



1  
2  
3  
4  
5  
6 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
7 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE  
8

9 ATA DA CENTÉSIMA QÜINQUAGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO  
10 NACIONAL DE SAÚDE-CNS  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56

**ITEM 1 – ABERTURA** – Aos quinze, dezesseis e dezessete dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e cinco, no Plenário “Omliton Visconde”, do Conselho Nacional de Saúde, localizado no Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala B, na cidade de Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Qüinquagésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde (CNS). O Ministro Interino da Saúde, **Antônio Alves de Souza**, abriu os trabalhos da reunião, representando o Ministro da Saúde **Humberto Sérgio Costa Lima**, que estava acompanhando o Presidente da República em uma viagem ao exterior. De imediato, passou a palavra à Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** que fez a leitura de um texto, elaborado pelo Conselheiro **Mário César Scheffer**, em homenagem à Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli**, falecida no final do mês de janeiro de 2005. Os Conselheiros fizeram um minuto de silêncio em sua memória. O Ministro Interino da Saúde, **Antônio Alves de Souza**, também registrou homenagem, em nome do Ministério da Saúde, à Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli**: “O exemplo de vida da Conselheira **Neide** deve orientar a nossa luta diária no Conselho e o nosso trabalho. Queremos nos somar a essa homenagem e dizer o quanto é dolorosa a perda, mas faz parte do nosso processo de vida. Com certeza, o Conselho vai sentir muito a sua falta.” Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, em nome do segmento dos trabalhadores, prestou condolências pela morte da Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli**, militante do SUS, comprometida com as causas sociais e sugeriu que a carta de autoria do Conselheiro **Mário César Scheffer**, junto com uma foto da Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli**, fosse publicada no próximo Boletim Eletrônico do CNS. Conselheiro **Jorge José Pereira Solla** falou sobre a luta da Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** pela defesa dos direitos à saúde e a sua atuação, em especial, na construção da Política de Atenção aos Doentes Renais. Continuando, o Ministro Interino da Saúde, **Antônio Alves de Souza**, retomou a palavra, dirigindo-se ao Plenário nos seguintes termos: “Antes de iniciar a nossa fala, eu gostaria de informar ao Conselho que a companheira **Elzira Maria do Espírito Santo** assumiu a Coordenação Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde. Ela é uma companheira aqui do Distrito Federal, enfermeira que tem uma história de luta e foi a primeira mulher a assumir a presidência da CUT no país. Todos se lembram que ela foi presidente da CUT no Distrito Federal. Agora, faz parte da nossa equipe e estará à disposição do Conselho na condução da nossa Política de Saúde. Nós temos uma pauta bem extensa, inclusive, na quinta-feira, teremos tradicionalmente a reunião da Tripartite, que não foi possível ser realizada em outra data, em função dessa reunião do Conselho, com duração de três dias. Nós teremos esse choque de reuniões e a maior parte de nós - eu, o Secretário **Solla**, o Secretário **Crescêncio** e outras pessoas – estaremos participando da reunião da Tripartite. Dessa forma, nós vamos ter uma certa dificuldade de estar presente nesse Plenário no último dia de reunião, mas tentaremos nos dividir entre as duas reuniões. O Ministro **Humberto Costa** solicitou que fossem apresentadas ao Conselho sugestões a respeito de dois temas da pauta. A primeira, refere-se à discussão da Secretaria de Gestão Participativa. Por várias razões, nós estamos prorrogando o planejamento interno do Ministério da Saúde desde o mês de novembro de 2004, inclusive, por causa do problema de saúde do Ministro. Agora, nós agendamos esse planejamento para os dias três e quatro de março e nessa ocasião será discutida a questão da Secretaria de Gestão Participativa e, atendendo à Resolução do Conselho, nesse planejamento, nós iremos rever as questões levantadas pelos Conselheiros. A pedido do Ministro **Humberto** e, se o Plenário assim entender, essa discussão seria trazida na próxima reunião do Conselho, após o planejamento do Ministério da Saúde, que, como eu disse, estaremos realizando nos dias três e quatro, com todo Colegiado político do Ministério. O outro tema que eu queria fazer uma reflexão junto com o Plenário diz respeito a OSCIPs. Nós recebemos o trabalho que foi feito pela Comissão do Conselho Nacional de Saúde e entendemos que é um trabalho com profundidade e que o Conselho se debruçou sobre ele. Mas queríamos ponderar sobre a oportunidade de fazermos uma discussão mais ampla a respeito disso, até porque as OSCIPs, hoje, são uma realidade no país. A nossa preocupação é que a resolução desse Plenário tenha efetividade, que possa ser implementada na prática e não seja uma resolução que marque apenas uma posição política. Nós temos essa

57 preocupação e estamos comunicando que gostaríamos de fazer um estudo nacional da real situação das  
58 OSCIPs no país, com relação aos agentes comunitários de saúde, aos hospitais e a todo serviço de  
59 saúde e saber como está essa questão das OSCIPs na saúde. E, de posse desse levantamento, fazer  
60 uma discussão junto com o Plenário do Conselho e definir um encaminhamento. O Ministro **Humberto**  
61 infelizmente não pôde estar aqui, mas ele deseja participar da discussão dessa matéria e eu acredito  
62 que podemos contribuir para que a deliberação do Conselho seja efetiva e que não seja uma resolução  
63 de difícil aplicação, na prática. Essas são as duas observações que eu gostaria de fazer. Obrigado.”  
64 Após o pronunciamento do Ministro Internino da Saúde, foi aberta a palavra para manifestações dos  
65 Conselheiros. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** chamou a atenção do Ministro Interino da  
66 Saúde para a importância de se discutir o Decreto nº 4.050/01, que regulamenta o artigo 93, da Lei nº  
67 8.112, de 28 de dezembro de 1990, dispondo sobre a cessão de servidores de órgãos e entidades da  
68 Administração Pública Federal Direta, Autárquica, Fundacional, uma vez que tem dificultado a cessão de  
69 servidores federais a estados e municípios. Conselheiro **Moisés Goldbaum** manifestou-se favorável à  
70 proposta do Ministério da Saúde de realizar estudo sobre o impacto das OSCIPs no país. Informou que  
71 se absteve da votação quando a matéria foi apreciada no Conselho, por não possuir subsídios técnicos  
72 para manifestar-se sobre o assunto. Conselheiro **Eni Carajá Filho** fez uso da palavra para registrar que  
73 era contrário à proposta de adiar o debate sobre as OSCIPs até que o Ministério da Saúde realizasse  
74 estudo sobre essas Organizações no país, haja vista que a 12ª Conferência Nacional de Saúde e o CNS  
75 já haviam se manifestado contrariamente a modalidades de gestão privada dos serviços de saúde. Além  
76 disso, ressaltou que a aprovação da resolução, reafirmando o posicionamento do Conselho sobre a  
77 matéria, não prejudicava aprofundar o debate desse tema. Conselheiro **Jorge José Pereira Solla**, a  
78 respeito da questão levantada pelo Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro**, explicou que o  
79 Ministério da Saúde também não estava conseguindo requisitar funcionários de estados e municípios, a  
80 não ser para ocupar um cargo igual ou superior a DAS 4, em razão do Decreto nº 4.050/01. Disse que  
81 era preciso discutir essa questão, porque cria limitações para a configuração das equipes de gestão nas  
82 três esferas de governo, tendo em vista a particularidade do SUS. Em relação às OSCIPs, ressaltou ser  
83 necessário definir um diagnóstico que aponte como o processo está se desenvolvendo e quais as  
84 funções de gestão que estão sendo repassadas a essas Organizações, a fim de que a resolução  
85 determine em que situação seria recomendada esse tipo de gestão, de forma a garantir a sua efetiva  
86 aplicabilidade nos estados e municípios. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que, sendo o  
87 Ministério da Saúde e o CNS contrários à terceirização das ações de saúde, ambos poderiam trabalhar  
88 na perspectiva de definir mecanismos para implementar essa posição. De tal forma, sugeriu que os  
89 Conselheiros analisassem o documento “As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público –  
90 OSCIPs como instrumento de gestão pública na área da saúde”, elaborado pelo GT, em especial as  
91 suas proposições, para que fossem discutidas no ponto específico. O Ministro Interino da Saúde, **Antônio**  
92 **Alves de Souza**, retomou a palavra para comentar as manifestações dos Conselheiros: “Primeiramente,  
93 gostaria de concordar com o Conselheiro **Francisco das Chagas**. Ao chegar no Ministério, esse era um  
94 assunto que me preocupava, inclusive em relação ao Distrito Federal onde nós podíamos ceder  
95 servidores e não podíamos receber aqueles que pudéssemos requisitar na rede. Era um convênio  
96 assinado entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde e nós propusemos uma nova redação e  
97 fizemos um convênio de mão dupla. Hoje, no Distrito Federal, o Ministério da Saúde pode ceder e o GDF  
98 pode nos ceder funcionários sem que seja para ocupar cargo em comissão. Nós estamos desenvolvendo  
99 um estudo em nível nacional para ver o que podemos ampliar nesse sentido, entendendo que, hoje, o  
100 Ministério da Saúde pode ceder funcionário e não pode requisitar. Nós iremos levar essa questão para a  
101 Coordenação Geral de Recursos Humanos para que seja feito levantamento geral. Se for necessário,  
102 nós apresentaremos proposta de modificação do Decreto Federal que regulamenta essa questão. Para o  
103 SUS, essas regras não se aplicam, pois é necessária uma mão dupla – nós podemos ceder e requisitar.  
104 A respeito das OSCIPs, gostaria de enfatizar que nós não somos favoráveis à terceirização. Na história  
105 do movimento sanitário, nós sempre defendemos isso. Só que hoje, nós temos uma realidade concreta.  
106 Se proibíssemos a terceirização ou a participação do setor privado, nós fecharíamos vários leitos  
107 hospitalares que são do setor filantrópico e dos quais nós compramos serviços em vários municípios.  
108 Então, nós queríamos fazer esse levantamento nacional, a fim de obter um quadro geral da situação  
109 para que o Conselho aprovasse uma resolução que pudesse ser implementada. Concordo com o  
110 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** e a nossa posição contra a terceirização não está em discussão.  
111 Nós defendemos um Sistema Único de Saúde, conforme concebido no processo constituinte,  
112 regulamentado nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e toda legislação complementar. Hoje temos a  
113 responsabilidade de estar na gestão federal e queremos assegurar o acesso das pessoas aos serviços  
114 de saúde e, em alguns momentos, nós somos levados a rever essa posição, porque se for necessário  
115 para garantir o acesso universal – que é outro princípio constitucional – nós precisamos comprar  
116 serviços terceirizados, particulares. Nós gostaríamos de discutir essa questão, mas não deliberar nessa  
117 reunião e remeter para ser avaliada após a conclusão do estudo em nível nacional. O Conselho poderá

118 acompanhar essa discussão com um grupo de trabalho. Há todo um projeto de pesquisa e podemos  
119 realizar esse estudo junto com a ABRASCO para ter esse diagnóstico do país.” A Secretária-Executiva  
120 do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que, conforme explicitado pelo Ministro Interino da Saúde,  
121 o tema Secretaria de Gestão Participativa não poderia ser tratado na reunião, pois seria discutido no  
122 planejamento das ações desse Ministério para 2005, que seria realizado nos dias 3 e 4 de março de  
123 2005. A propósito das OSCIPs, disse que o Plenário teria de manifestar-se a respeito da proposta do  
124 Ministério da Saúde de adiar o debate dessa matéria até que fosse feito estudo sobre a situação dessas  
125 Organizações no país e, a partir dos resultados desse trabalho, fosse elaborada resolução que pudesse  
126 ser, de fato, implementada. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** enfatizou que o CNS não se  
127 contrapunha ao princípio constitucional de contratação de serviços privados para atuar de forma  
128 complementar ao SUS, mas era contrário à terceirização da gestão e das ações de saúde pública.  
129 Propôs que, no ponto específico, o CNS trabalhasse na perspectiva de aprovar a minuta de resolução na  
130 reunião e construir coletivamente com o Ministério da Saúde as estratégias para sua implementação. A  
131 Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que no ponto de pauta destinado ao  
132 debate da minuta de resolução o Plenário tratasse da matéria, levando-se em consideração a proposta  
133 do Ministério da Saúde. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** fez uma reflexão sobre a  
134 importância de verificar a real situação das OSCIPs no país, de forma a garantir a elaboração de uma  
135 resolução do CNS que possa ser, de fato, aplicada. Também informou que enviou memorando à  
136 Secretaria-Executiva do CNS, solicitando que o tema Secretaria de Gestão Participativa não fosse  
137 pautado na reunião, tendo em vista a necessidade de maior tempo para que a matéria fosse apreciada  
138 pelo Ministro da Saúde. Conselheiro **Jorge José Pereira Solla** sugeriu que, caso o Plenário definisse por  
139 debater a questão das OSCIPs na reunião, houvesse uma inversão de pauta, para que a matéria fosse  
140 tratada no segundo dia, de forma a possibilitar a participação dos representantes do Ministério da Saúde.  
141 Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** disse ser necessária maior relação funcional do Ministério da  
142 Saúde com o CNS, inclusive com a participação ativa dos representantes do governo nas reuniões do  
143 Conselho. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** endossou a proposta de inversão de pauta e sugeriu que  
144 o Ministério da Saúde apresentasse exposição de motivos a respeito da proposta de ser elaborada nova  
145 resolução sobre a matéria, contemplando a posição do CNS. Conselheira **Maria Natividade G. S. T.**  
146 **Santana** propôs que o CNS atendesse à solicitação do governo, adiando o debate sobre as OSCIPS  
147 para a próxima reunião, de forma a garantir que o Ministério da Saúde faça estudo sobre a situação  
148 dessas Organizações no país. O Ministro Interino da Saúde, **Antônio Alves de Souza**, fez as seguintes  
149 considerações sobre as intervenções dos Conselheiros: “Primeiramente, eu gostaria de agradecer a  
150 Conselheira **Maria Leda** por lembrar dessa questão, que é uma das preocupações que temos discutido  
151 no Colegiado do Ministério. Para a próxima gestão do Conselho, nós faremos algumas modificações  
152 para garantir que a nossa representação esteja permanentemente aqui no Conselho, colaborando e  
153 contribuindo para a construção coletiva, já que se trata de uma gestão que acredita no Controle Social.  
154 Nós temos enfrentado dificuldades, em função de um conjunto de agendas e a própria dinâmica do  
155 Conselho - reuniões com dois e três dias de duração – tem dificultado a nossa participação. Nós fizemos  
156 essa avaliação e temos consciência disso. Há uma preocupação do Ministro **Humberto** nesse sentido e,  
157 na próxima gestão, nós apresentaremos uma representação capaz de superar isso. Nós queremos,  
158 também, contribuir para a própria dinâmica da reunião do Conselho. Não somos contrários à minuta do  
159 Conselho, uma vez que expressa uma posição que é nossa também. Mas, gostaríamos de elaborar uma  
160 resolução que pudesse ser efetivamente cumprida. Hoje, nós sabemos que se o Conselho disser: “está  
161 proibida a contratação de OSCIPs na saúde”, ninguém irá cumprir ou, se cumprir, não haverá Saúde da  
162 Família em grande parte dos municípios do Brasil. Então, isso tem aplicabilidade? Nós podemos fazer  
163 uma resolução que aponte o posicionamento político do Conselho e podemos construir um cronograma.  
164 Nós estamos tentando vencer isso quando propusemos discussão no Congresso Nacional para aprovar  
165 a contratação de agentes comunitários, via seleção. Então, nós estamos encaminhando isso desde  
166 2003, quando chegamos no Ministério da Saúde. Mas, não se trata de um tema de fácil  
167 encaminhamento. Se o tema for transferido para amanhã, nós queremos construir uma resolução agora  
168 e apontar para a realização desse estudo, com a colaboração do Conselho.” A Secretária-Executiva do  
169 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, perguntou se o Plenário concordava com a inversão de pauta, de forma  
170 a garantir que o item sobre OSCIPs fosse discutido no segundo dia de reunião, no lugar do item 6  
171 “Política de Medicamentos no país”, que seria transferido para o terceiro dia. Conselheira **Maria Eugênia**  
172 **C. Cury** solicitou que a discussão do item 6 fosse feita no segundo dia de reunião, conforme previsto na  
173 pauta, uma vez que desejava participar desse debate e não poderia participar do terceiro dia de reunião.  
174 Conselheiro **Jorge José Pereira Solla**, considerando a complexidade de reordenar a pauta naquele  
175 momento, retomou a proposta de adiar a discussão sobre as OSCIPs para a próxima reunião do  
176 Conselho. Além disso, enfatizou que a dinâmica das reuniões do CNS, com três dias de duração,  
177 dificultavam a presença permanente dos Conselheiros durante toda a reunião. Conselheiro **Carlos**  
178 **Alberto E. Duarte** explicou que o Plenário deliberou, na Reunião Ordinária de dezembro de 2004, que as

