaria de manifestar apoio à proposta de comissão de auditoria mista. Eu tenho apenas uma queixa,  
1771 enquanto Conselheiro. Nós estávamos bastante apreensivos e desejávamos ouvir o Ministro da Saúde.  
1772 Lamento que isso não tenha sido possível, em virtude de outros compromissos. É importante que o  
1773 Ministro da Saúde saiba do apoio total e irrestrito do Conselho ao Ministério da Saúde. Era isso que eu  
1774 gostaria de dizer.” Conselheiro **Gianni Franco Samaja** parabenizou o Ministério da Saúde, em nome da  
1775 Confederação Nacional da Indústria (CNI), pelas iniciativas adotadas, ressaltando a necessidade de

que fosse o início de um processo de grande mudança. Chamou a atenção ainda para a necessidade de aprofundar as investigação para identificar e punir aqueles realmente responsáveis. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que seriam distribuídas aos Conselheiros as Notas encaminhadas à imprensa do Ministério da Saúde sobre a questão. O Representante do Ministério da Saúde, **João Paulo**, fez uso da palavra para agradecer as menções de apoio ao Ministério da Saúde e à sua pessoa e falar sobre a atenção do Ministério da Saúde com o abastecimento dos fatores de coagulação. Nessa linha, informou que nos próximos dias o Ministério da Saúde realizaria “pregão” para compra de 71 milhões de unidades de fator VIII. Além disso, afirmou que no final da semana o Ministério da Saúde receberia aproximadamente 18 milhões de unidades de fator VIII que seriam distribuídas no início da semana subsequente. Explicou que tais iniciativas garantiriam o abastecimento de concentrados de fator VIII até o mês de setembro de 2004 e o abastecimento se normalizaria com a licitação que seria realizada nos próximos 15 dias. Informou ainda que o Ministério da Saúde receberia aproximadamente 4 milhões de unidades de fator IX. Em relação à aplicabilidade dos recursos oriundos da diminuição dos custos com a importação de hemoderivados, explicou que se buscaria aumentar a cota de unidades de fator/ano por hemofílico que passaria de 30 para até 40 mil unidades. Além disso, disse que estavam sendo concluídos os estudos de implantação da profilaxia primária para pacientes hemofílicos. Em relação a Hemobrás, explicou que o Ministro da Saúde editou Portaria convocando comissão para estudar a implantação da Hemobrás, visando a capacitação e incorporação de tecnologias. Conselheiro **Antônio Alves** manifestou satisfação com o apoio do Colegiado do CNS às medidas adotadas pelo Ministério da Saúde. Destacou a amplitude do esquema de corrupção que atingia outros setores e esferas de gestão. Nesse sentido, ressaltou a importância da participação do Conselho Nacional da Saúde e das entidades que o compõem na luta desencadeada pelo Ministério da Saúde. O Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner**, agradeceu e ressaltou a importância das manifestações de apoio do Plenário do CNS às medidas adotadas pela gestão do Ministério da Saúde na apuração dos fatos. Reafirmou o compromisso do Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, com o CNS e justificou a sua ausência em virtude de negociações com as representações sindicais e debate sobre a EC nº 29. Ressaltou que os processos de compras realizados pelo Ministério da Saúde seriam divulgados na página do Ministério da Saúde, visando a universalização das informações. Enfatizou a importância da participação do Controle Social no debate de políticas do Ministério da Saúde e, nessa linha, endossou a proposta de incluir representante do Conselho na Comissão Permanente de Auditoria do Ministério da Saúde. Ressaltou que o Ministério da Saúde estava definindo projetos visando a melhoraria do SUS e ampliação da sua capacidade de avaliação, controle e monitoramento das ações de saúde desenvolvidos em estados e municípios. Por fim, comprometeu-se a criar canal de negociação com a SAS em relação aos doentes celíacos. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** reafirmou a posição do Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, e do Presidente **Luiz Inácio Lula da Silva** de concluir a apuração dos fatos na esfera federal, bem como nos estados e municípios. Nesse sentido, informou que seria feita análise da situação dos medicamentos excepcionais adquiridos pelos estados, a fim de identificar problemas já existentes. Além disso, reforçou a importância da participação do Controle Social no processo. Por fim, assumiu o compromisso de manter os Conselheiros do CNS informados sobre o processo, com envio de notas e documentos editados pelo Ministério da Saúde. A propósito do tema, o Plenário aprovou os seguintes encaminhamentos: 1) elaborar nota de apoio do CNS às ações do Ministério da Saúde no que diz respeito aos indícios de irregularidades no processo de compras (Responsáveis: Conselheiros **Augusto Alves do Amorim**, **Alexandre de Oliveira Fraga** e **Francisco Batista Júnior**) para ser encaminhada à imprensa; 2) apresentar ao Ministério da Saúde a proposta de compor a Comissão Permanente de Auditoria Interna de forma mista, garantindo-se a participação de representante do CNS; 3) definir forma de divulgação das informações sobre as licitações para compra de medicamentos e insumos, por parte do Ministério da Saúde; e 4) elaborar proposta de comissão permanente do CNS para acompanhamento e fiscalização do processo de compras e licitações do Ministério da Saúde para ser apresentada