179 quatro primeiras Reuniões Ordinárias de 2005 teriam três dias de duração, a fim de possibilitar o debate  
180 de temas pendentes, logo, as agendas dos Conselheiros deveriam ser definidas com base nesse  
181 cronograma. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** perguntou ao Conselheiro **Crescêncio Antunes da**  
182 **S. Neto** quais as justificativas para a solicitação de adiamento do debate sobre a Secretaria de Gestão  
183 Participativa e quando a matéria seria pautada. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**  
184 **Cruz**, explicou à Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** que, conforme dito pelo Ministro Interino da  
185 Saúde, não seria possível apresentar o item relativo à Secretaria de Gestão Participativa na reunião,  
186 porque o planejamento das ações do Ministério da Saúde, que concluirá o debate a respeito da matéria,  
187 seria realizado nos dias 3 e 4 de março. Com isso, a discussão desse assunto seria feita na próxima  
188 reunião do CNS. Não havendo consenso sobre os encaminhamentos em relação ao debate sobre as  
189 OSCIPs, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em votação as seguintes  
190 propostas: 1) reordenar a pauta para garantir o debate sobre as OSCIPs na reunião; e 2) adiar o debate  
191 a respeito das OSCIPs para a próxima reunião. O Plenário aprovou a proposta número 2. O debate  
192 sobre as OSCIPs foi adiado para a próxima reunião do Conselho e terá como subsídios o documento “As  
193 Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs como instrumento de gestão pública na  
194 área da saúde”, elaborado pelo GT do CNS e o estudo do Ministério da Saúde sobre a situação das  
195 OSCIPs no país. **APROVAÇÃO DE ATA – Não havendo destaques, a ata da 149ª Reunião Ordinária do**  
196 **CNS foi aprovada por unanimidade.** Definido esse ponto, foi iniciada a discussão sobre o processo  
197 eleitoral do CNS. **ITEM 2 – PROCESSO ELEITORAL DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE -**  
198 **INDICAÇÃO DA COMISSÃO ELEITORAL** – Os Conselheiros **Moisés Goldbaum** e **Júlia Maria dos Santos**  
199 **Roland** assumiram a coordenação dos trabalhos e definiram a dinâmica para discussão da proposta de  
200 Regimento Eleitoral e do Decreto de Composição do CNS. Iniciando, Conselheiro **Moisés Goldbaum**  
201 apresentou as alterações feitas pelo GT na proposta de Regimento Eleitoral, conforme o debate havido  
202 na última reunião do Conselho, a saber: 1) fusão dos Capítulos III e IV, que tratavam, respectivamente,  
203 dos eleitores e dos candidatos, que passou a ser denominado “Do processo eleitoral” (artigo 4º); 2)  
204 inclusão dos parágrafos 1º e 2º no artigo 4º, Capítulo III, que definem, respectivamente, o que se  
205 entende por entidades e movimentos nacionais e o que se entende por entidades gerais; 3) inclusão de  
206 emenda ao parágrafo 2º nos seguintes termos “de associações científicas e de prestadores de serviços  
207 de saúde”; e 4) inclusão dos parágrafos 7º e 8º no Capítulo VIII, artigo 11, que definem, respectivamente:  
208 “Somente serão eleitas as Entidades e Movimentos que obtiverem, no mínimo, 10% (dez por cento) dos  
209 votos do segmento no qual esteja concorrendo, respeitando o número de vagas de cada segmento  
210 representativo”; e “As Entidades e Movimentos Nacionais de uma mesma patologia ou deficiência terão  
211 uma única vaga daquelas definidas no Decreto de Composição do Conselho e será considerado eleito  
212 somente o mais votado dentre eles, respeitado o número de 7 (sete) vagas dessa representação.” Após  
213 a apresentação, foi aberta a palavra para manifestações do Plenário. Conselheiro **Eni Carajá Filho** disse  
214 que seria importante esclarecer se o tempo de existência da entidade, para habilitar-se no processo  
215 eleitoral, referia-se ao seu registro jurídico ou ao tempo de atuação. Propôs que um dos requisitos para  
216 participar da Comissão Eleitoral fosse o conhecimento sobre Controle Social e que a atuação política nas  
217 instâncias de Controle Social do SUS fosse um dos critérios para habilitação das entidades e  
218 movimentos no processo. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** propôs que o Regimento  
219 Eleitoral detalhasse o que é entidade geral, de acordo com os segmentos que compõem o CNS,  
220 contemplando a realidade de cada área e, também, que fosse incluída emenda ao item a, § 1º, artigo 7º  
221 “ou do ato legal”, de forma a contemplar os Conselhos. Discordou da proposta de registrar no  
222 Regimento Interno que os participantes da Comissão Eleitoral teriam que ter conhecimento sobre  
223 Controle Social, por entender que as entidades e os movimentos, ao definirem os seus representantes  
224 para essa Comissão, levariam em consideração o conhecimento desses sobre o Controle Social,  
225 processo eleitoral, entre outras questões. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** propôs que, a exemplo do  
226 Fórum de Entidades de Defesa dos Portadores de Deficiências e Patologias, as entidades e movimentos  
227 nacionais de uma mesma patologia ou deficiência tivessem direito a um único voto. Conselheira **Júlia**  
228 **Maria Roland** sugeriu que os Conselheiros fizessem considerações sobre as alterações feitas pelo GT,  
229 haja vista que os demais artigos do Regimento já haviam sido apreciados e aprovados na última reunião  
230 do CNS e, em seguida, fossem feitas sugestões para aprimorar a redação do texto. Conselheiro **Clóvis**  
231 **A. Boufleur** destacou que, apesar de ter sido votado na última reunião, o item b, do § 1º, artigo 2º,  
232 precisava ser revisto, uma vez que, ao definir que as pessoas que compuserem a comissão eleitoral  
233 estarão impedidas de serem indicadas por suas entidades para o mandato em questão, contrariava a  
234 Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, que garante às entidades autonomia para fazer as  
235 indicações dos representantes a participar do Conselho. Continuando, ponderou se o relatório de  
236 atividades, do ponto de vista legal, poderia ser um documento exigido para a habilitação das entidades  
237 ou movimentos no processo. Perguntou, também, qual foi o critério para definir que somente seriam  
238 eleitos as Entidades e os Movimentos que obtiverem, no mínimo, dez por cento dos votos do segmento  
239 no qual esteja concorrendo. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** considerou que, diante das

240 especificidades dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores da saúde, não era viável definir em um  
241 mesmo parágrafo, as entidades e os movimentos desses segmentos que poderiam participar do  
242 processo eleitoral como eleitor e/ou candidato. Enfatizou a necessidade de melhorar a redação do  
243 parágrafo que trata sobre a composição da Comissão Eleitoral, de forma a garantir a máxima isenção  
244 dos seus integrantes. Sugeriu que o tempo mínimo de existência das entidades e dos movimentos, para  
245 participar do processo, fosse delimitado em meses, a fim de evitar recursos. Por fim, ratificou a proposta  
246 de incluir com um dos critérios de habilitação das entidades e movimentos a atuação política nas  
247 instâncias de Controle Social do SUS, por entender que ajudaria a evitar a participação de entidades  
248 sem representatividade nacional. Conselheira **Júlia Maria Roland** explicou que os parágrafos 1º e 2º, do  
249 artigo 4º, buscavam contemplar, respectivamente, as particularidades e as formas de organização do  
250 segmento dos usuários e as do segmento dos trabalhadores da saúde. Em face das observações dos  
251 Conselheiros, perguntou se deveria ser reaberto o debate dos pontos do Regimento Eleitoral aprovados  
252 na última reunião ou deveria ser seguido o encaminhamento de discutir os pontos polêmicos e,  
253 posteriormente, aprimorar o texto. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** defendeu que não fosse  
254 reaberto o debate dos pontos do Regimento já aprovados e propôs que o § 2º, do artigo 4º, defuisse o  
255 que são entidades gerais do segmento dos usuários e dos trabalhadores da saúde. Conselheiro **Moisés  
256 Goldbaum** explicou que o § 2º, elaborado com base nas contribuições do Fórum das Entidades  
257 Nacionais de Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS), referia-se à definição de entidades gerais  
258 para o segmento dos trabalhadores da saúde, incluindo a comunidade científica e os prestadores de  
259 serviços de saúde. Destacou que a preocupação do segmento dos trabalhadores referia-se à palavra  
260 “especificidade”, por isso, sugeriu a sua supressão. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** disse  
261 que a proposta de supressão da palavra “especificidade” contemplava a sua preocupação, contudo,  
262 entendia ser necessário explicitar que o § 2º referia-se especificamente aos segmentos dos  
263 trabalhadores da saúde e dos prestadores de serviços, pois o *caput* do artigo 4º mencionava também o  
264 segmento dos usuários. Conselheiro **Moisés Goldbaum**, em face dessas considerações, apresentou a  
265 seguinte proposta de redação para o § 2º, do artigo 4º: “Define-se como entidades gerais de  
266 trabalhadores de saúde, incluindo a comunidade científica, aquelas que representam um conjunto de  
267 especialidades, de categorias de trabalhadores e de profissionais.” Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**  
268 destacou a necessidade de esclarecer melhor o que são “fóruns próprios”, conforme consta no artigo 9º.  
269 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que os vários fóruns de um mesmo segmento fariam os  
270 seus debates específicos e, em seguida, a escolha das entidades e movimentos que irão compor o CNS  
271 seria feita nas plenárias de segmento. Conselheiro **Moisés Goldbaum** sugeriu que o segmento dos  
272 usuários apresentasse proposta de redação ao artigo 9º, esclarecendo a especificidade desse segmento.  
273 Conselheira **Júlia Maria Roland** propôs que os Conselheiros encaminhassem à mesa sugestões para a  
274 melhoria do texto, que seriam ordenadas e apresentadas no período da tarde para discussão. O Plenário  
275 acatou o encaminhamento e os trabalhos foram suspensos. Conselheira **Júlia Maria Roland** retomou os  
276 trabalhos, dando continuidade à discussão dos Capítulos III e VIII. Iniciando, apresentou a nova proposta  
277 de redação para o Capítulo III, artigo 4º, elaborada com base nas contribuições dos Conselheiros e abriu  
278 a palavra para manifestações do Plenário. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** sugeriu que fosse incluído  
279 § 3º no artigo 4º, contemplando especificamente o segmento dos prestadores de serviços de saúde. O  
280 **Plenário aprovou essa proposta e foi acordado que a redação final do Capítulo III seria colocada em  
281 votação após a elaboração desse parágrafo.** Na sequência, Conselheira **Júlia Maria Roland** apresentou a  
282 nova proposta de redação para o artigo 9º, *caput* e § 2º, Capítulo VIII, que, após ajustes redacionais,  
283 foi aprovada, com duas abstenções, nos seguintes termos: *caput*: “A eleição das Entidades e Movimentos  
284 de Usuários e das Entidades de Trabalhadores de Saúde e de Prestadores de Serviços de Saúde, de  
285 âmbito e representação nacional, e os respectivos suplentes para compor o Conselho Nacional de  
286 Saúde, se dará por meio de Plenárias dos Segmentos, das 9 às 13 horas, em local a ser definido pela  
287 Comissão Eleitoral, e, caso necessário, em turno único por meio de voto secreto, na mesma data, das 14  
288 às 18 horas.”; e “§ 2º: A Comissão Eleitoral fará a primeira convocação para as Plenárias dos Segmentos  
289 que acontecerão, em primeira chamada, às 9 horas, atingido o quórum de metade + 1 dos habilitados e  
290 a, segunda chamada, às 10 horas, com 1/3 (um terço) dos habilitados, na data estabelecida no *caput*  
291 deste artigo, iniciando-se neste horário e encerrando-se, no máximo, às 13 horas.” Prosseguindo,  
292 submeteu à apreciação dos Conselheiros a proposta de redação para o *caput* e Parágrafo Único do  
293 artigo 10, Capítulo VIII, que, após ajustes redacionais, foi aprovada nos seguintes termos: *caput*:  
294 “Havendo consenso para escolha dos representantes titulares e suplentes durante as Plenárias dos  
295 Segmentos, a eleição se dará por aclamação, mediante apresentação da Ata da Plenária assinada pelos  
296 representantes dos segmentos participantes do processo.”; e “Parágrafo Único: A Plenária do Segmento  
297 poderá utilizar o processo de discussão em fóruns próprios ou em grupos de acordo com suas  
298 especificidades, conforme composição prevista no Decreto de Composição do CNS, devendo os  
299 resultados serem submetidos à mesma.” Continuando, submeteu à apreciação do Plenário as novas  
300 propostas de redação para o parágrafo 7º, artigo 11. Conselheiro **Eni Carajá Filho** disse que o parágrafo

301 deveria definir o que fazer com as vagas, no caso de as entidades e movimentos não alcançarem a  
302 porcentagem mínima (10%) para serem eleitas. Contemplando a preocupação do Conselheiro **Eni Carajá**  
303 **Filho**, Conselheira **Júlia Maria Roland**, colocou em votação a seguinte redação do § 7º, artigo 11:  
304 “**Somente serão eleitas as Entidades e Movimentos que obtiverem, no mínimo, 10% (dez por cento) dos**  
305 **votos do segmento no qual esteja concorrendo, respeitando o número de vagas de cada segmento**  
306 **representativo. No caso de não ser alcançada a porcentagem mínima, haverá uma nova votação para as**  
307 **vagas restantes.**” A redação foi aprovada, com uma abstenção. Em seguida, colocou em discussão a  
308 nova redação para o § 8º, do artigo 11, contemplando a emenda apresentada pelo Conselheiro **Carlos**  
309 **Alberto Duarte:** “As Entidades e Movimentos Nacionais de uma mesma patologia ou deficiência terão a  
310 uma única vaga daquelas definidas no Decreto de Composição do Conselho e “terão direito a um voto”.  
311 Será considerado eleito somente o mais votado dentre eles, respeitado o número de sete vagas dessa  
312 representação.” Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** fez uso da palavra para justificar que a emenda ao §  
313 8º, tinha como propósito garantir que as entidades e movimentos de uma mesma patologia ou  
314 deficiência, a exemplo do que ocorre no Fórum de Entidades de Defesa dos Portadores de Deficiências  
315 e Patologias, discutissem entre si e definissem quem teria direito a votar e a ser votado. Conselheiro  
316 **Moisés Goldbaum** disse que compreendia a questão levantada pelo Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**,  
317 entretanto, ponderou que, do ponto de vista formal, era complexo proibir a inscrição das entidades de  
318 uma mesma patologia ou deficiência no processo. Lembrou, também, que o Regimento garantia espaço  
319 para que as entidades e movimentos se reunissem e indicassem aquela que iria representá-los.  
320 Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** ressaltou que era preciso assegurar que das sete vagas  
321 destinadas ao segmento de patologias e deficiências cada patologia ou deficiência ocupasse apenas  
322 uma. Contudo, ponderou sobre a viabilidade de definir no Regimento que as entidades e movimentos de  
323 uma mesma patologia ou deficiência teriam direito a um único voto, uma vez que aquelas entidades e  
324 movimentos que não chegassem a acordo sobre quem teria direito a votar, poderiam ficar excluídos do  
325 processo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, apesar de compreender as preocupações levantadas,  
326 defendeu a proposta apresentada pelo Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, por entender que priorizava o  
327 debate político e, ao mesmo tempo, inibia a participação de várias entidades de uma mesma patologia  
328 ou deficiências e evitava a fragmentação dessas. Conselheiro **Eni Carajá Filho** ratificou a proposta  
329 apresentada pelo Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** e explicou que o Fórum de Entidades de Defesa  
330 dos Portadores de Deficiências e Patologias trabalharia na lógica de definir, por consenso, as entidades  
331 e movimentos, que ocuparão as sete vagas destinadas às entidades nacionais de portadores de  
332 patologias e deficiências no Conselho. Conselheiro **Volmir Raimondi** chamou a atenção para a  
333 importância de o Regimento Interno definir que as entidades e movimentos de uma mesma patologia ou  
334 deficiência tenham direito a um único voto, de forma a estimular que as entidades e os movimentos se  
335 reúnam e definam quem os representam, garantindo-se a diversidade das representações no Conselho.  
336 Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** defendeu a proposta apresentada pelo Conselheiro **Carlos Alberto**  
337 **Duarte**, entendendo que norteava e favorecia os debates entre as entidades e movimentos. Conselheira  
338 **Nildes de Oliveira Andrade** disse que era preciso fortalecer o Fórum de Entidades de Defesa dos  
339 Portadores de Deficiências e Patologias, uma vez que seria um espaço de pactuação que definiria os  
340 representantes que ocupariam as sete vagas destinadas às entidades de portadores de patologias e  
341 deficiências. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** explicou que o Plenário estava trabalhando no  
342 sentido de contemplar as reivindicações dos segmentos, o que não era fácil, tendo que em vista a  
343 organização distinta dos segmentos que compõem o CNS. Manifestou-se favorável à proposta de as  
344 entidades e movimentos de uma mesma patologia e deficiência concorrem a uma única vaga e terem  
345 direito a um voto, na perspectiva de garantir a participação dos grupos menos organizados e com menos  
346 entidades no país e ampliar a representatividade do Conselho. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** disse  
347 que, apesar de não ser contrária à proposta, entendia que era preciso refletir sobre a criação de  
348 cláusulas de barreiras para todas as preocupações concernentes ao processo eleitoral. Conselheiro  
349 **Carlos Alberto Duarte** explicou que, no Fórum de Entidades de Defesa dos Portadores de Deficiências e  
350 Patologias, as entidades e movimentos de uma mesma patologia ou deficiência teriam de chegar a  
351 acordo político sobre quem as representaria no CNS, a fim de não ficarem de fora do Conselho.  
352 Destacou que essa questão, por sua complexidade, deveria ser melhor discutida, porque não se referia  
353 apenas às entidades de patologias e deficiências, mas sim, ao segmento dos usuários como um todo. A  
354 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, enfatizou que a polêmica referia-se as  
355 entidades e movimentos que poderiam candidatar-se e, como tal, seria importante realizar simulações,  
356 visando a definição de regras capazes de conferir legitimidade ao processo eleitoral. Nesse sentido,  
357 chamou a atenção para a importância de destinar maior tempo para aprofundar o debate sobre essa e  
358 outras polêmicas, prorrogando o prazo para a realização das eleições. Conselheiro **Crescêncio Antunes**  
359 **da S. Neto** disse que o Conselho possuía duas possibilidades de encaminhamentos em relação à  
360 matéria: engessar o processo, definindo critérios para a escolha das entidades, caso não haja consenso  
361 (maior número de representação, maior tempo de existência, entre outros); ou deixar em aberto para que

362 as entidades cheguem a consenso e as que não firmarem um acordo não participariam do Conselho.  
363 Conselheira **Júlia Maria Roland** explicou que concordava integralmente com a proposta apresentada pelo  
364 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, no entanto, entendia que não deveria constar no Regimento Eleitoral,  
365 mas sim, ser trabalhada na plenária do segmento dos usuários, evitando a fragmentação das entidades  
366 e a pulverização das que não tem relação com o SUS. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** ressaltou  
367 que o processo eleitoral teria de ser pautado pelo debate político entre as entidades e movimentos, a fim  
368 de evitar que seja prejudicado por contestações jurídicas. Fez uma reflexão sobre a necessidade de  
369 aprofundar o debate sobre as divergências e polêmicas a respeito do processo, ainda que, para isso,  
370 fosse necessário prorrogar o prazo para a realização das eleições. Conselheiro **Jorge Nascimento**  
371 **Pereira** disse que o processo eleitoral seria complexo e o CNS teria de assumir os seus riscos, pois não  
372 havia condições de criar salvaguardas para evitá-los. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** enfatizou a  
373 importância de se avançar no debate a respeito do processo eleitoral, entendendo que, por se tratar de  
374 uma experiência nova, os obstáculos seriam enfrentados ao passo que o processo fosse sendo realizado  
375 e que os ajustes necessários seriam feitos após a sua avaliação. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
376 destacou que o Plenário deveria vencer todas as polêmicas e garantir a realização do processo eleitoral  
377 no prazo previsto. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que a sua  
378 proposta era adiar a realização das eleições para o final do mês de maio de 2005, reservando maior  
379 tempo para conclusão do debate e divulgação do processo eleitoral. Também lembrou que a proposta de  
380 Decreto de Composição do CNS ampliava o mandato do atual Conselho para 10 de maio de 2005.  
381 Conselheira **Júlia Maria Roland** perguntou se o Plenário apreciaria a proposta de prorrogação do prazo  
382 para a eleição nessa ou na próxima reunião. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** sugeriu que o  
383 segmento dos usuários se reunisse com o GT, para apresentar uma proposta de consenso a essa  
384 polêmica, que seria submetida à apreciação do Plenário no terceiro dia de reunião. Conselheira **Maria**  
385 **Eugênia C. Cury** ratificou a proposta da Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum**, por entender que  
386 o Plenário teria de aprofundar o debate e decidir, por consenso, se optaria por manter ou por prorrogar o  
387 prazo para a realização da eleição, assumindo os riscos dessa decisão. Conselheira **Júlia Maria Roland**  
388 perguntou se havia consenso a respeito da proposta apresentada pela Conselheira **Rozângela**  
389 **Fernandes Camapum** e ratificada pela Conselheira **Maria Eugênia C. Cury**. Conselheiro **Carlos Alberto**  
390 **Duarte** sugeriu que o debate dessa matéria fosse suspenso, para que os segmentos pudessem se reunir  
391 e aprofundar o seu debate e que fosse retomado no terceiro dia de reunião. Conselheiro **Francisco**  
392 **Batista Júnior** propôs que o GT consultasse assessoria jurídica para definir encaminhamento a respeito  
393 dessa matéria. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que a Consultoria  
394 Jurídica do Ministério da Saúde e o Dr. **Humberto Jacques**, do Ministério Público da União, têm  
395 acompanhado o trabalho do GT. Além disso, destacou que a intenção era contratar um advogado para  
396 acompanhar o processo eleitoral. **Feitas essas considerações, o Plenário acatou o encaminhamento e o**  
397 **debate sobre a matéria foi suspenso, para que os segmentos se reunissem com o GT. A discussão**  
398 **dessa matéria seria retomada na manhã do terceiro dia de reunião.** Prosseguindo, Conselheiro **Moisés**  
399 **Goldbaum** retomou a discussão do Capítulo III, que não havia sido apreciado anteriormente, por ter sido  
400 apresentada proposta de inclusão de § 3º, dispondo sobre os prestadores de serviços. Nessa linha,  
401 submeteu à apreciação do Plenário a proposta de redação, elaborada pelo Conselheiro **Luiz Fernando C.**  
402 **Silva** para o referido parágrafo: “Define-se como prestadores de serviços de saúde as entidades de  
403 caráter nacional que representam e congregam hospitais, estabelecimentos e serviços de saúde  
404 privados, com ou sem fins lucrativos.” Conselheiro **Ciro Mortella** explicou que não discordava dessa  
405 definição, contudo, ponderou que não contemplava as entidades nacionais de empresários, que foram  
406 incluídas no segmento dos prestadores de serviços. Conselheiro **Luiz Fernando C. Silva** destacou que o  
407 debate sobre a composição dos segmentos não havia sido concluído, uma vez que o Decreto de  
408 Composição não havia sido discutido. Em relação à ponderação do Conselheiro **Ciro Mortella**, enfatizou  
409 que a Resolução nº 333/03 trata de prestadores de serviços de saúde e não de outras áreas. Diante  
410 dessas considerações, Conselheiro **Ciro Mortella** disse que seria necessário discutir o Decreto de  
411 Composição do CNS, em especial, o segmento dos prestadores de serviços, para definir como ficariam  
412 as entidades de empresários. Conselheiro **Moisés Goldbaum** destacou que, após a discussão das  
413 polêmicas levantadas no período da manhã a respeito do Regimento, o Decreto de Composição do CNS  
414 seria colocado em discussão. Sendo assim, sugeriu que o Plenário destacasse esse ponto e retomasse  
415 a sua discussão no momento em que fosse apreciado o Decreto, levando em consideração a  
416 possibilidade de inclusão de § 4º, contemplando as entidades nacionais de empresários. Conselheiro  
417 **Carlos Alberto Duarte** disse que o § 3º não poderia ser aprovado conforme apresentado, porque seria  
418 necessária redação que contemplasse as entidades nacionais de empresários. Conselheira **Júlia Maria**  
419 **Roland**, considerando a complexidade da matéria, propôs que o debate fosse suspenso e retomado na  
420 discussão da proposta de Decreto de Composição do CNS. Conselheiro **Moisés Goldbaum** sugeriu que o  
421 Plenário se manifestasse sobre o *caput* do artigo 4º e os seus parágrafos 1º e 2º, que não apresentavam  
422 polêmicas e que os Conselheiros **Luiz Fernando C. Silva** e **Ciro Mortella** elaborassem uma proposta de

423 redação para o parágrafo 3º, a ser apreciada no momento em que fosse discutido o Decreto de  
424 Composição do CNS. Conselheiro **Ciro Mortella** destacou que essa polêmica suscitava do fato de as  
425 entidades patronais não serem prestadores de serviços e, ainda assim, terem sido incluídas nesse  
426 segmento. **Feitas essas considerações, o Plenário decidiu suspender a discussão do Capítulo III (artigo**  
427 **4º: caput, §§ 1º, 2º e 3º) e retomá-la no momento em que fosse debatido o Decreto de Composição do**  
428 **CNS.** Continuando, Conselheira **Júlia Maria Roland** informou que haviam sido incorporadas ao texto do  
429 Regimento as sugestões de melhoria da redação e que o Plenário precisava discutir o destaque feito  
430 pelo Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** ao item “b”, artigo 2º, Capítulo II, que impede a indicação das  
431 pessoas que compuserem a comissão eleitoral para o mandato em questão. Conselheiro **Clóvis A.**  
432 **Boufleur** apresentou nova redação para o item “b”, que, na sua visão, não teria ingerência na autonomia  
433 das entidades em indicarem os seus representantes: “As pessoas que compuserem a referida comissão  
434 estarão impedidas de serem indicadas por seus segmentos para o mandato em questão”. Conselheiro  
435 **Francisco das Chagas Monteiro**, considerando que o processo eleitoral iria definir as entidades e  
436 movimentos que iriam compor o CNS, disse que não poderiam ser indicados para o mandato em  
437 questão as entidades e movimentos que participassem da comissão eleitoral e não as pessoas  
438 integrantes dessa comissão. Conselheiro **Moisés Goldbaum** destacou que a proposta apresentada pelo  
439 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** conflitava com a lógica do processo eleitoral, pois a indicação das  
440 pessoas para compor o CNS não era feita pelos segmentos, mas sim, pelas entidades e movimentos. Na  
441 perspectiva de contemplar a preocupação do Conselheiro, apresentou emenda ao *caput* do artigo 2º,  
442 que passaria a ter a seguinte redação: “A eleição será coordenada pela Comissão Eleitoral, indicada  
443 pelos segmentos, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada por meio de ato do Executivo,  
444 composta de 12 (doze) membros, sendo (...).” Conselheira **Júlia Maria Roland** sugeriu que não fosse  
445 aberto debate sobre a proposta, já que havia outras questões polêmicas a serem discutidas em Plenário.  
446 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** retirou a proposta, mas solicitou que fosse registrada a sua preocupação  
447 com o item “b”, artigo 2º, por entender que teria repercussão nos municípios, prejudicando a  
448 participação, nos Conselhos, das entidades que não possuem número muito grande de pessoas para  
449 representá-las, uma vez que as pessoas que compusessem a comissão eleitoral estariam impedidas de  
450 serem indicadas para participar do Conselho. **Não havendo posição contrária, a emenda ao caput do**  
451 **artigo 2º, conforme apresentada pelo Conselheiro Moisés Goldbaum, foi acatada.** Na seqüência,  
452 Conselheiro **Moisés Goldbaum** submeteu à apreciação do Plenário a proposta apresentada pelo  
453 Conselheiro **Eni Carajá Filho**, em nome do Fórum de Entidades de Defesa dos Portadores de  
454 Deficiências e Patologias, de incluir item no texto do Regimento, dispondo que as entidades e  
455 movimentos candidatos a participar do processo deverão ter atuação na área de saúde, por meio das  
456 instâncias de Controle Social (Conferências e Conselhos de Saúde), comprovada por intermédio de  
457 declarações e certificados emitidos pelos Conselhos. Antes de abrir a palavra para manifestações do  
458 Plenário, Conselheiro **Moisés Goldbaum** manifestou-se contrário à proposta, por entender que cercearia  
459 a participação, no processo eleitoral, de entidades que, apesar de não terem atuado em Conselhos de  
460 Saúde, poderiam contribuir e enriquecer os debates no Conselho. Conselheira **Solange Gonçalves**  
461 **Belchior** defendeu a proposta do Conselheiro **Eni Carajá Filho**, apesar de não ter participado da sua  
462 elaboração, por considerar que as entidades que irão compor o CNS teriam que ter conhecimento  
463 mínimo a respeito do Controle Social e ter participado de suas instâncias, a fim de poder contribuir com  
464 os debates. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** disse que a proposta configurava-se em um  
465 critério de exclusão e contrapunha-se a lógica do processo eleitoral de ampliar a representatividade do  
466 Conselho e, por esse motivo, discordou da sua inclusão no Regimento. Conselheira **Lílian Alicke**  
467 ressaltou que o Fórum de Entidades de Defesa dos Portadores de Deficiências e Patologias discutiu a  
468 proposta e definiu que, para participar do processo de disputa de vagas, a entidade ou movimento teria  
469 que ter atuação na área da saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** enfatizou que era favorável à  
470 proposta, por considerar que o CNS não era um espaço de formação, logo, as entidades teriam que ter  
471 conhecimento prévio sobre o SUS e acúmulo de experiência em Controle Social. Conselheiro **Clóvis A.**  
472 **Boufleur**, apesar de não ser contrário à proposta, ponderou sobre a dificuldade de se atestar,  
473 juridicamente, a validade do documento comprovando a participação da entidade ou movimento em  
474 Conferências Nacionais de Saúde. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** registrou sua posição  
475 contrária à proposta, compreendendo que era restritiva, pois impedia a participação da sociedade civil e  
476 subestimava a sua capacidade de contribuir nas discussões a respeito do SUS. Conselheira **Maria**  
477 **Eugênia C. Cury** manifestou-se totalmente contrária à proposta, por entender que tolhia a participação da  
478 sociedade e por considerar que a participação em Conferências de Saúde não era suficiente para  
479 comprovar que a entidade ou movimento tem acúmulo de debate a respeito do SUS. Conselheiro  
480 **Wander Geraldo da Silva** também afirmou a sua posição contrária à proposta, entendendo que, além de  
481 outros prejuízos, garantiria a permanência dos atuais conselheiros estaduais e municipais, impedindo a  
482 participação de setores importantes da sociedade que estão fora dos Conselhos de Saúde Estaduais e  
483 Municipais. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** fez uma reflexão sobre a proposta apresentada,

484 dizendo que, diante das novas mudanças no Conselho, esse critério poderia contribuir para a eleição de  
485 pessoas mais qualificadas. Disse que era preciso colocar em prática o processo e fazer os acertos  
486 necessários no seu decorrer, garantindo-se maior tempo para tratar da saúde do povo. Conselheira  
487 **Solange Gonçalves Belchior** diante das ponderações dos Conselheiros, sugeriu que a proposta não  
488 contasse no Regimento Eleitoral, mas fosse uma orientação política para as plenárias que irão definir as  
489 entidades que irão compor o CNS. **Não havendo posições contrárias, o Plenário acatou a proposta que**  
490 **essa seja uma orientação política para as Plenárias de Segmentos que irão definir as entidades que**  
491 **comporão o CNS.** Definida essa questão, Conselheira **Júlia Maria Roland** propôs que os pontos  
492 pendentes da proposta de Regimento fossem discutidos no terceiro dia de reunião e que fosse iniciado o  
493 debate da minuta de Decreto de Composição do CNS. Acatado esse encaminhamento, Conselheiro  
494 **Moisés Goldbaum** apresentou as alterações e os ajustes, feitos pelo GT, na minuta de Decreto de  
495 Composição do CNS, destacando em especial, a dúvida do Grupo a respeito da pertinência de se incluir  
496 as entidades nacionais de empresários no segmento dos gestores e prestadores de serviços de saúde.  
497 Em seguida, os Conselheiros destacaram os itens da minuta para discussão e, na seqüência,  
498 Conselheiro **Moisés Goldbaum** abriu a palavra para a apresentação e debate dos destaques.  
499 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** apresentou emenda a letra "g", item I, artigo 1º, que passaria a ter a  
500 seguinte redação: "um de entidades nacionais gerais de estudantes", na perspectiva de contemplar as  
501 entidades que representam o conjunto dos estudantes. **Não havendo posição contrária, a emenda foi**  
502 **aprovada por unanimidade.** Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** destacou o item II, do artigo 1º,  
503 que define os representantes dos trabalhadores da área da saúde, propondo que uma das nove vagas  
504 reservadas às entidades nacionais de trabalhadores da área da saúde fosse destinada à representação  
505 das entidades médicas. Seguindo a orientação do Plenário, o Conselheiro **Moisés Goldbaum** colocou em  
506 votação duas propostas: **1) manter a proposta original; ou 2) remanejar uma das nove vagas destinadas**  
507 **às entidades nacionais de trabalhadores da área da saúde para a representação das entidades médicas.**  
508 **A proposta número 1 foi aprovada com 19 votos. A proposta número 2 recebeu 4 votos e houve duas**  
509 **abstenções.** Conselheiro **Luiz Fernando C. Silva** destacou a letra "c: dois de prestadores de serviços de510 **saudé", item III, artigo 1º, para pleitear mais uma vaga para os prestadores de serviços de saúde,**  
511 **argumentando que, diferentemente dos demais, esse segmento não teve aumento do número de vagas**  
512 **com a ampliação do número de integrantes do CNS (32 para 40; e de 40 para 44).** Além disso, lembrou  
513 **que uma das três vagas desse segmento foi destinada a entidades nacionais de empresários, que, na**  
514 **sua visão, não eram prestadores de serviços de saúde.** Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** avocou o  
515 **princípio da equidade para endossar a proposta de ampliar o número de vagas para o segmento dos**  
516 **prestadores de serviço.** Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** justificou que a ampliação do número de  
517 **Conselheiros de 32 para 40 foi feita para garantir a paridade na composição do Conselho.** Ressaltou,  
518 **também, que, a partir do critério da paridade, não era possível aumentar o número de vagas de um**  
519 **determinado segmento, sem necessariamente, aumentar o dos demais.** Por essa razão, levantou a  
520 **possibilidade de remanejar uma vaga dos gestores federais para os prestadores de serviço de saúde.**  
521 Conselheira **Júlia Maria Roland** fez uma reflexão sobre a complexidade das alterações feitas,  
522 **simultaneamente, na composição do CNS e no processo de eleição dos seus membros, sendo**  
523 **necessário garantir um processo legítimo e representativo do conjunto da sociedade que luta e defende**  
524 **o SUS.** Disse que os princípios do SUS teriam de nortear esse debate e, nessa linha, manifestou a sua  
525 **discordância com o remanejamento das entidades nacionais de empresários para o segmento dos**  
526 **prestadores de serviços de saúde.** Citou, por exemplo, o caso da Central Única de Trabalhadores, que,  
527 **apesar de ter vários trabalhadores da saúde, eram incluídas no segmento dos usuários.** Também  
528 **destacou que, conforme explicitado na minuta de Decreto "um de entidades nacionais de empresários,**  
529 **ligados à área da saúde", as Confederações da Indústria, do Comércio e da Agricultura seriam excluídas**  
530 **do processo, pois, no seu conjunto, não representam apenas o setor saúde.** Conselheiro **Luiz Fernando**  
531 **C. Silva** ressaltou que, na ocasião do debate a respeito da composição do CNS, solicitou mais uma vaga  
532 **para o segmento dos prestadores de serviço, mas o seu pleito não foi acatado.** Enfatizou, ainda, que não  
533 **havia paridade no segmento dos gestores e prestadores de serviços de saúde.** Conselheiro **Jorge**  
534 **Nascimento Pereira** fez uso da palavra para registrar o seu descontentamento em relação à letra "n",  
535 **item I, artigo 1º, movimentos sociais populares nacionais organizados, por entender que os movimentos**  
536 **populares de saúde seriam prejudicados ao concorrer vaga nesse segmento.** Conselheiro **Francisco**  
537 **Batista Júnior** explicou que, ao coordenar o debate sobre a recomposição do CNS, não se sentiu à  
538 **vontade para fazer intervenções que deveriam ter sido feitas e que, após avaliar com mais tranquilidade,**  
539 **concluiu que o Plenário cometeu um equívoco ao retirar as entidades nacionais de empresários do**  
540 **segmento dos usuários e inclui-las no segmento dos prestadores de serviço.** Nessa perspectiva,  
541 **manifestou apoio às reivindicações do Conselheiro **Luiz Fernando C. Silva**, por entender que houve uma**  
542 **discriminação a respeito do segmento dos prestadores de serviço de saúde e que as entidades nacionais**  
543 **de empresários não são prestadores de serviço do SUS.** Também destacou que o debate a respeito do  
544 **processo eleitoral do CNS está sendo feito na perspectiva de evitar contestações jurídicas e**

repercussões negativas nos estados e municípios. Em face desses argumentos, defendeu que o Plenário rediscutisse a atual composição do segmento dos prestadores de serviços, levando-se em consideração a possibilidade de reincluir as entidades nacionais de empresários no segmento dos usuários. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** enfatizou a necessidade de rediscutir a composição do segmento dos prestadores de serviços, em especial, a situação das entidades nacionais de empresários, que, além de terem sofrido redução de vagas (três para uma), foram incluídas, equivocadamente, nesse segmento. Conselheiro **Eni Carajá Filho** lembrou que a 12ª Conferência Nacional de Saúde deliberou por garantir que os Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão, tenham a sua composição de acordo com a Resolução nº 333/03, anulando a Resolução do CNS nº 36/93, que incluiu as entidades nacionais de empresários no segmento dos usuários e incluindo a representação dos empresários no segmento dos prestadores de serviço. Diante desse argumento, propôs que fosse rediscutida a divisão das vagas entre gestores e prestadores de serviço, a fim de atender a solicitação do Conselheiro **Luiz Fernando C. Silva**. Conselheiro **Ciro Mortella** destacou a letra “e”, item III, artigo 1º para também tratar sobre a inclusão das entidades nacionais de empresários no segmento dos prestadores de serviço. Disse que a exclusão das entidades nacionais de empresários do segmento dos usuários e sua inclusão no segmento dos prestadores representava dois equívocos: o primeiro de caráter conceitual, porque os empresários também são usuários do SUS e, se não são, é por causa de uma conjuntura, que precisa ser modificada, com a participação desse setor no Conselho; e o segundo refere-se à redução da representatividade e pluralidade do Conselho, com a diminuição das três vagas para uma. Manifestou o seu estranhamento a respeito da decisão do Plenário de reduzir a participação das entidades de empresários no Conselho, quando o Governo do Presidente **Luiz Inácio Lula da Silva** tem trabalho no sentido de fortalecer o diálogo com a indústria e, como tal, empresários estão integrando instâncias consultivas de formulação de estratégias e de controle do Governo. Diante disso, solicitou que o Plenário rediscutisse a situação das entidades de empresários, levando-se em consideração a atual política do Governo de fortalecer a relação com o setor empresarial. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** explicou que prestador de serviço referia-se ao setor privado que presta serviço completar ao SUS, portanto, as entidades de empresários, que não prestam serviços de saúde de forma complementar ao Sistema, não poderiam ser incluídas no segmento dos prestadores de serviços. Assim sendo, perguntou se esse setor deveria ser excluído do processo de debate do Controle Social, uma vez que não poderia ser incluído no segmento dos prestadores de serviços de saúde, nem no segmento dos usuários. Ressaltou que, ao considerar que usuário do SUS é aquele que utiliza a unidade básica de saúde no seu dia-a-dia, somente as entidades de portadores de patologias e deficiências poderiam compor o segmento dos usuários. Também destacou que o Plenário decidiu incluir as entidades nacionais de ambientalistas no segmento dos usuários, por entender que se trata de setor importante e precisa participar do Conselho. A partir dessa concepção, defendeu a inclusão das entidades nacionais de empresários no segmento dos usuários, compreendendo que, independente de não serem do setor da saúde, contribuem no processo de construção e consolidação do SUS. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** ratificou a proposta de rever a decisão do Plenário, incluindo as entidades nacionais de empresários no segmento dos usuários, tendo em vista que a discussão sobre o Sistema Único de Saúde deve envolver vários setores da sociedade e não apenas a saúde. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** registrou sua satisfação com as intervenções dos Conselheiros, apontando para a necessidade de rever a situação das entidades nacionais de empresários e garantir a participação das Confederações de Indústria, da Agricultura e do Comércio no Conselho. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** manifestou sua insatisfação com o fato de o Plenário ter retomado o debate de uma matéria que havia sido exaustivamente discutida e votada há mais de dois meses. Conselheira **Silvia Marques Dantas** disse que tinha dúvida em relação ao segmento que as entidades de empresários deveriam ser contempladas, entendendo que a indústria farmacêutica, por exemplo, não representava os usuários, pois não possuía uma visão política de usuário. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** destacou que esse era um debate oportuno, pois possibilitava rever uma decisão tomada, que, após maior reflexão, entendeu-se que não foi a mais viável. Salientou que, na ocasião do debate sobre a composição do CNS, defendeu que o Plenário trabalhasse na perspectiva de inclusão, levando-se em consideração a atual conjuntura em que as relações sociais se estabelecem entre empregadores e empregados, por exemplo. Nesse sentido, enfatizou que, para se avançar na consolidação do SUS que se deseja, era preciso garantir a participação das entidades de empresários no Conselho. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** disse que o CNS poderia errar, mas ao reconhecer o seu erro, deveria corrigi-lo e aprender com ele. Ressaltou que, ao coordenar o GT que trabalhou a Resolução nº 333, não tinha dúvidas que a CNI, a CNC e a CNA eram prestadores de serviços, mas após ouvir considerações sobre o real significado de prestador de serviços no SUS, estava convencida de que não eram prestadores de serviços. Na sua visão, o significado atual de usuário era sociedade civil e, segundo essa concepção, não havia a menor dúvida que os empresários, por serem sociedade civil, deveriam ser incluídos no segmento dos usuários, ainda que não utilizassem, cotidianamente, os serviços de atenção básica à saúde do SUS. Conselheiro