ao Plenário. Definidos esses pontos, a Secretaria-Executiva do CNS consultou o Plenário sobre o encaminhamento a ser dado em relação a Hemobrás, considerando que o Ministério da Saúde constituiria comissão para acompanhar a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** sugeriu que os Conselheiros retomassem o debate sobre a participação de representantes do CNS nas comissões do Ministério da Saúde e nessa discussão se tratasse da participação no GT a ser criado pelo Ministério da Saúde para acompanhamento da Hemobrás. Conselheira **Zilda Arns Neumann** chamou a atenção para a baixa execução orçamentária do Programa de Sangue e Hemoderivados, evidenciada no decorrer de vários anos. Nesse sentido, reforçou a necessidade de discutir a execução orçamentária do Ministério da Saúde, em especial dos programas com baixa execução orçamentária, garantindo-se a participação dos responsáveis por essas áreas. Além disso, ressaltou a importância de definição de plano de carreiras e salários para o Ministério da Saúde, o que na sua concepção, contribuiria para evitar a corrupção no funcionalismo público.

1837 Conselheiro **Jouglas de Abreu Bezerra** informou que a Federação Brasileira de Hemofilia reivindicaria  
1838 vaga na Comissão do Ministério da Saúde responsável por acompanhar a Política Nacional de Sangues  
1839 e Hemoderivados. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que fosse pautado debate sobre as  
1840 auditorias do Ministério da Saúde em estados e municípios, com convite ao coordenador do processo  
1841 de auditorias para participar da discussão. A proposta foi incluída como pontos pendentes a serem  
1842 tratados nas próximas reuniões do CNS. Definido esse ponto, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**  
1843 **Aparecida da Cruz**, agradeceu ao Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Gastão Wagner**, pelos  
1844 esclarecimentos prestados e encerrou a discussão do item. No segundo dia de reunião a Secretaria-  
1845 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou a proposta de Nota de Apoio do CNS às  
1846 ações do Ministério da Saúde no enfrentamento das irregularidades no processo de licitação de  
1847 medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu a  
1848 inclusão de trecho manifestando o apoio ao Ministério da Saúde na pessoa do Ministro **Humberto**  
1849 **Sérgio Costa Lima**. Considerando o adendo, a Nota de Apoio foi aprovada por unanimidade. III.  
1850 **INFORMES DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/CNS)** – Conselheiro **Willian Saad**  
1851 **Hossne** lembrou que o CNS, antes de iniciar o processo de elaboração das normas éticas de  
1852 pesquisas com seres humanos, definiu áreas temáticas que, por sua complexidade e por não haver  
1853 experiência no país, deveriam ser analisadas pelos comitês de éticas locais e pela CONEP/CNS,  
1854 sendo: novos medicamentos, vacinas e insumos; projetos de cooperação estrangeira; reprodução  
1855 humana; pesquisas com povos indígenas; biosegurança, projetos com novos procedimentos e genética  
1856 humana. Ressaltou que, além da Resolução nº 196/96 (Diretrizes e Normas de Regulamentadoras de  
1857 Pesquisas envolvendo Seres Humanos) a CONEP/CNS apresentou normas complementares para as  
1858 áreas temáticas especiais de novos medicamentos, vacinas e insumos; projetos de cooperação  
1859 estrangeira; reprodução humana; e pesquisas com povos indígenas. Explicou que, em virtude do  
1860 crescimento do número de projetos com genética humana, a CONEP/CNS apresentou proposta de  
1861 Resolução com diretrizes para análise ética e tramitação dos projetos de pesquisas da área temática de  
1862 genética humana. Ressaltou que a minuta era resultado do trabalho da CONEP/CNS desenvolvido ao  
1863 longo de um ano, de debate com geneticistas e consulta à Sociedade Brasileira de Genética e à  
1864 Sociedade Brasileira de Genética Clínica. Propôs que os Conselheiros analisassem a minuta de  
1865 Resolução para ser votada na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** perguntou  
1866 sobre os resultados da audiência pública com o Deputado **Rafael Guerra** para discutir pesquisas  
1867 envolvendo seres humanos que ocorreu no período da manhã, no Congresso Nacional. Além disso,  
1868 manifestou preocupação com a possibilidade de se retirar a CONEP/CNS do âmbito do Conselho e  
1869 incluí-la no Ministério de Ciência e Tecnologia. Conselheiro **Willian Saad Hossne** explicou que  
1870 apresentou o trabalho da CONEP/CNS na audiência pública e defendeu a manutenção da Comissão no  
1871 âmbito do CNS, sob a justificativa de que se trata de uma comissão do Controle Social. Ressaltou,  
1872 ainda, que o Deputado **Rafael Guerra** assumiu o compromisso de não concluir a avaliação do Projeto  
1873 sem discutir previamente com o Plenário do CNS. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida**  
1874 **da Cruz**, explicou que a minuta de Resolução sobre genética humana ficou sob consulta durante um  
1875 mês na página CNS e recebeu sugestões. A propósito, sugeriu que os Conselheiros tomassem  
1876 conhecimento da minuta e apresentassem contribuições, para ser submetida à votação na próxima  
1877 reunião do CNS. Ressaltou que a CONEP/CNS era uma Comissão ligada ao CNS, entretanto, sugeriu  
1878 que fosse feita solicitação ao Ministério da Saúde de posicionamento oficial sobre a questão.  