606 Francisco Batista Júnior destacou que, no seu entendimento, o CNS não deveria retomar uma matéria já  
607 discutida e votada para atender interesses particulares ou corporativos, mas deveria fazê-lo para  
608 reconhecer um erro e concertá-lo, como é o caso. Disse que as entidades de empresários não eram  
609 prestadores de serviços e, entendendo que são parte da sociedade civil organizada e que contribuem  
610 efetivamente para o debate, poderiam ser incluídas no segmento dos usuários. Enfatizou que  
611 compreendia a preocupação de não se incluir no segmento dos usuários entidades que não tenham uma  
612 posição de defesa dos interesses dos usuários, contudo, ressaltou que o CNS não possuía ingerência  
613 sobre essa questão, cabendo às entidades indicar representantes com essa concepção. Conselheiro  
614 Carlos Alberto Duarte discordou do argumento que todos são usuários do SUS, logo, poderiam ser  
615 incluídos no segmento dos usuários, uma vez que usuário era aquele que se posicionava como tal. Além  
616 disso, lamentou o fato de o CNS insistir em uma matéria que ia de encontro à deliberação da 12ª  
617 Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro Ciro Mortella ressaltou que as entidades de empresários  
618 não defenderiam os interesses dos usuários de determinada patologia, até porque eram representados  
619 por entidade específica. Sugeriu que o Plenário fizesse uma reflexão sobre o fato dos empresários  
620 estarem participando da vida econômica e política do país e ficarem de fora da construção das  
621 estratégias e do Controle do Controle do SUS. Conselheira Solange Gonçalves Belchior lembrou que a  
622 lógica da recomposição do CNS foi a ampliação da representação popular e não a redução da  
623 participação do setor empresarial. No seu entendimento, as Conferências Nacionais de Saúde  
624 apontavam eixos a serem seguidos, contudo, determinadas deliberações da 12ª Conferência, por  
625 exemplo, eram inviáveis de serem implementadas no momento. Afirmou também que não votou essa  
626 matéria de forma equivoca, por considerar que o setor empresarial não poderia ser incluído no segmento  
627 dos usuários, nem no segmento dos trabalhadores da saúde. Enfatizou que era preciso rediscutir os  
628 segmentos definidos na Lei nº 8.142/90, no sentido de serem ampliados, uma vez que não dão conta da  
629 diversidade da sociedade civil. Mas, no momento, para garantir a participação das entidades nacionais  
630 de empresários no CNS, defendeu que fossem incluídas no segmento dos gestores, pelo seu papel  
631 social. Conselheiro Francisco das Chagas Monteiro disse que era preciso reconhecer que a participação  
632 do setor empresarial no CNS foi reduzida, a fim de reverter essa questão, de forma a garantir a  
633 diversidade dos segmentos, que tinham interesses distintos, para garantir a riqueza dos debates no  
634 Conselho. Conselheira Silvia Marques Dantas explicou que a redução de vagas das entidades nacionais  
635 de empresários foi feita para ampliar a diversidade e a representatividade do Conselho. Enfatizou,  
636 também, que o setor empresarial não foi excluído do debate do Controle Social, pois lhe foi reservada  
637 uma vaga no segmento dos prestadores de serviços. Além disso, discordou da solicitação de ampliação  
638 do número de vagas para o segmento dos prestadores de serviços, tendo em vista que, apesar de  
639 possuir três vagas, apenas uma entidade desse segmento participava das reuniões do CNS. Conselheiro  
640 Eni Carajá Filho disse que uma eventual deliberação do CNS, reincluindo as entidades nacionais de  
641 empresários no segmento dos usuários significaria uma afronta aos construtores da Política de Saúde,  
642 via Conferência Nacional de Saúde. Desse modo, sugeriu que as vagas do segmento dos gestores e  
643 prestadores fossem redistribuídas, a fim de contemplar as entidades nacionais de empresários. Disse  
644 que, caso o CNS deliberasse por reincluir as entidades nacionais de empresários no segmento dos  
645 usuários, buscara o apoio de outras instâncias do Controle Social para garantir o cumprimento da  
646 orientação da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro Luiz Augusto A. Martins fez uso da  
647 palavra para afirmar que não era contra a participação de entidades de empresários no CNS, mas sim,  
648 contra a sua inserção no segmento dos usuários. Conselheira Rozângela Fernandes Camapum  
649 manifestou-se preocupada com a sinalização de que se buscara o apoio de outras instâncias para  
650 reverter decisão do Plenário, por entender que essa atitude não ia contribuir para o debate. Ademais,  
651 destacou que as deliberações das Conferências eram orientações fundamentais, mas que seriam  
652 implementadas a curto, médio e longo prazo, de acordo com a organização dos setores. Conselheiro  
653 Ciro Mortella lembrou que, conforme a ata da 29ª Reunião Extraordinária, o Plenário aprovou com 14  
654 votos a favor, 3 votos contrários e 3 abstenções a redução do número de vagas das entidades de  
655 empresários. Ressaltou que, diante das considerações do Plenário, não havia discordância sobre a  
656 participação das entidades de empresários no Conselho, mas havia dificuldade em definir onde seriam  
657 contempladas. Assim, sugeriu que o Plenário promovesse debate a respeito do espaço que precisa ser  
658 aberto para que a sociedade brasileira participe da formulação das estratégias e do controle das  
659 Políticas de Saúde. Conselheiro Luiz Fernando C. Silva disse que estava pleiteando mais uma vaga para  
660 o segmento dos prestadores de serviços de saúde, na perspectiva de indicar representantes que  
661 participassem ativamente das reuniões do CNS. Conselheira Gilca Ribeiro S. Diniz sugeriu que os  
662 trabalhos fossem suspensos para que os segmentos se reunissem e redefinissem o rumo do debate.  
663 Conselheiro Moisés Goldbaum chamou a atenção para a importância do debate, uma vez que  
664 demonstrou as opiniões de cada segmento sobre a matéria, que é extremamente complexa. Somando-  
665 se à proposta da Conselheira Gilca Ribeiro S. Diniz, propôs a suspensão dos trabalhos para que os  
666 segmentos se reunissem e debatessem a matéria, na perspectiva de chegar a um consenso. O Plenário

667 acatou a proposta e os trabalhos do primeiro dia de reunião foram encerrados. A discussão dessa  
668 matéria seria retomada, posteriormente. Na manhã do terceiro dia de reunião, sob a coordenação do  
669 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, foi retomada a discussão das pendências a respeito do Regimento  
670 Eleitoral e do Decreto de Composição do CNS. A propósito do Regimento Eleitoral, Conselheiro **Carlos**  
671 **Alberto Duarte** disse que o Plenário teria de manifestar-se sobre a proposta de adiar a data da eleição,  
672 prevista para o dia 15 de abril de 2005. Não havendo manifestações contrárias ao adiamento da eleição,  
673 o Conselheiro propôs que a Reunião Ordinária do CNS do mês de maio fosse realizada nos dias 18, 19 e  
674 20 e a eleição no dia 31 de maio de 2005, com a posse dos Conselheiros nos dias 8 e 9 de junho de  
675 2005. Levando-se em consideração as ponderações do Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** sobre a  
676 dificuldade da CONAM em participar da eleição na data supracitada, o Plenário aprovou que: **a 153<sup>a</sup>**  
677 **Reunião Ordinária do CNS será realizada nos dias 3, 4 e 5 de maio de 2005 ou 4 e 5 de maio de 2005; a**  
678 **eleição, no 17 de maio de 2005; e a posse dos Conselheiros será em junho de 2005 (data indicativa: 8 e**  
679 **9).** Prosseguindo, o Conselheiro retomou a discussão do Decreto de Composição do CNS, solicitando  
680 que fosse apresentado informe sobre os resultados da reunião, que discutiu a questão das entidades  
681 nacionais de empresários. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** informou que, no dia anterior, se reuniu  
682 com os Conselheiros **Maria Eugênia C. Cury, Ciro Mortella, Augusto Alves do Amorim e Rogério**  
683 **Tokarski**, para discutir as polêmicas colocadas no primeiro dia de reunião a respeito das entidades de  
684 empresários e tentar chegar a um consenso. Disse que, na reunião, os participantes chegaram a acordo  
685 sobre a proposta de inclusão da nomenclatura “entidades patronais” no segmento dos gestores e  
686 prestadores de serviços de saúde, uma vez que as entidades patronais não se consideram gestores,  
687 nem prestadores de serviços e o segmento dos usuários entende que, conforme a deliberação da 12<sup>a</sup>  
688 Conferência Nacional de Saúde, as entidades nacionais de empresários não devem ser contempladas  
689 no segmento dos usuários e sim no segmento dos prestadores de serviço. Explicou que essa era uma  
690 saída provisória e a intenção era retomar a discussão dessa matéria futuramente, a fim de que se definir,  
691 com clareza, as características de cada um dos segmentos que compõem o CNS. Conselheiro **Luiz**  
692 **Fernando C. Silva** discordou da proposta, haja vista que, conforme a Lei nº 8.142/90, o Plenário é  
693 composto por quatro segmentos (usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços).  
694 Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** concordou com a proposta de reservar uma vaga do  
695 segmento dos prestadores de serviços às entidades patronais. Conselheira **Cibile de Mello Osório**  
696 justificou a sua ausência nos dois primeiros dias de reunião e, apesar de não ter participado da  
697 discussão dessa matéria, registrou que a representação dos empregadores não se enquadrava no  
698 segmento dos prestadores de serviço. Contudo, disse que era preciso garantir a participação desse  
699 setor, haja vista a necessidade de ser explicitada no Conselho a relação capital e trabalho, que é  
700 determinante na saúde de toda a população. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,  
701 lembrou que se buscou definir um acordo, para que a matéria não fosse votada novamente. Sugeriu que  
702 o grupo discutisse essa proposta com os segmentos dos gestores e prestadores de serviços e  
703 continuasse as negociações, a fim de se chegar a proposta de consenso a respeito da matéria.  
704 Conselheiro **Luiz Fernando C. Silva**, entendendo que não há paridade no segmento dos gestores e  
705 prestadores de serviços, propôs que uma das seis vagas reservadas aos gestores federais fosse  
706 destinada aos prestadores de serviço. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** sugeriu que o  
707 Decreto de Composição do CNS fosse colocado em votação na reunião, após ser apreciada a proposta  
708 apresentada pelo Conselheiro **Luiz Fernando C. Silva**. Conselheiro **Rogério Tokarski** disse que o GT  
709 acordou que o Decreto de Composição do CNS não seria votado na reunião, de forma a possibilitar os  
710 acordos necessários. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** informou que, na reunião, o grupo chegou a  
711 consenso sobre a proposta de incluir a terminologia “entidades patronais” no segmento dos gestores e  
712 prestadores de serviços, na perspectiva de garantir a participação do setor empresarial, contudo, não  
713 houve acordo sobre o número de vagas para esse setor. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro**  
714 explicou que os Conselheiros representantes das Confederações concordaram com a inclusão das  
715 entidades patronais no segmento dos gestores e prestadores de serviços, contudo, não abdicavam das  
716 três vagas. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** esclareceu que se chegou a acordo sobre a inclusão das  
717 entidades patronais no segmento dos gestores e prestadores de serviços, mas não foi possível pactuar o  
718 número de vagas. Diante dessa consideração, Conselheiro **Luiz Fernando C. Silva** disse que não era  
719 possível votar o Decreto de Composição do CNS na reunião. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**  
720 **Aparecida da Cruz**, explicou que era possível elaborar dois Decretos, um ampliando o mandato dos  
721 Conselheiros e definindo o calendário do processo eleitoral e outro, definindo a composição do CNS.  
722 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ressaltou que o Plenário deveria ponderar que as negociações para a  
723 assinatura do Decreto de Composição do CNS poderiam demorar e inviabilizar o cumprimento do  
724 calendário eleitoral. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** disse que não era contra o adiamento  
725 da votação do Decreto de Composição do CNS para a próxima reunião, contudo, também estava  
726 preocupada com uma eventual demora na sua assinatura, que poderia implicar em uma nova  
727 prorrogação do atual mandato. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** enfatizou que o Plenário teria de

728 acatar o acordo firmado com as entidades de empresários e não votar o Decreto na reunião e, ao  
729 mesmo tempo, negociar com o governo a publicação do Decreto na urgência necessária. Conselheira  
730 **Graciara Matos de Azevedo** ressaltou a importância de o Plenário definir que o Decreto seria votado na  
731 próxima reunião do CNS, ainda que não se chegasse a consenso sobre a matéria. **Feitas essas**  
732 **considerações, o Plenário decidiu compor um GT, formado pelos Conselheiros Gilca Ribeiro S. Diniz;**  
733 **Rozângela Fernandes Camapum; Olympio Távora D. Corrêa; Gyselle Saddi Tannous; Ciro Mortella;**  
734 **Augusto Alves do Amorim; Rogério Tokarski; Carlos Alberto Duarte; e o Secretário de Atenção à Saúde,**  
735 **Jorge Solla, para continuar as negociações e apresentar proposta de consenso sobre essa matéria.** A  
736 minuta de Decreto de Composição do CNS será apreciada e votada na próxima reunião, de forma a  
737 garantir o cumprimento dos prazos definidos para o processo eleitoral. Em relação ao Regimento  
738 Eleitoral do CNS, foi acordado que o GT fará os ajustes necessários ao texto e apresentará nova  
739 proposta de redação para o parágrafo 8º, do artigo 11, na próxima reunião do CNS. ITEM 3 –  
740 **INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ POR ANENCEFALIA** – Conselheiro **Francisco Batista Júnior** assumiu a  
741 coordenação dos trabalhos, convidando os Conselheiros **José Caetano Rodrigues** e **Silvia Marques**  
742 **Dantas**, para fazer uma abordagem sobre a antecipação terapêutica do parto nos casos de fetos  
743 anencéfalos. Conselheiro **José Caetano Rodrigues** foi o primeiro a fazer uso da palavra, agradecendo, a  
744 princípio, o espaço para apresentação e debate da matéria no Plenário do CNS. Disse que esse tema  
745 tem sido objeto de discussão na Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), uma vez  
746 que afeta não apenas o direito das gestantes, mas também a liberdade pessoal e profissional dos  
747 prestadores da saúde, que se sujeitam a ação penal pública, no caso de atuarem no procedimento de  
748 antecipação terapêutica do parto. Explicou que a CNTS realizou um seminário, em 2004, para  
749 aprofundar o debate da matéria, que teve como encaminhamento final o oferecimento de Arguição de  
750 Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) ao Supremo Tribunal Federal (STF), visando garantir  
751 à gestante o direito de optar pela antecipação terapêutica do parto em caso de feto anencéfalo. Com  
752 isso, o Estado teria a obrigação de prestar essa assistência e os profissionais de saúde seriam  
753 autorizados a realizar o procedimento de antecipação terapêutica nesses casos. Explicou que, apesar do  
754 parecer favorável do Presidente do STF a ADPF, o Colegiado do Supremo, no final de 2004, solicitou  
755 pedido de vistas à matéria, suspendendo a liminar para a análise e votação posteriormente. Dessa  
756 forma, solicitou que o CNS, a exemplo de vários setores da sociedade, se manifestasse sobre o assunto,  
757 que é relacionado à saúde da população e, consequentemente, ao Sistema Único de Saúde.  
758 Continuando, a Conselheira **Silvia Marques Dantas** fez uma apresentação sobre o que é a anencefalia,  
759 na perspectiva de subsidiar o debate da matéria. Explicou que a anencefalia é uma má-formação fetal  
760 congênita por defeito de fechamento do tubo neural durante a gestação, de modo que o feto não  
761 apresenta os hemisférios cerebrais e o córtex, havendo apenas resíduos do tronco encefálico,  
762 acarretando a inexistência de todas as funções superiores do sistema nervoso central, responsável pela  
763 consciência, cognição, vida relacional, comunicação, afetividade e emotividade e que controla  
764 parcialmente a respiração, as funções vasomotoras e a medula espinhal. Esclareceu que é possível  
765 fazer o diagnóstico da má formação no  
766 início da gestação, uma vez que na primeira ecografia já se pode visualizar a imagem do grave  
767 achatamento da cabeça do feto pela ausência dos hemisférios cerebrais. Disse que o  
768 prognóstico apresentado na literatura médica sobre a sobrevivência de fetos anencefálicos é de no  
769 máximo duas horas fora do útero e que aproximadamente 65% dos fetos anencefálicos morrem ainda no  
770 período intra-uterino. Ressaltou que a anencefalia pode trazer várias complicações obstétricas, dentre as  
771 quais se destacam: polihidramônio (aumento do volume do líquido amniótico); doenças hipertensivas  
772 específicas da gestação; puerpério com maior incidência de hemorragias maternas por falta de  
773 contratilidade uterina; associação com vasculopatia periférica de estase; maior incidência de infecções  
774 pós-cirúrgicas devido às manobras obstétricas do parto de termo; dificuldades obstétricas e  
775 complicações no desfecho do parto de anencefálicos de termo; e alterações psicológicas e de  
776 comportamento da gestante. Informou que, segundo a Organização Mundial da Saúde, o Brasil é o  
777 quarto país no mundo em número de casos de anencefalia. A respeito da Arguição de Descumprimento  
778 de Preceito Fundamental, esclareceu que se  
779 trata de um instrumento jurídico previsto na Constituição de 1988 que pode ser utilizado quando se  
780 constata que um direito fundamental não está sendo devidamente garantido, em função de uma prática  
781 ou interpretação equivocada da realidade. Destacou que, no caso da anencefalia, os seguintes direitos  
782 estão sendo violados: 1) dignidade da pessoa humana: este princípio está assegurado na Constituição  
783 Brasileira e relaciona-se ao direito à integridade física, englobando o direito à vida, e à integridade moral;  
784 2) legalidade, liberdade e autonomia da vontade: segundo a Constituição Brasileira, o princípio da  
785 legalidade (expresso no inciso II do art. 5º) determina que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de  
786 fazer alguma coisa senão em virtude da lei”. A liberdade consiste em ninguém ter que se submeter a  
787 qualquer vontade que não a de lei, e, mesmo assim, desde que seja ela formal e materialmente  
788 constitucional; e 3) direito à saúde: expresso na Constituição Brasileira em seu art. 196, que afirma: “a

saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, prevenção e recuperação". Neste aspecto, a interrupção da gravidez, nos casos de fetos anencéfalos é o único procedimento médico cabível para prevenir o risco e a dor da gestante. Destacou que vários setores da sociedade brasileira manifestaram apoio a APDF, dentre eles, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASCO); Católicas pelo Direito de Decidir (CDD); Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH); o Fórum Social Mundial de Saúde/2005; e a Conferência Nacional de Políticas para a Mulher/2004. Ressaltou que os Tribunais de Justiça de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul concederam o direito à gestante de antecipar o parto de fetos anencefálicos, a exemplo do que acontece em países como Portugal, Espanha, Itália, Cuba, Estados Unidos, França, Holanda, Reino Unido, Austrália, Japão, entre outros. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que, juntamente com a Conselheira **Silvia Marques Dantas**, encaminhou solicitação à Secretaria-Executiva do CNS para que a matéria fosse pautada no CNS, por entender a necessidade de o Plenário manifestar-se sobre uma questão que traz sérias consequências físicas e psicológicas para as mulheres e está sendo discutida no STF. Na seqüência, abriu a palavra para as manifestações dos Conselheiros. Conselheira **Zilda Arns Neumann** fez uso da palavra para apresentar a seguinte Questão de Ordem: que não fosse aberta a discussão da matéria na reunião, uma vez que se trata de uma questão polêmica e era preciso ouvir parecer técnico e avaliação ético-jurídica distintos. Sendo assim, sugeriu que o debate fosse adiado para a próxima reunião, sendo convidados especialistas com visões diferentes para abordar a matéria, na perspectiva de subsidiar o posicionamento do Plenário. Conselheiro **Eni Carajá Filho** defendeu que o Plenário debatesse a matéria na reunião e que a deliberação do assunto fosse adiada para a próxima reunião do CNS. Não havendo consenso sobre o encaminhamento do debate, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em votação as duas propostas: 1) Questão de Ordem: adiar a discussão da matéria para a próxima reunião do CNS, para que sejam ouvidas posições distintas a respeito da matéria, que subsidiem o posicionamento do Plenário; e 2) iniciar o debate na reunião e repautar a matéria na próxima reunião, garantindo a apresentação de posições distintas sobre o assunto, para subsidiar a decisão do Plenário. **A proposta número 1 foi aprovada com 21 votos. A proposta número 2 recebeu 2 votos e houve duas abstenções.** O Plenário também compôs um grupo com a finalidade de apresentar sugestões de nomes para compor a mesa de debate (quatro pessoas, dois técnicos e dois especialistas, com posições distintas, para fazer uma abordagem da matéria do ponto de vista ético e jurídico). **A proposta do grupo, composto pelos Conselheiros Silvia Marques Dantas, Rozângela Fernandes Camapum e Clóvis A. Boufleur, para a mesa de debate sobre a antecipação terapêutica do parto por anencefalia, após contribuições do Plenário, foi aprovada nos seguintes termos:**

I – Sugestões de nomes para compor a mesa: 1) especialistas no campo ético e jurídico: 1.1. Posição "a": Dr. **Barroso**, advogado e professor da UERJ; Dr. **Torres**, juiz em Campinas/SP; Dra. **Silvia Pimentel**, advogada, integrante da Comissão Interamericana da CEDAW; Dra. **Miriam Ventura**, advogada; e Dr. **Arx Tourinho**, advogado e presidente da OAB; 1.2. Posição "b": **Paulo Silveira Martins Leão**, Procurador do Estado do Rio de Janeiro. 2) Especialistas no campo ético e jurídico: 2.1. Posição "a": Dra. **Eliane Azevedo**, médica, da Bahia; e Dr. **Garces Leme**, professor de São Paulo; 2.2. Posição "b": Dr. **Aníbal Faundes**, médico, professor da UNICAMP, FEBRASGO; Dr. **Jorge Andalaft**, médico, FEBRASGO; Dr. **Baracat**, médico, Presidente da FEBRASGO; Dr. **Jéferson Drezer**, médico; Dra. **Fátima Oliveira**, médica, Minas Gerais. II - Temas: os especialistas deverão abordar, pelo menos, os seguintes eixos: a) origem da enfermidade; b) diagnóstico/assistência; c) prevenção; d) riscos para a mãe; e) sobrevivência do feto; f) Resolução do Conselho Federal de Medicina sobre o assunto; g) doação de órgãos; h) condições da gestante para decidir sobre a antecipação do parto; i) ADPF – direito à saúde e autonomia; e j) direito à vida. III – Outras sugestões: que o tema seja pautado para debate no segundo dia de reunião, no período da manhã; e que a mesa seja coordenada pela Secretaria-Executiva do CNS, possibilitando que os Conselheiros possam debater livremente o assunto. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão da execução orçamentária 2004 e do Orçamento 2005. **ITEM 4 – COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO DO CNS (COFIN/CNS) - a) Execução Orçamentária 2004; e b) Orçamento 2005** – Os Conselheiros **Gerônimo Paludo** e **Fernando Luiz Eliotério** assumiram a coordenação dos trabalhos, convidando para compor a mesa o Subsecretário de Planejamento e Orçamento Substituto, **Luiz Antônio Nolasco de Freitas**, e a Coordenadora-Geral de Planejamento/MS, **Jonice M. Ledra Vasconcellos**. Iniciando, o Conselheiro **Gerônimo Paludo** fez a apresentação da primeira parte do relatório da reunião da Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS (COFIN/CNS), realizada no dia 3 de fevereiro de 2005, que tratou dos seguintes temas: análise da execução orçamentária do 4º trimestre de 2004; tramitação do Projeto de Lei Complementar nº1, de 2003; acompanhamento da execução orçamentária de 2005, segundo o Plano Nacional de Saúde; e análise dos valores correspondentes. A propósito da execução orçamentária (4º trimestre e até dezembro de 2004), informou que as despesas com ações e serviços de saúde totalizaram R\$ 32.703.495.250,00 em 2004, o que representou um crescimento de

850 20,3% em relação a 2003 e os percentuais de empenho e liquidação nos 68 itens/programas que  
851 integram as ações e serviços de saúde – OCC (Outros Custeio e Capital) atingiram 95,27% e 95,27%,  
852 respectivamente, totalizando R\$ 28.893.454.952,00. Explicou que, segundo os representantes do  
853 Ministério da Saúde, o saldo a empenhar de R\$ 1.436.071.321,00 (4,73%) pode ser explicado pelo  
854 contingenciamento orçamentário estabelecido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.  
855 Disse que, para analisar o nível de execução orçamentária, considerando os dados da Tabela “Execução  
856 Orçamentária e Financeira – 2004 – Consolidado – Ministério da Saúde – Posição Dezembro”, a COFIN  
857 utilizou os seguintes critérios: **1)** Adequada: valor de empenho/liquidação igual ou superior a 97% do  
858 valor da coluna “Lei+Créditos”. Enquadram-se nesse critério 25 itens/programas (37% do total), que  
859 totalizaram R\$ 21.868.890.534,00 (cerca de 75% do total do valor de empenho/liquidação em OCC), a  
860 saber: **a)** Fundo Nacional de Saúde (R\$ 21.182.005.836,00): 11 (Instituto Nacional do Câncer); 12  
861 (Pioneiras Sociais); 13 (Publicidade de Utilidade Pública); 18 (Vacinas e Vacinação); 21 (Fomento à  
862 Pesquisa em Ciência e Tecnologia); 26 (KFW – PI e CE); 27 (Média e Alta Complexidade – MAC –  
863 AIH/SAI/SUS); 29 (Piso Assistencial Básico – PAB); 30 (Programa de Agentes Comunitários de Saúde –  
864 PACS/PSF); 37 (Aquisição e Distribuição de Medicamentos/DST/AIDS); 41 (Auxílios ao Servidor); e 42  
865 (Assistência Médica a Servidores); **b)** ANVISA (R\$ 67.059.538,00); 45 (Administração da Unidade); **c)**  
866 FUNASA (R\$ 420.950.862,00); 56 (Controle de Endemias/Erradicação do Aedes); 61 (Assistência  
867 Médica a Servidores); e 62 (Sentença Judicial – Custeio); **d)** FIOCRUZ (R\$ 164.249.691,00): 66  
868 (Manutenção de Unidades de Pesquisa); 67 (Modernização das Unidades de Pesquisa); 70 (Estudos e  
869 Pesquisas); 71 (Outros Programas); 72 (Auxílios ao Servidor); 73 (Assistência Médica aos Servidores); e  
870 75 (Emendas Nominativas); **e)** ANSS (R\$ 34.624.607,00): 77 (Administração da Unidade); e 81  
871 (Assistência Médica a Servidores); e **f)** GHC: nenhum item selecionado; **2)** Regular Superior: valor de  
872 empenho/liquidação acima de 90% e abaixo de 97% do valor da coluna “Lei+Créditos”. Enquadram-se  
873 nesse critério vinte itens/programas (29% do total) que totalizaram R\$ 4.055.213.376,00 (cerca de 14%  
874 do total do valor de empenho/liquidação em OCC), a saber: **a)** Fundo Nacional de Saúde (R\$  
875 3.545.822.351,00); 6 (Combate às Carências Nutricionais); 7 (Bolsa Alimentação); 8 (Manutenção  
876 Administrativa); 9 (Manutenção de Unidades Operacionais); 10 (Hospitais Próprios); 16 (Incentivo para  
877 Controle de Endemias); 24 (PROFAE); 25 (Programa de Prevenção das DST/AIDS); 28 (Medicamentos  
878 Excepcionais); 32 (Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem); 33 (Vigilância Sanitária  
879 – PAB); 34 (Farmácia Básica – PAB); 35 (Ações de Vigilância Epidemiológica); e 40 (Reaparelhamento  
880 das Unidades do SUS/REFORSUS); **b)** ANVISA (R\$ 96.455.215,00); 46 (Vigilância Sanitária de Produtos  
881 e Serviços); **c)** FUNASA (R\$ 347.475.116,00); 51 (Manutenção de Unidades Operacionais); 52  
882 (Manutenção de Unidades Indígenas); 53 (Manutenção Administrativa); 54 (Vacinas e Vacinação); e 60  
883 (Auxílios ao Servidor); **d)** FIOCRUZ (R\$ 41.433.081,00); 68 (Adequação da Planta de Vacinas); e 69  
884 (Produção de Vacinas e Medicamentos); **e)** ANSS (R\$ 24.027.612,00); 78 (Assistência Suplementar de  
885 Saúde); e **f)** GHC – nenhum item selecionado; **3)** Regular Inferior: valor de empenho/liquidação igual ou  
886 acima de 80% e igual ou abaixo de 90% do valor da coluna “Lei+Créditos”. Enquadram-se nesse  
887 critério sete itens/programas (10% do total) que totalizaram R\$ 1.913.284.787,00 (cerca de 7% do total  
888 do valor de empenho/liquidação em OCC), a saber: **a)** FNS (R\$ 1.428.592.547,00); 15 (Programa  
889 Sangue e Hemoderivados); 36 (Aquisição e Distribuição de Medicamentos); 38 (Participação nos  
890 Organismos Internacionais); e 39 (Reaparelhamento Unidades do SUS/MS); **b)** ANVISA: nenhum item  
891 selecionado; **c)** FUNASA (R\$ 470.761.046,00); 58 (Saneamento Básico – Demais Ações); **d)** FIOCRUZ:  
892 nenhum item selecionado; **e)** ANSS (R\$ 1.097.880,00); 80 (Auxílios ao Servidor); e **f)** GHC (R\$  
893 12.833.315,00); 83 (Atenção Hospitalar da Unidade); **4)** Inadequado: valor de empenho/liquidação abaixo  
894 de 80% do valor da coluna “Lei+Créditos”. Enquadram-se nesse critério dezesseis itens/programas  
895 (24% do total) que totalizaram R\$ 1.385.407.981,00 (cerca de 5% do total do valor de  
896 empenho/liquidação em OCC), a saber: **a)** FNS (R\$ 1.150.888.602,00); 14 (Serviço de Processamento  
897 de Dados – DATASUS); 17 (Sistema Nacional de Vigilância em Saúde/VIGISUS); 19 (Outros  
898 Programas); 20 (Qualificação Profissional do SUS); 22 (Implantação do Cartão SUS); 23 (Programa de  
899 Estruturação Saúde da Família – PROESF); 31 (Programa Interiorização Trabalho em Saúde – PITs); e  
900 43 (Emendas Nominativas); **b)** ANVISA (R\$ 21.158.534,00); 47 (Programa Sangue e Hemoderivados);  
901 48 (Auxílios ao Servidor); e 49 (Assistência Médica a Servidores); **c)** FUNASA (R\$ 162.078.377,00); 55  
902 (Sistema Nacional Vigilância em Saúde/VIGISUS); 59 (Outros Programas); e 63 (Emendas Nominativas);  
903 **d)** FIOCRUZ (R\$ 49.968.413,00); 65 (Manutenção Administrativa); **e)** ANSS (R\$ 1.314.056,00); 79  
904 (Outros Programas); e **f)** GHC: nenhum item selecionado. Prosseguindo, informou que foram  
905 selecionados também os itens e programas destacados na 149ª Reunião Plenária do CNS para  
906 esclarecimentos (alguns já analisados), que foram enquadrados de acordo com o critério de análise  
907 anteriormente utilizado, a saber: **a)** 6 (Combate às Carências Nutricionais); execução regular superior; **b)**  
908 15 (Programa Sangue e Hemoderivados); execução regular inferior; **c)** 17 (Sistema Nacional de  
909 Vigilância em Saúde/VIGISUS); execução inadequada; **d)** 20 (Qualificação Profissional do SUS);  
910 execução inadequada; **e)** 25 (Programa de Prevenção das DST/AIDS); execução regular superior; **f)** 31

(Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde): execução inadequada; **g)** 32 (Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem): execução regular superior; **h)** 35 (Ações de Vigilância Epidemiológica): execução regular superior; **i)** 51 (Manutenção de Unidades Operacionais): as atividades foram incorporadas em outro Programa, em 2004; **j)** 55 (Sistema Nacional de Vigilância em Saúde/VIGISUS): execução inadequada; **k)** 66 (Manutenção de Unidades de Pesquisa): execução adequada; e **l)** 83 (Atenção Hospitalar da Unidade): execução regular inferior. Explicou que a COFIN/CNS solicitou esclarecimento aos representantes do Ministério da Saúde sobre os itens/programas que tiveram nível de execução regular ou inferior. O Conselheiro **Luiz Fernando C. Silva** continuou a apresentação do relatório, informando que os dezesseis destaques apontados para o nível de execução “inadequado”, bem como os itens destacados pela 149ª Reunião Plenária, foram analisados com os representantes do Ministério da Saúde, que não puderam prestar esclarecimentos em razão da especificidade dos mesmos. Assim sendo, a COFIN/CNS optou por convidar os representantes das unidades gestoras desses itens/programas para prestar os esclarecimentos devidos na reunião do CNS. Finalizando a análise da execução orçamentária, a respeito do cumprimento da EC nº 29/Resolução nº 322 em 2004, disse que foi novamente lembrado que há uma diferença de metodologia entre o cálculo do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde para aplicação em ações e serviços de saúde. Assim, segundo a metodologia de cálculo adotada pela COFIN/CNS, o valor aplicado em 2004 (R\$ 32.703.495.250,00) superou em R\$ 183.090.000,00 o valor mínimo desse ano calculado com base na Resolução nº 322. Esse superávit compensou parcialmente o déficit de aplicação de R\$ 1.802.800.000,00, acumulado nos anos de 2001 (R\$ 540.100.000,00), 2002 (R\$ 314.500.000,00) e 2003 (R\$ 948.200.000,00). Desta forma, após essa compensação, resta ainda uma diferença de R\$ 1.619.710.000,00 que precisa ser incorporada ao Orçamento do Ministério da Saúde a partir de 2005. De acordo com a metodologia de cálculo adotada pelo Ministério da Saúde, o valor aplicado em 2004 (R\$ 32.703.495.250,00) ficou R\$ 4.544.750,00 abaixo do valor mínimo apurado para 2004 que, incluindo o valor de R\$ 595.000.000,00 referente a 2003, deveria totalizar R\$ 32.708.000.000,00. Disse que, para analisar o cumprimento da EC nº 29/Resolução nº 322 é preciso considerar a situação dos Restos a Pagar. A propósito, informou que os representantes do Ministério da Saúde comprometeram-se a apresentar uma nota técnica sobre o assunto. A respeito da tramitação do Projeto de Lei Complementar nº 1 de 2003, disse que não há informação nova devido ao recesso parlamentar. Por fim, apresentou a pauta da próxima reunião da Comissão, com data a ser definida: **1)** análise da execução orçamentária do 1º bimestre de 2004; **2)** tramitação do Projeto de Lei Complementar nº 1 de 2003; **3)** acompanhamento da execução orçamentária de 2005, segundo o Plano Nacional de Saúde e análise dos valores correspondentes a serem apresentados; e **4)** informes gerais. Prosseguindo, Conselheiro **Gerônimo Paludo** apresentou nota técnica da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/MS, contendo análise dessa Secretaria sobre o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no período de 2000 a 2004. Segundo a nota, a diferença de cálculo do CNS em relação à metodologia do Ministério da Saúde se explica pela aplicação da variação nominal do PIB em 2001 sobre o valor empenhado quando da definição do piso para 2002. Explicou que a COFIN/CNS solicitaria à equipe do Ministério da Saúde responsável pela questão orçamentária uma resposta conclusiva sobre qual a metodologia será adotada para esse cálculo. O consultor da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**, também falou sobre essa diferença de cálculo, explicando que o Ministério da Saúde utiliza a Decisão do Tribunal de Contas da União nº 143/02 e, a partir de 2003, assume a Resolução nº 322 do CNS, tendo como resultado R\$ 4,5 milhões que serão incorporados em 2005; e o CNS trabalha com a Resolução nº 322, considerando o acumulado desde 2001. Feitos esses esclarecimentos, foi aberta a palavra para manifestações do Plenário. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** solicitou esclarecimentos sobre o item Medicamentos que vinha sendo destacado pela baixa execução orçamentária. Conselheiro **Eni Carajá Filho** chamou a atenção para o avanço significativo em relação aos recursos financeiros destinados ao setor saúde, a partir da EC nº 29 e enfatizou a importância de ouvir os responsáveis pelos programas com baixa execução, a fim de conhecer as dificuldades e tentar superá-las. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** cumprimentou o Ministério da Saúde pela execução orçamentária 2004, haja vista a priorização da execução orçamentária dos itens relativos a ações de saúde em detrimento do item relativo a amortização de Dívida. Disse que o Plenário teria de ir além no debate sobre a execução orçamentária, avaliando o reflexo dos avanços (aumento dos recursos e melhoramento da capacidade de execução) na melhoria dos índices de saúde da população, envolvendo, inclusive, os Conselheiros Estaduais nessa discussão. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** ressaltou que, diante da evolução na capacidade da execução, era preciso rever a lógica de orçamentação dos programas, para que alcancem a ponta do Sistema. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** enfatizou que o fato de se trabalhar com o orçamento disponível e não o necessário também dificultava a melhoria dos serviços de saúde na ponta. Além disso, afirmou que o Conselho teria que avaliar e discutir a lógica da aplicação dos recursos e a execução dos programas, destacando, por exemplo, o fato de o Programa DST/AIDS não ter executado todo o seu orçamento e ter faltado preservativo para a distribuição, no Estado do Rio Grande do Sul.