1879 Conselheira **Noemy Yamaguishi Tomita** explicou que o Deputado **Rafael Guerra**, relator do Projeto de  
1880 Lei nº 3473/03, de autoria do Deputado **Colbert Martins**, que trata sobre pesquisa envolvendo seres  
1881 humanos, assumiu o compromisso de realizar outras audiências para ouvir as posições de outros  
1882 setores sobre o tema. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou à Secretaria-Executiva do CNS  
1883 que requeresse à *TV Senado* cópia da fita da audiência pública sobre a utilização de células-tronco  
1884 para fins terapêuticos, realizada no dia anterior, para disponibilizar às entidades que compõem o CNS.  
1885 A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que deveria ser pautado debate  
1886 no Conselho sobre o papel do Controle Social e do Estado nas pesquisas com seres humanos.  
1887 **ENCERRAMENTO:** Nada mais havendo a tratar, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**  
1888 **Cruz**, encerrou os trabalhos da 143ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes  
1889 Conselheiros: *Aos dois dias do mês de junho do ano de dois mil e quatro: Alexandre de Oliveira Fraga,*  
1890 *André Luiz de Oliveira, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Clóvis A. Boufleur,*  
1891 *Crescêncio Antunes da S. Neto, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Francisco das*  
1892 *Chagas D. Monteiro, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, Gianni Franco Samaja, Gilca Starling*  
1893 *Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, Irineu Messias de Araújo, João Donizetti*  
1894 *Scaboli, Jorge Nascimento Pereira, Jouglas de Abreu Bezerra, Luiz Alberto Silva, Maria Eugênia C.*  
1895 *Cury, Maria Helena Baumgarten, Maria Irene M. Magalhães, Maria Natividade G. S. T. Santana, Maria*  
1896 *Thereza M. C. de Rezende, Mario César Scheffer, Moisés Goldbaum, Neide Regina C. Barriguelli,*  
1897 *Nildes de Oliveira Andrade, Noemy Yamaguishi Tomita, Paulo César A. de Sousa, Rosane Maria N. da*

1898 Silva, Rozângela Fernandes Camapum, Sérgio Ricardo G. M. Barreto, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Vera Lúcia M. Vita, Volmir Raimondi, Wander Geraldo da Silva, Willian Saad  
1899 Hossne e Zilda Arns Neumann. *Aos três dias do mês de junho do ano de dois mil e quatro: Alexandre*  
1900 *de Oliveira Fraga, André Luiz de Oliveira, Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Carlos*  
1901 *Alberto E. Duarte, Clóvis A. Boufleur, Crescêncio Antunes da S. Neto, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz*  
1902 *Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Gianni Franco Samaja, Gysélle Saddi*  
1903 *Tannous, João Donizeti Scaboli, Jorge Nascimento Pereira, Jouglas de Abreu Bezerra, Luiz Alberto*  
1904 *Silva, Maria Helena Baumgarten, Maria Irene M. Magalhães, Maria Luiza Jaeger, Maria Natividade G.*  
1905 *S. T. Santana, Maria Thereza M. C. de Rezende, Moisés Goldbaum, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo*  
1906 *César A. de Sousa, Paulo Gadelha, Rosane Maria N. da Silva, Rozângela Fernandes Camapum, Silvia*  
1907 *Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Vera Lúcia M. Vita, Volmir Raimondi, Willian Saad*  
1908 *Hossne e Zilda Arns Neumann.*  
1909