972 Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** propôs que nas próximas reuniões do Conselho fosse definida pauta  
973 para discutir a lógica e as estratégias de execução dos programas, tendo em vista as incoerências  
974 evidenciadas. A propósito, informou que na unidade onde trabalhava havia grande quantidade de  
975 preservativo disponível e, em alguns locais, houve falta desse material para distribuição. Conselheiro **Eni**  
976 **Carajá Filho** sugeriu que o CNS emitisse nota ou boletim, com viés político-orçamentário, tratando sobre a  
977 evolução financeira, a execução orçamentária, o cumprimento da EC nº 29 e os desafios do setor saúde,  
978 para que os militantes da saúde e a sociedade como um todo possam conhecer e compreender essa  
979 questão. Conselheira **Silvia Marques Dantas** disse que as Comissões do CNS poderiam contribuir com a  
980 COFIN/CNS, acompanhando a execução do orçamento e os programas do Ministério da Saúde, com  
981 ênfase nas suas respectivas áreas. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** ressaltou que o Plenário  
982 deveria debater os parâmetros para avaliar o cumprimento da EC nº 29, haja vista que, além da  
983 Resolução nº 322, há a Decisão do TCU nº 143/02. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** enfatizou que a baixa  
984 execução dos recursos destinadas à amortização da Dívida demonstrava a intenção do Ministério da  
985 Saúde de priorizar a execução dos programas que teriam repercussão na melhoria da saúde da  
986 população. Além disso, perguntou sobre o resultado das atividades do GT do Ministério da Saúde, criado  
987 em 2004, para acompanhar a execução orçamentária desse Ministério e o impacto dos seus Programas.  
988 Conselheiro **Gerônimo Paludo** disse que a gestão do orçamento da saúde no Governo **Lula** vem  
989 apresentando avanços, contudo, não era possível resolver a demanda reprimida de orçamento em curto  
990 prazo. Prosseguindo, fez uso da palavra o Subsecretário de Planejamento e Orçamento Substituto, **Luiz**  
991 **Antônio Nolasco de Freitas**, que, inicialmente, manifestou sua satisfação em participar da reunião do  
992 CNS e apresentou a sua equipe. Fez comentários sobre as intervenções dos Conselheiros, destacando  
993 que, além do aspecto contábil e financeiro, era preciso avaliar o impacto da execução orçamentária na  
994 vida das pessoas. Disse que o orçamento, em si, não era suficiente para modificar o quadro da  
995 qualidade da atenção, sendo necessário ampliar a discussão na perspectiva do orçamento do SUS,  
996 envolvendo os demais parceiros do Sistema. Sugeriu que, nesse debate, houvesse um aprofundamento  
997 do conceito de equidade sob as suas várias dimensões - regionais, gênero, etnia, raça, entre outros - na  
998 perspectiva de definir soluções para diminuir as iniquidades a respeito das populações mais vulneráveis.  
999 Em relação à Emenda Constitucional nº 29, explicou que a gestão do Ministério da Saúde tem buscado  
1000 recompor os valores a serem aplicados em ações e serviços de saúde. Disse que, com base na Decisão  
1001 do TCU, em 2004, o Ministério da Saúde recompôs R\$ 590 milhões em relação a 2003 e a perspectiva,  
1002 para 2005, era a recomposição de um montante inferior a R\$ 5 milhões. Na oportunidade, reafirmou o  
1003 compromisso do Ministro da Saúde de fazer eventuais ajustes no decorrer da execução orçamentária de  
1004 2005. Também enfatizou a necessidade de o CNS participar do debate atual que está centrado no que é  
1005 ações e serviços de saúde. Informou que distribuiria ao Plenário uma nota com esclarecimentos das  
1006 áreas técnicas responsáveis pelos programas que, de acordo com os parâmetros da COFIN/CNS, foram  
1007 considerados de execução inadequada (abaixo de 80%) ou regular inferior (entre 80 e 90%). Explicou  
1008 que o orçamento aprovado para 2004 (Lei + Crédito) para o Ministério da Saúde totalizou R\$ 38,2  
1009 bilhões, sendo que desse total foram autorizados R\$ 36,8 bilhões e o total empenhado no exercício foi  
1010 de R\$ 36,5 bilhões, que representa 99,3% do total autorizado e 95,6% do orçamento aprovado. Enfatizou  
1011 que a diferença entre o valor autorizado e o valor aprovado corresponde ao valor contingenciado. Por  
1012 fim, disse que trabalharia na ótica de um processo permanente de articulação com o CNS, por  
1013 intermédio da COFIN, no sentido de apresentar os subsídios necessários às decisões do Conselho. Na  
1014 seqüência, a Coordenadora-Geral de Planejamento/MS, **Jonice M. Ledra Vasconcellos**, submeteu à  
1015 apreciação do Plenário a primeira versão da proposta de compatibilização das ações contidas na Lei  
1016 Orçamentária Anual (LOA/2005) com as metas estabelecidas no Plano Nacional de Saúde “Um pacto  
1017 pela saúde no Brasil”. Destacou que o trabalho atende a um compromisso assumido no momento da  
1018 aprovação da proposta orçamentária 2005 com o CNS, que pretende utilizá-lo como um dos  
1019 instrumentos de acompanhamento e avaliação do Plano, por intermédio da COFIN/CNS. Explicou que as  
1020 bases para a elaboração do documento foram as metas estabelecidas no PNS para o período 2004-  
1021 2007, os programas e as ações constantes da LOA-20005 e os objetivos setoriais do Plano Plurianual.  
1022 Disse que não foram incluídos na compatibilização as ações de responsabilidade da gestão federal, o  
1023 PAB-FIXO e o MAC, porque perpassam quase todas as metas do PNS. Chamou a atenção também para  
1024 o papel de referência do Plano Nacional de Saúde para o SUS e, portanto, a sua importância para uma  
1025 eficiente e efetiva gestão do Sistema. Além disso, enfatizou que o trabalho constitui um dos instrumentos  
1026 importantes na gestão do PNS e, certamente, tornaria disponíveis informações para o seu  
1027 monitoramento e avaliação por parte do Ministério da Saúde. Feitos esses esclarecimentos, apresentou  
1028 a estrutura do documento, finalizando com a seguinte síntese: 1) orçamento total do Ministério da Saúde  
1029 autorizado para 2005: R\$ 40.542.754.890; 2) orçamento de outras ações de custeio e capital (OCC) do  
1030 Ministério da Saúde: R\$ 32.777.290.403; e 3) total do orçamento das ações compatibilizadas com o  
1031 Plano Nacional de Saúde: R\$ 7.872.280.810. O consultor da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**,  
1032 explicou que a COFIN/CNS continuará trabalhando com a SPO no sentido de elaborar um relatório de

1033 execução orçamentária, tendo por base essa proposta de compatibilização. Feito esse esclarecimento,  
1034 foi aberta a palavra para manifestações dos Conselheiros. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas**  
1035 parabenizou a equipe da SPO/CNS pelo fato de o orçamento ter sido apresentado, pela primeira vez ao  
1036 Plenário, como um instrumento de gestão da saúde pública. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury**  
1037 cumprimentou a equipe da SPO/MS pela riqueza do trabalho apresentado e a COFIN/CNS pela proposta  
1038 de adequar os seus relatórios a esse documento, uma que vez contribuiria para o amadurecimento do  
1039 processo de avaliação da execução orçamentária. Sugeriu que o documento fosse encaminhado às  
1040 coordenações das Comissões Intersetoriais do CNS para que fosse avaliado e, posteriormente, pautado  
1041 para debate no Conselho. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** também saudou a equipe da SPO/MS  
1042 pelo trabalho, entretanto, manifestou preocupação com o fato de não constar no documento as ações de  
1043 atenção à saúde para os celíacos e fenilcetonúricos. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** parabenizou o  
1044 Ministério da Saúde pela iniciativa e solicitou esclarecimentos sobre a meta 6183 (promoção de  
1045 Conferências e eventos na área da saúde para a consolidação da reforma sanitária). Também  
1046 manifestou preocupação com o não cumprimento, até o momento, da meta de promover a formação de  
1047 cerca de 20mil/ano relativa à ação 6804 (mobilização da sociedade para a gestão participativa no SUS).  
1048 Conselheira **Maria Helena Baumgarten** cumprimentou a equipe do Ministério da Saúde pelo trabalho,  
1049 contudo, disse que era preciso definir mecanismos para acompanhar e fiscalizar a execução dos  
1050 recursos, bem como o cumprimento das ações e metas previstas, principalmente nos municípios.  
1051 Conselheiro **Moisés Goldbaum** solicitou maiores esclarecimentos sobre as ações 4360 (pesquisas  
1052 biomédicas no Centro Nacional de Primatas) e 6165 (fomento à pesquisa em vigilância, prevenção e  
1053 controle de doenças e agravos), por entender que apresentavam incoerências com as atividades que o  
1054 Ministério da Saúde vem desenvolvendo. A Coordenadora-Geral de Planejamento/MS, **Jonice M. Ledra**  
1055 **Vasconcellos**, comentou as intervenções do Plenário, agradecendo, inicialmente, os cumprimentos pelo  
1056 trabalho, que era resultado do esforço de toda a equipe responsável pela sua elaboração. Destacou que  
1057 essa primeira versão do documento não havia sido discutida internamente no Ministério da Saúde e as  
1058 incoerências em relação ao PNS seriam corrigidas na primeira revisão. Disse que as metas do  
1059 documento não poderiam ser avaliadas isoladamente, sob o risco de apresentarem incoerências. De  
1060 toda forma, disse que verificaría as ações 4360 (pesquisas biomédicas no Centro Nacional de Primatas)  
1061 e 6165 (fomento à pesquisa em vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos), destacadas pelo  
1062 Conselheiro **Moisés Goldbaum**. Em relação à meta 6183 (promoção de Conferências e eventos na área  
1063 da saúde para a consolidação da reforma sanitária), explicou que o montante orçado de R\$ 1.2000.000  
1064 não era especificamente para a realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, mas sim, para ações  
1065 visando o aprimoramento das instâncias e processos de participação social do SUS. Em relação à meta  
1066 de promover a formação de Conselheiros, disse que as metas foram programadas em 2004 para 2005,  
1067 assim, alguns números seriam revistos, a partir da discussão com o CNS e o Ministério da Saúde.  
1068 Enfatizou que o Controle Social e a participação popular são essenciais no monitoramento, avaliação e  
1069 controle da aplicação financeira dos recursos do SUS, visando o cumprimento das metas definidas.  
1070 Disse que determinadas ações do PNS não são visualizadas, mas constam nas diretrizes e nos objetivos  
1071 setoriais, a exemplo das ações concernentes aos celíacos e aos problemas craniofaciais. Informou que  
1072 já foi iniciado processo de debate para definir como serão feitos o monitoramento e a avaliação do PNS  
1073 e que, para 2005, deverá ser elaborado plano gerencial para cada programa do PPA. Concluindo,  
1074 colocou-se à disposição para maiores esclarecimentos e informações adicionais. O Conselheiro  
1075 **Gerônimo Paludo** agradeceu o Subsecretário de Planejamento e Orçamento Substituto, **Luiz Antônio**  
1076 **Nolasco de Freitas**, e a Coordenadora-Geral de Planejamento/MS, **Jonice M. Ledra Vasconcellos**, pela  
1077 apresentação e reafirmou o compromisso da COFIN/CNS de continuar o trabalho em parceria com a  
1078 SPO, a fim de se avançar no debate da execução orçamentária. Definido esse ponto, foi iniciada a  
1079 discussão da proposta de transição das equipes do Programa Saúde da Família. **ITEM 5 – TRANSIÇÃO**  
1080 **DAS EQUIPES DO PSF** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que, ao  
1081 discutir a proposta de transição das equipes do Programa Saúde da Família pela primeira vez, o Plenário  
1082 solicitou à Secretaria de Atenção à Saúde que apresentasse balanço do impacto do PSF no país, para  
1083 subsidiar a avaliação e o debate da proposta de transição. Feita essa consideração, convidou a diretora  
1084 do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**, para a apresentação  
1085 desses dados. Iniciando, a diretora do DAB/SAS cumprimentou os Conselheiros e informou que havia  
1086 sido distribuído um caderno com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) sobre o  
1087 Programa Saúde da Família (PSF). Explicou que a Atenção Básica da Saúde consistia em  
1088 um conjunto de ações de saúde que englobava a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o  
1089 tratamento e a reabilitação, possibilitando o primeiro contato dos usuários com o Sistema de Saúde.  
1090 Lembrou que a E  
1091 estratégia Saúde da Família (SF) possuía por diretrizes a  
1092 atenção à saúde, com foco na família e comunidade; a territorialização/adscrição da clientela; o  
1093 diagnóstico da situação de saúde e o planejamento local; o trabalho em equipe interdisciplinar; os

1107 vínculos de co-responsabilidade entre profissionais e famílias assistidas; a integralidade, a resolubilidade  
1108 e a intersetorialidade das ações; a valorização dos diversos saberes e práticas; e o estímulo à  
1109 participação social. Dentre as

1110 perspectivas de impacto sócio-político da Estratégia SF, destacou: **a)**

1111 resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade; **b)** realizar vigilância em saúde; **c)** racionalizar o  
1112 acesso aos serviços de média e alta complexidade/continuidade da assistência; **d)** ampliar ações de  
1113 promoção à saúde, incluindo ações intersetoriais; e **e)** identificar e fortalecer redes de proteção social,  
1114 governamentais ou não. Feitos esses esclarecimentos iniciais, procedeu à apresentação dos dados do  
1115 impacto da Estratégia Saúde da Família, coletados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica  
1116 (SIAB). Em relação à evolução

1117 da implementação da Estratégia nos municípios brasileiros: de 55 municípios, em 1994 para 4.664, em  
1118 2004. A respeito da evolução do número de equipes de Saúde da Família no Brasil: de 328, em 1994  
1119 para 21.232, em 2004 (meta: 30 mil até 2007). A propósito das famílias e pessoas cadastradas nas  
1120 áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família no Brasil: **a)** famílias: de 8.997.466, em 1999 para  
1121 23.387.856, no 1º semestre de 2004; e **b)** pessoas: de 37.853.414, em 1999 para 90.127.255, no 1º  
1122 semestre de 2004. Ressaltou que houve aumento da prevalência de aleitamento materno e queda no  
1123 índice de desnutrição infantil, nas áreas cobertas pela estratégia Saúde da Família, de 1999 ao 1º  
1124 semestre de 2004.

1125 Também foi verificada queda no percentual de internações por pneumonia e desidratação de crianças  
1126 de 5 anos e na taxa de mortalidade infantil por diarréia e IRA, nas áreas cobertas pela Saúde da Família  
1127 (

1128 de 1999 a 2004). Além disso, enfatizou que houve aumento no percentual de gestantes acompanhadas  
1129 pelos agentes comunitários de saúde, na  
1130 proporção de portadores de hipertensão arterial

1131 e de portadores de diabetes mellitus acompanhados nas áreas cobertas pela Saúde da Família, no  
1132 período de 1999 a 2003. Prosseguindo, d

1133 estacou que o Programa Saúde da Família possuía como principais desafios a c  
1134 ompreensão da Saúde da Família como estratégia estruturante; a r  
1135 esponsabilização de todos os gestores e trabalhadores; a o  
1136 timização dos recursos disponíveis com inserção da estratégia Saúde da Família nas redes de serviços;  
1137 a garantia de financiamento pelas três esferas de gestão; a f  
1138 ormação, educação permanente e contratação de recursos humanos; a a  
1139 valiação e acompanhamento permanente; a g

1140 arantia de acesso aos demais níveis do Sistema; a resolutividade da atenção; e a garantia de ade  
1141 quadas condições de trabalho (Unidade, equipamentos, salários, dentre outros aspectos). Continuando,  
1142 apresentou as seguintes iniciativas do Ministério da Saúde para a otimização da atenção integral à  
1143 saúde: **a)** ampliação e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde, inclusive a assistência  
1144 farmacêutica; **b)** formulação e implantação de Política de Recursos Humanos – SGTES; **c)** fortalecimento  
1145 da gestão democrática do SUS – Secretaria de Gestão Participativa; **d)** ampliação da atenção  
1146 odontológica – Programa "Brasil Sorridente"; **e)** organização da atenção domiciliar (em discussão); **f)**  
1147 Núcleos de Saúde Integral (em discussão); **g)** avaliação para a melhoria da qualidade (em discussão); e  
1148 **h)** expansão e qualificação da atenção básica (PROESF) - Componente 1: dirigido aos municípios com  
1149 mais de 100 mil habitantes, apoiando a ampliação do PSF e de serviços públicos de média  
1150 complexidade ambulatorial; Componente 2: desenvolvimento de recursos humanos - financiamento  
1151 dirigido aos Pólos de Educação Permanente; e Componente 3: Monitoramento e Avaliação – recursos  
1152 Fundo a Fundo para as Secretarias Estaduais de Saúde. Além dessas iniciativas, informou que o  
1153 Ministério da Saúde promoveu alterações no financiamento da Atenção Básica – 2004: atualização da  
1154 base populacional dos municípios (IBGE 2003); reajuste dos valores dos incentivos financeiros (custeio e  
1155 adicional – 13º repasse) do PACS;

1156 PAB 13 (elevou o valor do PAB Fixo para R\$ 13,00/hab/ano - beneficiou 4.856 municípios - 87,34% do  
1157 total); PAB assentados – incluiu na base de cálculo do valor do PAB Fixo a população assentada entre  
1158 os anos de 2000 a 2003 – pós-censo; atualização anual do número de assentados com base na  
1159 informação do INCRA/MDA; financiamento equitativo em saúde: acresceu em 50% o valor dos incentivos  
1160 Saúde da Família e Saúde Bucal, pagos em correspondência à faixa de cobertura para: municípios com  
1161 IDH ≤ 0,7 e população ≤ 50.000 habitantes; municípios da Amazônia Legal com IDH ≤ 0,7 e população ≤  
1162 30.000 habitantes; municípios incluídos no PITs; e acresceu em 50% o valor dos Incentivos Saúde da  
1163 Família e Saúde Bucal, de acordo com o número máximo de equipes implantadas para assistir  
1164 populações remanescentes de quilombos ou residentes em assentamentos de municípios não  
1165 contemplados pelos critérios anteriores. Prosseguindo, reapresentou a proposta de transição das  
1166 equipes do PSF, que era parte de um conjunto de ações, visando à ampliação do acesso da população à  
1167 Atenção Básica e à qualificação desse nível de atenção, a partir da estratégia do Programa Saúde da  
1168 19

1170 Família. Disse que o objetivo da proposta era induzir um processo de mudança na organização do  
1171 território a partir da adscrição de clientela, como transição para a estratégia Saúde da Família na rede  
1172 básica de saúde já existente, que congrega cerca de 50 mil unidades e um grande número de médicos  
1173 das especialidades básicas, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, atendentes de consultório  
1174 dentário e técnicos de higiene. Ressaltou que a proposta tinha como pressuposto a reorganização da  
1175 Atenção Básica, com base nas diretrizes da Estratégia Saúde da Família, a partir da constituição de uma  
1176 equipe com incorporação do agente comunitário de saúde, da territorialização e adscrição de clientela,  
1177 da construção de vínculo e responsabilização, com enfoque na família e na comunidade, garantindo-se a  
1178 integralidade da atenção, da adoção da atenção domiciliar e de estratégias de educação permanente  
1179 dos profissionais, da utilização de instrumentos de acompanhamento e avaliação, do desenvolvimento  
1180 de ações intersetoriais e do estímulo à participação e ao Controle Social

1182 . Esclareceu que a equipe seria composta por um enfermeiro (40h/semana); um auxiliar ou técnico de  
1183 enfermagem (40h/semana); quatro a seis agentes comunitários de saúde (40h/semana); dois médicos  
1184 (20h/semana); um assistente de consultório dentário ou técnico de higiene bucal (40h/semana); e um  
1185 dentista (40h/semana) ou dois dentistas (20h/semana cada) e não haveria a contratação de novos  
1186 médicos ou dentistas, além dos já existentes nas unidades de saúde. Disse que 2.400 a 4.500 pessoas  
1187 seriam cobertas por equipe (não incluídas o cálculo de cobertura da SF e não incluídas no cálculo da  
1188 meta de expansão do PROESF) e o processo de implantação seria semelhante ao do Programa Saúde  
1189 da Família. Explicou que seriam passíveis de financiamento apenas  
1190 as equipes implantadas em unidades atualmente já cadastradas no Cadastro Nacional de  
1191 Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ressaltou que o valor do incentivo financeiro da proposta  
1192 corresponde a 40% do incentivo Saúde Família, a saber: a) m  
1193 enor faixa de cobertura: R\$ 1.360,00/mês; e b) maior faixa de cobertura: R\$ 2.400,00/mês, acrescido do  
1194 incentivo para o Programa Agentes Comunitários de Saúde de R\$ 260,00/agente comunitário de  
1195 saúde/mês; e 40% do incentivo Saúde Bucal – para  
1196 equipe com dois dentistas 20h: a)  
1197 modalidade 1: R\$ 680,00/mês; b) modalidade 2: R\$ 880,00/mês. Concluindo, disse que

1198 ,  
1199 após um ano de adoção da proposta, o Ministério da Saúde avaliaria os seus resultados, podendo ou  
1200 não prorrogá-la a partir daí. Na seqüência, a Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** abriu a  
1201 palavra para manifestações do Plenário. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sinalizou a importância do  
1202 Programa Saúde da Família, destacando em especial o seu impacto na melhoria dos indicadores de  
1203 saúde. Além disso, perguntou se houve redução da mortalidade perinatal nas áreas cobertas pelo  
1204 Programa. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** disse que para analisar a efetividade do PSF era preciso  
1205 uma comparação entre os dados de saúde anteriores e posteriores à implantação do Programa.  
1206 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que reconhecia o impacto positivo do PSF na melhoria das  
1207 condições de saúde da população brasileira, em especial da mais carente, contudo, afirmou ser difícil  
1208 verificar o grau desse impacto sem um quadro comparativo com os dados anteriores e posteriores à  
1209 implantação do Programa. Ressaltou que o PSF possuía vários problemas como a discriminação de  
1210 remuneração entre categorias, precarização do trabalho, terceirização das equipes, ausência de rede de  
1211 referência e a

1230 proposta de transição das equipes, ao invés de apontar possíveis soluções, poderia contribuir para  
1231 ampliar essas dificuldades. Também destacou que a priorização do PSF tem comprometido o  
1232 atendimento ao usuário na rede básica, o que apontava a necessidade de discutir um plano de  
1233 emergência para garantir o funcionamento da rede básica, com equipe multidisciplinar para atender a  
1234 população. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** disse que era preciso fazer uma abordagem  
1235 sociológica a respeito do conceito de família, de forma a estabelecer as pessoas que seriam  
1236 acompanhadas pelo Programa. Também perguntou qual era a avaliação pessoal da diretora do  
1237 DAB/SAS, **Afra Suassuna Fernandes**, e do Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge José Pereira Solla**, a  
1238 respeito do PSF e quais os argumentos que justificam a proposta de transição. Conselheiro **Francisco**  
1239 **das Chagas Monteiro** disse que a implantação do PSF representava um avanço, haja vista o seu impacto  
1240 significativo na melhoria dos indicadores de saúde da população. De tal forma, enfatizou que o desafio  
1241 era definir estratégias para integrar as ações do Programa à rede básica, bem como garantir o  
1242 funcionamento dessa rede até às 22 horas, para que os trabalhadores tivessem acesso aos serviços de  
1243 saúde. Em resposta às intervenções do Colegiado, o Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge José Pereira**  
1244 **Solla**, ressaltou que os dados apresentados eram a síntese da evolução de indicadores do PSF,  
1245 coletados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a partir das informações sobre a  
1246 população acompanhada pelos profissionais do PSF e não da comparação entre as áreas atendidas ou  
1247 não pelo Programa. Destacou que o Programa Saúde da Família tem sido objeto de vários estudos  
1248 científicos, que, na sua grande maioria, avaliavam como positivos os seus resultados, com destaque  
1249 para o impacto na evolução dos principais indicadores de saúde e a ampliação do acesso à população

1250 aos serviços. Enfatizou que o impacto do Programa nos municípios era ainda mais significativo e, a  
1251 propósito, citou o caso de Londrina que apresentou redução considerável dos índices de mortalidade  
1252 infantil, em especial nas áreas atendidas pelo Programa. Esclareceu, ainda, que o Programa Saúde da  
1253 Família era uma estratégia para a reorganização da rede básica, garantindo maior acesso e eficiência na  
1254 oferta dos serviços básicos de saúde, priorizando as populações que não tinham acesso a esse nível de  
1255 atenção, como as das zonas rurais, as com piores condições socioeconômicas e as periféricas das  
1256 grandes cidades. Prosseguindo, sinalizou que os maiores problemas do Programa, em termos de  
1257 recursos humanos, eram evidenciados em todos os postos de trabalho de saúde no país. Em relação à  
1258 proposta de transição, explicou que o objetivo era reorganizar o trabalho dos profissionais das unidades  
1259 básicas tradicionais, a partir das diretrizes do PSF (equipes multiprofissionais, território definido,  
1260 população adstrita, entre outras), considerando as limitações de carga horária dos médicos e dos  
1261 odontólogos da rede. A diretora do DAB/SAS, **Afra Suassuna Fernandes**, informou que, conforme o  
1262 SIAB, os dados da mortalidade perinatal nas áreas acompanhadas pelas equipes do PSF eram próximos  
1263 ao dado nacional, sendo as Regiões Norte e Nordeste aquelas que apresentavam os piores indicadores.  
1264 Disse que poderia disponibilizar aos Conselheiros publicação com uma série de trabalhos elaborados por  
1265 profissionais do PSF em várias áreas, apresentados no último Congresso da ABRASCO. Explicou que a  
1266 proposta apresentada visava à transição do modelo chamado “tradicional” para uma organização, a partir  
1267 do território e da adscrição de clientela. Nessa linha, disse a SAS estava aberta a receber contribuições,  
1268 caso o Plenário entendesse que essa não era a melhor nomenclatura para a proposta. Informou que a  
1269 proposta permitiria avançar no processo de organização da Atenção Básica e na garantia do acesso aos  
1270 serviços de saúde, uma vez que iria congregar as 50 mil unidades básicas de saúde e as 13 mil  
1271 unidades do PSF. Ressaltou que a Estratégia Saúde da Família, conforme demonstrado por trabalhos  
1272 científicos, apresentava impactos positivos, contudo, concordou que era preciso reconhecer as  
1273 limitações para tentar resolvê-las. Concluindo, destacou que o horário de atendimento das unidades e  
1274 equipes de Saúde da Família dependia de decisões das gestões locais. Conselheiro **Eni Carajá Filho**  
1275 disse que, para expandir o Programa Saúde da Família, era preciso garantir a infra-estrutura e as  
1276 condições de trabalho adequadas aos profissionais, bem como definir o real papel do agente comunitário  
1277 de saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** chamou a atenção para a importância de o PSF e as  
1278 equipes em transição trabalharem na busca ativa de pacientes que abandonavam o tratamento e que  
1279 tinham consulta e procedimentos marcados para datas distantes. Além disso, perguntou como era feito o  
1280 monitoramento para garantir a composição adequada das equipes do PSF. Nessa linha, destacou a  
1281 importância da participação do assistente social nessas equipes. Conselheira **Rogério Carvalho Santos**,  
1282 inicialmente, informou que o CONASEMS e a Secretaria de Gestão Participativa estavam lançando o  
1283 Prêmio “Sérgio Arouca”, que premiaria experiências exitosas em gestão participativa. A propósito do  
1284 PSF, disse que merecia o apoio do CNS, uma vez que induzia o processo de mudança na organização  
1285 do território, a partir da adscrição de clientela e a mudança do modelo assistencial. Ressaltou que o  
1286 conceito de família com o qual trabalha as equipes do PSF era importante, mas não determinante para a  
1287 interação e atendimento das pessoas no serviço de saúde. De tal forma, entendia que a ausência de  
1288 uma definição clara do que era família no país não poderia impedir a organização da atenção à saúde.  
1289 Além disso, enfatizou a importância de se definir também uma política para os serviços especializados  
1290 de alta e média complexidade. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** ressaltou que o intuito do debate  
1291 era contribuir para a melhoria do PSF, dada a sua importância para a saúde da população. Nessa  
1292 perspectiva, afirmou que a ausência da rede básica comprometia a efetividade do Programa, pois a  
1293 territorialização limitava o acesso da população à rede, mesmo nas áreas que não eram atendidas pelo  
1294 Programa. Também manifestou sua preocupação com a terceirização dos agentes comunitários de  
1295 saúde que atuavam no Programa, haja vista as denúncias de demissões desses profissionais a revelia  
1296 do gestor, por questões políticas. Por fim, enfatizou a necessidade de maior investimento dos estados e  
1297 municípios no PSF e na saúde como um todo, a fim de garantir o funcionamento da rede de atenção.  
1298 Conselheira **Maria Helena Baumgarten** enfatizou que o PSF representa um avanço na atenção à saúde  
1299 das populações rurais, contudo, entendia que havia limitações que precisavam ser superadas.  
1300 Conselheira **Silvia Marques Dantas**, inicialmente, solicitou informações a respeito do atendimento feito  
1301 pelas equipes do PSF aos moradores de rua. Ressaltou que a proposta inicial do PSF - oferecer uma  
1302 atenção voltada à cultura comunitária e à prevenção - perdeu espaço para a atenção clínica, o que, na  
1303 sua concepção, trouxe prejuízos para a população. Enfatizou, ainda, que o PSF, apesar de ter  
1304 aumentado o acesso da população aos serviços básicos, não contribuiu para a mudança do conceito de  
1305 saúde e trouxe uma sobrecarga de responsabilidades para as mulheres, reproduzindo a desigualdade de  
1306 gênero. Diante dessas questões, afirmou ser necessário repensar a atual estrutura do Programa.  
1307 Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** perguntou qual o mecanismo utilizado para evitar irregularidades no  
1308 PSF como o não cumprimento da carga horária pelas equipes saúde e desvio de recursos. Conselheiro  
1309 **Francisco Batista Júnior** avaliou que o PSF, nos moldes como estava estruturado, contribuía diretamente  
1310 para a precarização da relação de trabalho e para a sobrecarga de trabalho nas unidades de saúde.

1311 Também destacou que o gestor tem transformado o PSF em um modelo de atenção, ao invés de  
1312 trabalhar na perspectiva de uma rede de referência integrada. Concluiu destacando que não era possível  
1313 aprovar a proposta de transição das equipes do PSF sem antes resolver todas as incoerências do  
1314 Programa. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** disse que o médico do PSF, a exemplo do que  
1315 ocorria em Cuba, deveria ser capacitado para resolver os problemas fundamentais da medicina interna,  
1316 da gineco-obstetrícia, da pediatria, da psiquiatria e pequenas cirurgias. Conselheiro **Moisés Goldbaum**  
1317 endossou a proposta de ser apresentado quadro comparativo entre os indicadores de saúde das áreas  
1318 cobertas pelo PSF e das não cobertas, a fim de verificar o real impacto do Programa na melhoria dos  
1319 índices de saúde da população. Também ressaltou que era preciso discutir o Programa a partir da ótica  
1320 do acesso aos serviços de saúde e do aprimoramento dos serviços da rede básica. Além disso, disse ser  
1321 necessário definir um modelo que congregasse os diferentes modelos que caracterizam os serviços de  
1322 saúde no Brasil, para que pudessem conviver de tal forma a responder as necessidades de saúde da  
1323 população. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** avaliou que as equipes do PSF não funcionavam  
1324 conforme as suas diretrizes de criação e que o Programa apresentava graves problemas gerenciais e de  
1325 desvio de recursos. Nessa linha, apontou indagações a serem consideradas no processo de debate da  
1326 proposta: Qual é a garantia que a proposta de transição, ao ser implantada, irá abrir as portas das  
1327 unidades para ampliar a cobertura? Quem garante que o modelo a ser implementado pela prefeitura será  
1328 conforme o programado? Qual é a lógica da transição? Qual o argumento ideológico utilizado para definir  
1329 que determinados profissionais teriam que ter dedicação exclusiva (enfermeiros, agente comunitário) e  
1330 outros não (médico e odontólogo)? Afirmou que a estratégia do PSF não deveria ser a proposta de  
1331 modelo de atenção para o país, porque veio na lógica de cima para baixa, era discriminatória e possuía  
1332 uma lógica mercadológica. Conselheiro **Eni Carajá Filho** destacou que o CNS deveria discutir formas  
1333 para diminuir a precarização das relações de trabalho no SUS e, nessa linha, enfatizou a necessidade de  
1334 o Ministério da Saúde institucionalizar a situação dos agentes comunitários de saúde. Por fim, solicitou  
1335 maiores esclarecimentos sobre o componente 3 do PROESF, que visava repassar recursos Fundo a  
1336 Fundo às Secretarias Estaduais de Saúde para monitoramento e avaliação. Em resposta às  
1337 intervenções, o Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge José Pereira Solla**, disse que era preciso deixar  
1338 claro as prerrogativas de cada ente federado do SUS, sendo que o Ministério da Saúde e o CNS  
1339 possuíam o papel de conformar as Políticas Nacionais de Saúde e cada município deveria ter a  
1340 capacidade de fazer as adequações necessárias. Ressaltou que os Conselhos Estaduais e Municipais  
1341 de Saúde teriam de cumprir o papel de controlar e fiscalizar o Programa para que não houvesse desvio  
1342 de recursos e que a proposta fosse implementada nos moldes propostos. Explicou que o combate à  
1343 precarização do trabalho era uma das prioridades do Ministério da Saúde, contudo, disse ser necessário  
1344 considerar todos os condicionantes da precarização para, a partir daí definir estratégias para combatê-la.  
1345 Ressaltou que, ao contrário do que se afirmou, o Programa Saúde Família contribuiu para avançar no  
1346 combate à precarização do trabalho, uma vez que, ao criar vários postos de trabalho, deu visibilidade ao  
1347 problema. Disse que o papel do agente comunitário de saúde era bem definido e a sua relação com as  
1348 famílias era prerrogativa fundamental. Destacou que havia vários exemplos positivos no país de busca  
1349 ativa de casos, por meio dos agentes comunitários da saúde, para triagem, diagnóstico,  
1350 acompanhamento, adesão e continuidade do tratamento. Também informou que o PSF utilizava o  
1351 conceito de família do IBGE, que consiste no conjunto de pessoas que convive em uma unidade  
1352 domiciliar. Afirmou que era preciso combater a utilização dos serviços de saúde para fins eleitorais como  
1353 um todo, uma vez que não acontecia somente no PSF. Sinalizou que, para avançar no debate, era  
1354 preciso deixar claro que o quadro da saúde não era caótico, haja vista os avanços na atenção básica e  
1355 na alta complexidade e o fato de o PSF ser um modelo exemplar em vários municípios. Enfatizou que a  
1356 proposta de transição tinha por base o modelo de atenção do PSF, com a diferença de que a equipe  
1357 seria composta por dois médicos com carga horária de 20 horas, que não queriam ou não podiam  
1358 trabalhar 40 horas. Explicou também que, na prática, os médicos da rede básica eram contratados com  
1359 carga horária de 20 horas e os enfermeiros, 30 ou 40 horas. Concluindo, colocou-se à disposição para  
1360 continuar esse debate e, a propósito, sugeriu a criação de um GT do CNS, inclusive, para fazer visitas  
1361 aos municípios e verificar o funcionamento do Programa *in loco*. A diretora do DAB/SAS, **Afra Suassuna**  
1362 **Fernandes**, enfatizou que não se vivia uma situação caótica no SUS, mas sim, um quadro que  
1363 apresentava vários resultados positivos, mas que precisava avançar em determinados aspectos.  
1364 Explicou que o material voltado aos profissionais do PSF para trabalhar a questão de gênero de forma  
1365 alguma acentuava a discriminação à mulher. Disse que não foi possível apresentar iniciativas que  
1366 estavam em debate, como o Núcleo de Saúde Integral, que pretende aumentar a resolutividade no  
1367 âmbito da Atenção Básica, com ações na área de saúde mental, reabilitação, atividade física e  
1368 alimentação e nutrição. Esclareceu, também, que o Componente 3 do PROESF visava fortalecer as  
1369 equipes de avaliação, monitoramento e a prestação de contas nas Secretarias Estaduais de Saúde.  
1370 Solicitou que o Plenário apreciasse a proposta de formar um GT para avançar na discussão a respeito  
1371 do PSF e da proposta de transição. Após esses esclarecimentos, a Conselheira **Rozângela Fernandes**

1372 Camapum submeteu à apreciação do Plenário a seguinte proposta de encaminhamento: formar um GT,  
1373 composto por oito Conselheiros, para aprofundar o debate a respeito do PSF e da proposta de transição,  
1374 com base nos dados apresentados e nos debates do Plenário sobre a matéria. O Plenário aprovou a  
1375 proposta e foram indicados os seguintes Conselheiros para participar do Grupo: Silvia Marques Dantas;  
1376 Lílian Aliche; Gysélle Saddi Tannous; Geraldo Adão Santos; Solange Gonçalves Belchior; e Francisco  
1377 Batista Júnior. Deverá ser indicado um Conselheiro representante do segmento dos gestores e  
1378 prestadores de serviço. Os resultados do trabalho do grupo deverão ser apresentados na Reunião  
1379 Ordinária de abril de 2005. Concluindo, a Conselheira Rozângela Fernandes Camapum agradeceu o  
1380 Secretário de Atenção à Saúde, Jorge José Pereira Solla, e a diretora do DAB/SAS, Afra Suassuna  
1381 Fernandes, pela apresentação e esclarecimentos. ITEM 6 – ANVISA - POLÍTICA DE MEDICAMENTOS  
1382 NO BRASIL – O Conselheiro Francisco das Chagas Monteiro assumiu a coordenação dos trabalhos e  
1383 convidou o Diretor-Presidente da ANVISA, Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques e o Diretor da  
1384 ANVISA, Dirceu Raposo de Mello, para a apresentação da Política Vigente de Regulamentação de  
1385 Medicamentos no Brasil e as novas regras para o registro de medicamentos e sua renovação.  
1386 Inicialmente, o Diretor-Presidente da ANVISA, Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, agradeceu o  
1387 espaço e apresentou os diretores da ANVISA presentes à reunião: Dirceu Raposo de Mello, Franklin  
1388 Rubinstein e Victor Hugo Travassos e a equipe técnica da Agência. Prosseguindo, ressaltou que, além  
1389 da apresentação da Política de Regulamentação dos Medicamentos Similares, seria feita uma  
1390 abordagem sobre a Política Geral de Medicamentos no país. Além disso, falou sobre a importância da  
1391 criação da Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia do CNS e colocou a  
1392 estrutura da ANVISA à disposição para contribuir com os trabalhos, tão logo a Comissão começasse a  
1393 funcionar. Após essas considerações iniciais, fez uso da palavra o Diretor da ANVISA, Dirceu Raposo de  
1394 Mello, que apresentou breve histórico a respeito da Política de Regulamentação de Medicamento no  
1395 país. Iniciando, explicou que o processo de regulação de medicamentos no Brasil foi desencadeado pela  
1396 Política de Genérico, mas tivera o seu auge com a edição das Resoluções nºs 133 e 134 e outras, no  
1397 ano de 2003, que definiram o processo regulatório dos medicamentos disponíveis à população no  
1398 mercado quanto à segurança e à eficácia terapêutica, a serem comprovadas por meio de provas  
1399 laboratoriais, equivalência farmacêutica e biodisponibilidade. Ressaltou que os medicamentos similares  
1400 deveriam adequar-se à nova legislação até 2014, tendo, portanto, que se submeterem a testes de  
1401 comprovação de sua segurança e eficácia, procedimento que também seria exigido a novos  
1402 medicamentos que entrassem no mercado. Afirmou que essa iniciativa garantiria maior segurança à  
1403 população no que diz respeito à qualidade dos medicamentos disponíveis no mercado. Além disso,  
1404 informou que a ANVISA iniciaria debate democrático e transparente com a sociedade civil a respeito da  
1405 proposta de fracionamento de remédios, visando à definição de processo regulatório adequado que  
1406 oferecesse ao usuário um medicamento seguro e eficaz. Prosseguindo, o Diretor-Presidente da ANVISA,  
1407 Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, ressaltou que, apesar de possuir uma série de instâncias de  
1408 participação (câmaras setoriais, câmaras técnicas, Conselho Tripartite, Conselho Consultivo, entre  
1409 outras), a Agência enfrentava dificuldades de comunicação com a sociedade. De tal forma, enfatizou a  
1410 importância de socializar as ações da vigilância sanitária aos Conselheiros, que representam os mais  
1411 diversos segmentos da sociedade. Explicou que, diante do quadro de insegurança da sociedade a  
1412 respeito dos medicamentos, decorrente de uma série de desvio da qualidade e falsificação de  
1413 medicamentos, em 1999, a ANVISA foi criada, tendo por finalidade promover a proteção da saúde da  
1414 população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços  
1415 submetidos à vigilância sanitária. Disse que, nesse mesmo ano, foi editada a Lei dos Medicamentos  
1416 Genéricos, que constituiu um marco importante para a melhoria do acesso da população aos  
1417 medicamentos, uma vez que introduziu novo componente na concorrência de mercado de  
1418 medicamentos, possibilitando a troca de um medicamento por outro com preços mais acessíveis,  
1419 garantindo-se a equivalência e a qualidade. Ressaltou que, de acordo com a Política Nacional de  
1420 Medicamentos do Ministério da Saúde e com a Lei de criação da Agência, no ano de 2003, a ANVISA  
1421 redefiniu as regras para o registro de medicamentos no Brasil e sua renovação, com reconhecimento de  
1422 três categorias principais - alopáticos, homeopáticos e fitoterápicos – e o país passou a ser um dos  
1423 poucos a possuir legislação clara nesses campos. Explicou que o medicamento novo no mercado era  
1424 classificado como produto inovador e, em geral, era protegido por patentes, mas, se não possuísse  
1425 patente, no Brasil, o medicamento poderia ser produzido como genérico - a equivalência ao  
1426 medicamento original devia ser comprovada com provas em laboratórios, provas de equivalência  
1427 farmacêuticas e as provas de biodisponibilidade; e similar - a equivalência ao medicamento original  
1428 também devia ser comprovada, a partir da nova regulamentação. Disse que, após discutir com os  
1429 diversos setores envolvidos na questão farmacêutica, foi definido cronograma de onze anos e meio (a  
1430 contar de 2003), para que o mercado brasileiro adequasse os medicamentos à nova Política de  
1431 Regulamentação, com etapas sucessivas, conforme os critérios de risco e de importância, dada a  
1432 gravidade das doenças para as quais se destinam, sendo elas: 1ª etapa - concluída em dezembro 2004,

1433 foi voltada para medicamentos considerados de risco mais elevado, uma vez que pequenas alterações  
1434 na sua dosagem poderiam significar efeitos tóxicos ou falta de eficácia; 2ª etapa - iniciada no final de  
1435 2004, era voltada para os antibióticos; medicamentos para câncer; medicamentos antivirais, incluindo os  
1436 de AIDS; medicamentos para hepatite; e os medicamentos hormonais; e 3ª etapa: demais  
1437 medicamentos. Também informou que a Agência havia definido processo regulatório para o registro dos  
1438 medicamentos fitoterápicos, que passariam a ser enquadrados em duas grandes categorias: os que se  
1439 baseiam em um conhecimento tradicional – necessária a apresentação de estudos, demonstrando que  
1440 eram utilizados a longo tempo e não havia registros de efeitos adversos; e os semelhantes aos demais  
1441 medicamentos - necessária a comprovação da eficácia das substâncias utilizadas, por meio de testes  
1442 laboratoriais. Destacou que os medicamentos homeopáticos também haviam recebido nova classificação  
1443 e deveriam ser avaliados de acordo com as suas características como produto ou da sua indicação para  
1444 doenças mais graves, devendo obrigatoriamente apresentar testes clínicos e estudos que  
1445 comprovassem a razão da sua existência. Além disso, ressaltou que a ANVISA vinha desenvolvendo,  
1446 desde 1995, um programa de inspeção nas indústrias que produziam medicamentos vendidos no Brasil,  
1447 incluindo aquelas das quais o país importava medicamentos, com inspeções periódicas em linhas de  
1448 produção no espaço fabril pela vigilância sanitária, que tinham levado à modernização das linhas de  
1449 produção e a uma maior capacidade de garantir a qualidade do medicamento pelos fabricantes. Explicou  
1450 que, para fortalecer o cumprimento da legislação específica que trata das Boas Práticas de Fabricação e  
1451 Controle, o registro de produto somente seria aprovado em caso de condições satisfatórias na última  
1452 inspeção e com o pedido de certificação da linha inspecionada já protocolado na ANVISA, por parte da  
1453 empresa. Ressaltou que a Agência também monitorava os preços dos medicamentos, por meio do  
1454 Conselho Interministerial e da Câmara de Medicamentos e as propagandas de medicamentos feitas pelo  
1455 mercado, por intermédio de um grupo especializado, a fim de evitar a indução do consumo  
1456 desnecessário ou equivocado de medicamentos. Destacou que a Agência também possuía legislação  
1457 em vigor sobre Boas Práticas de Manipulação quanto às farmácias magistrais, com critérios mais rígidos  
1458 de controle dessa atividade de manipulação. Além disso, enfatizou que a ANVISA vinha buscando  
1459 consolidar um sistema de farmacovigilância, com a participação de 124 hospitais que tinham a  
1460 responsabilidade de comunicar à Agência a observação de efeitos indesejáveis de medicamentos e  
1461 outros produtos para saúde. Prosseguindo, o diretor da ANVISA, **Dirceu Raposo de Mello**, destacou que  
1462 a farmacovigilância era um dos pilares do acompanhamento da utilização do medicamento, da sua  
1463 procedência e da segurança e, no Brasil, esse sistema fora iniciado em 2001, a partir da notificação das  
1464 Reações Adversas aos Medicamentos (RAM), dentro de unidades hospitalares. Explicou que a Agência  
1465 estava organizando as chamadas "farmácias identificadoras", que teriam profissionais treinados para  
1466 receber e registrar as reclamações dos usuários a respeito das reações adversas aos medicamentos,  
1467 que iriam compor um banco de farmacovigilância, nos moldes do que era feito na Espanha.  
Continuando, a coordenadora do Fórum das Américas que trata da falsificação de medicamentos, Dra.  
1468 **Graça**, falou sobre as ações da ANVISA para o combate à falsificação e fraude de medicamentos no  
1469 país. Informou que três medidas estavam em andamento para combater a falsificação de medicamentos  
1470 no país: obrigação de constar o número do lote em cada nota fiscal de medicamentos transportados,  
1471 cadastramento dos estabelecimentos farmacêuticos na ANVISA e capacitação de inspetores das  
1472 vigilâncias sanitárias estaduais. Além disso, informou que, em 2004, a Agência promoveu um fórum  
1473 nacional para debater o assunto e, na ocasião, foi aprovada a proposta de trabalho na forma de rede,  
1474 que se movimenta de acordo com a necessidade local. Ressaltou que a Rede não possuía estrutura  
1475 formal e era coordenada pela ANVISA e pela Organização Pan-Americana de Saúde. Lembrou que o  
1476 Conselho Nacional de Saúde fora convidado a fazer parte dessa Rede, mas não respondera  
1477 formalmente ao convite. Nessa linha, convidou os Conselheiros a participarem do processo de  
1478 capacitação, que aconteceria nos dias 17 e 18 de março de 2005, sobre como trabalhar na forma de  
1479 rede no combate à falsificação e fraude de medicamentos. Conselheiro **Francisco das Chagas Dias**  
1480 **Monteiro** enfatizou a importância do debate no Conselho a respeito da Política de Regulamentação de  
1481 Medicamento no país e da participação da ANVISA, órgão responsável pela coordenação da vigilância  
1482 sanitária nacional, na Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia do CNS.  
1483 Feita essa consideração, abriu a palavra para manifestações do Plenário. Conselheiro **Maria Eugênia C.**  
1484 **Cury**, inicialmente, cumprimentou a diretoria e a equipe técnica da ANVISA e salientou que a  
1485 participação na reunião do CNS representava um avanço, haja vista as dificuldades de articulação entre  
1486 o Conselho e a Agência. Ressaltou que a Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e  
1487 Farmacoepidemiologia do CNS poderia contribuir para analisar as diretrizes de trabalho e a agenda de  
1488 atividades da ANVISA. Destacou que, apesar das ações da ANVISA para controle da venda de  
1489 medicamentos com tarja preta, era preciso maior fiscalização do processo da dispensação desses  
1490 produtos na ponta do sistema. A respeito das ações de combate à fraude e à falsificação de  
1491 medicamento, informou que representou o CNS no seminário que discutiu o tema e propôs a criação da  
1492 Rede de Combate à Falsificação e Fraude de Medicamentos. Na sua visão, o Conselho, por não ser uma  
1493

1494 entidade e sim um órgão do Controle Social do SUS, não poderia participar da Rede como mais uma  
1495 entidade. De tal forma, sugeriu que a sua interação com a Rede fosse estabelecida por intermédio de  
1496 suas Comissões, por exemplo. Por fim, enfatizou a necessidade de uma relação mais profícua entre o  
1497 Conselho e a ANVISA, na perspectiva de se avançar no debate das questões de saúde. Conselheira  
1498 **Gyselle Saddi Tannous**, inicialmente, manifestou sua satisfação com a presença da diretora e da equipe  
1499 técnica da ANVISA na reunião do CNS. Prosseguindo, perguntou se os produtos nutricionais, a exemplo  
1500 dos produtos sem açúcar, essenciais para os diabéticos, eram considerados medicamentos e estavam  
1501 incluídos nas categorias reconhecidas pela Agência para registro (homeopáticos, fitoterápicos e  
1502 substâncias quimicamente definidas). Enfatizou a necessidade de discutir essa questão, uma vez que  
1503 somente uma parte da população tinha acesso a esses produtos, em virtude do seu alto custo. Nessa  
1504 linha, reafirmou o seu apelo, feito também ao Ministro da Saúde, para que a questão nutricional  
1505 essencial fosse considerada como medicamento, por atuarem como tal. Por outro lado, chamou a  
1506 atenção para a importância de a ANVISA abordar a questão da nutrição a partir do viés estético, haja  
1507 vista a utilização indiscriminada de anabolizantes, vitaminas, complementos nutricionais, entre outros  
1508 produtos, em especial pela população mais jovem. Salientou, também, que era preciso fazer cumprir a  
1509 legislação no que diz respeito ao ambiente de dispensação de medicamentos, dado que as farmácias  
1510 estavam sendo transformadas em verdadeiros estabelecimentos comerciais, pois vendiam produtos  
1511 diversos que não tinham relação com a saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** cumprimentou os  
1512 representantes da ANVISA e lamentou o tempo exíguo para o debate da matéria. Na condição de  
1513 farmacêutico, avaliou que, no Brasil, o medicamento era tratado de uma forma irresponsável e, nesse  
1514 sentido, manifestou-se satisfeito com as ações do governo, por intermédio da ANVISA, para mudar esse  
1515 quadro, a partir da fiscalização mais efetiva dos laboratórios farmacêuticos, do debate a respeito dos  
1516 genéricos e dos similares, do controle das propagandas de medicamentos e da apresentação das  
1517 propostas de fracionamento e das farmácias notificadoras. Disse que o debate da Política de  
1518 Medicamentos deveria enfocar dois aspectos essenciais: o tratamento do medicamento como  
1519 mercadoria e da farmácia como estabelecimento comercial. Além disso, solicitou que a ANVISA  
1520 mantivesse contato permanente com o Conselho Nacional de Saúde, por ser um órgão fundamental na  
1521 questão do medicamento no país e propôs que fosse aberto amplo debate com diversos segmentos  
1522 interessados no assunto, a fim conscientizar a sociedade civil organizada. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**  
1523 cumprimentou a diretoria e a equipe técnica da ANVISA presentes à reunião e registrou a sua  
1524 preocupação com a falsificação e fraude de medicamentos. Nessa linha, perguntou se ANVISA estava  
1525 discutindo com os grandes laboratórios produtores de medicamentos estratégias para combater a  
1526 falsificação de medicamentos. Falou também sobre o alto índice de impostos sobre os medicamentos e,  
1527 nessa linha, ponderou sobre a possibilidade de definir uma política para diminuir essa carga e reduzir o  
1528 custo dos medicamentos. Além disso, perguntou qual a equivalência do que se arrecadava de impostos  
1529 com a compra de medicamento pelo Governo. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** destacou  
1530 que a ANVISA era responsável por coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e as  
1531 Secretárias de Saúde Municipais e Estaduais, principalmente as Municipais, por fiscalizar as ações na  
1532 ponta (livros de registro de medicamento de tarja preta, por exemplo). Chamou a atenção para a  
1533 importância do Projeto “Farmácia Notificadora” e destacou a necessidade de as equipes das unidades  
1534 básicas também participarem dessa iniciativa. Perguntou como a ANVISA trataria a questão dos  
1535 medicamentos eficazes que deixavam de ser fabricados por terem preço inferior aos medicamentos  
1536 novos. Indagou, também, se a Agência possuía uma política para estimular pesquisas nas Universidades  
1537 e nos laboratórios nacionais públicos e privados, visando à descoberta de novos medicamentos.  
1538 Concluindo, disse que a utilização de medicamento fracionado pelos hospitais representava um avanço,  
1539 pois diminuiu os custos, contudo, ponderou que, caso essa proposta de fracionamento fosse levada à  
1540 população, era essencial garantir a presença do farmacêutico nas farmácias e a apresentação da  
1541 prescrição médica. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou como a ANVISA fazia o controle da venda de  
1542 medicamentos por meios eletrônicos (telefone, TV, rádio, internet) e quais as iniciativas para combater a  
1543 venda indiscriminada de medicamentos contrabandeados. Além disso, solicitou maiores esclarecimentos  
1544 sobre a testagem dos medicamentos similares ou genéricos, utilizados por transplantados, haja vista a  
1545 dúvida sobre a sua eficácia. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** parabenizou os coordenadores da  
1546 ANVISA pela apresentação e solicitou que buscassem estreitar a relação com os Conselhos de Saúde,  
1547 visando atuação articulada na fiscalização da rede. Prosseguindo, perguntou como era feita a  
1548 fiscalização da venda do medicamento homeopático, uma vez que vários medicamentos eram vendidos  
1549 como tal e possuíam substâncias não homeopáticas. Chamou a atenção para a importância de  
1550 iniciativas de combate à utilização indiscriminada de anabolizantes nas academias de ginástica e sugeriu  
1551 que fosse pautado debate sobre a discriminação de medicamento parenteral. Cumprimentou a Agência  
1552 pela política de fracionamento do medicamento, por entender que evitaria o desperdício e a  
1553 automedicação. Também sugeriu que constassem nos medicamentos de tarja preta informações em  
1554 Braille para evitar que deficientes visuais utilizassem medicação de forma errada. Disse que era preciso

1555 promover amplo debate com os Conselhos Municipais e Distritais de Saúde sobre a vigilância sanitária  
1556 nos estados e municípios, de forma a regulamentar quem poderia compor uma equipe de vigilância  
1557 sanitária e era necessário garantir integração entre a vigilância estadual e a vigilância municipal. Além  
1558 disso, solicitou que houvesse iniciativas para agilizar o processo de liberação de medicamentos  
1559 importados, a fim de evitar prejuízos para os usuários. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** disse ser  
1560 necessário promover mudanças nas bulas dos medicamentos, de forma a torná-las mais comprehensíveis  
1561 pelos usuários e promover campanhas alertando para os riscos da automedicação. Conselheiro **Rogério**  
1562 **de Carvalho Santos** chamou a atenção para a importância de se discutir, no CNS, matérias que  
1563 pudessem contribuir para a garantia de uma saúde pública melhor. Enfatizou a necessidade de a  
1564 vigilância sanitária também fiscalizar os postos avançados de saúde, a fim de evitar a falta de  
1565 medicamentos aos usuários. A respeito da política de fracionamento, disse ser um anseio da população,  
1566 já que facilitaria o acesso ao medicamento. Concluiu enfatizando a necessidade de maior articulação da  
1567 ANVISA com o CNS. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** perguntou qual era a matéria-prima  
1568 utilizada na preparação do medicamento para a doença celíaca (amido de trigo ou amido de milho) e  
1569 qual a composição do amido modificado, bastante utilizado pela indústria alimentícia. Conselheira  
1570 **Noemy Yamaguishi Tomita** perguntou se houve aumento na quantidade de pedidos de patentes pelas  
1571 fábricas e se houve avanço em relação à fitoterapia. Em resposta às intervenções, o Diretor da ANVISA,  
1572 **Dirceu Raposo de Mello**, inicialmente, registrou satisfação com o ponto de vista dos Conselheiros que  
1573 consideravam o medicamento um bem e não como uma mera mercadoria e, dessa forma, disse ser  
1574 necessário avançar no sentido de transformar as farmácias e drogarias em estabelecimentos sanitários,  
1575 articulados com o SUS. Informou que o Conselho de Farmácia denunciou ao Ministério Público o  
1576 desvirtuamento da dispensação de medicamentos nas farmácias e solicitou a proibição da venda de  
1577 produtos sem relação com a área de saúde nesses locais. Explicou que a Diretoria da Agência estava  
1578 discutindo o que se entende por produto correlato, uma vez que a lei não trazia uma definição clara  
1579 sobre isso. Logo, era possível interpretar que correlato era tudo que se vendia junto com produtos  
1580 controlados, fazendo com que os medicamentos fossem chamariz para o cliente e os outros produtos,  
1581 acessórios. Nessa linha, enfatizou a necessidade de se lutar por uma regulamentação que não  
1582 permitisse a venda de produtos, além de medicamentos, nas farmácias. Ressaltou que o Brasil possuía  
1583 mais farmácias que a saúde pública efetivamente precisava e o fechamento de boa parte delas não  
1584 prejudicaria a dispensação do medicamento, mas sim, facilitaria o trabalho de inspeção e controle. A  
1585 respeito dos medicamentos de tarja preta, informou que a ANVISA estava desenvolvendo um programa  
1586 nacional de controle desses medicamentos, que pretendia informatizar a prescrição e a dispensação no  
1587 varejo e controlar a importação da matéria-prima, a produção e a distribuição. Além disso, disse que os  
1588 Conselhos Regionais de Medicina fariam a distribuição de selos para a compra desses medicamentos,  
1589 com código de barra, para que pudessem ser facilmente cadastrados e lidos por meio de um sistema de  
1590 computação, acabando com a chamada “receita azul” nas farmácias. A propósito dos anabolizantes,  
1591 disse se tratar de um medicamento que necessitava da retenção e controle de receita, logo, a venda sem  
1592 controle era crime, que deveria ser combatido pela ANVISA e pelas vigilâncias municipais e estaduais,  
1593 com a colaboração da polícia. Também enfatizou que a ANVISA tem trabalhado no sentido de ampliar a  
1594 rede de farmacovigilância no país para combater esse tipo de questão. A respeito do fracionamento de  
1595 medicamentos, explicou que a Agência definiu apenas o seguinte escopo: o fracionamento seria feito no  
1596 Brasil apenas nos estabelecimentos registrados como farmácia e somente o profissional farmacêutico  
1597 seria autorizado a fazer esse procedimento. Ressaltou que a proposta seria debatida e submetida à  
1598 consulta pública, na perspectiva de receber contribuições. Na seqüência, fez uso da palavra a  
1599 coordenadora do Fórum das Américas que trata da falsificação de medicamentos, Dra. **Graça**, que  
1600 chamou a atenção para a complexidade da ação de combate à pirataria e à falsificação de  
1601 medicamentos e para a importância da articulação de ações e do apoio de várias entidades e da polícia  
1602 nesse sentido. O técnico da ANVISA, **Pedro**, comentou sobre a questão dos impostos cobrados no país,  
1603 destacando que, de fato, os índices cobrados eram bastante elevados e a Agência havia realizado  
1604 trabalho com a Receita Federal para desonerar parte do imposto federal (PIS/COFINS) cobrado sobre os  
1605 produtos. Assim, as farmácias, drogarias e distribuidoras ficaram isentas de pagar esse imposto e a  
1606 indústria ficou com a incidência de PIS/COFINS somente em um grupo dos produtos (sem prescrição e  
1607 sem tarja, entre outros). A respeito da importação, disse que foi possível isentar totalmente a cobrança  
1608 do PIS/COFINS, o que representou avanço a respeito do imposto federal. Por outro lado, ressaltou que  
1609 não foi possível diminuir os impostos estaduais, que eram muito altos. Prosseguindo, o Diretor-  
1610 Presidente da ANVISA, **Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques**, ressaltou que a vigilância sanitária,  
1611 bem como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, era parte integrante do SUS, embora a Agência  
1612 fosse um órgão da administração indireta, vinculada ao Ministério da Saúde. Ressaltou que a questão do  
1613 medicamento era extremamente complexa e a indústria de medicamento estava em constante  
1614 movimento, já que se baseava na idéia de planejamento e de descoberta. Nesse sentido, disse que a  
1615 ANVISA possuía um papel fundamental já que era responsável pela inspeção e concessão de registros

para comercialização do medicamento, entre outros aspectos. Enfatizou que as indústrias não deveriam ser tratadas como vilãs, já que eram responsáveis pela descoberta de produtos inovadores, capazes de melhorar a condição de vida das pessoas. Destacou o avanço no que diz respeito às importações e enfatizou a necessidade de se colocar em pauta o olhar para o comércio. Também disse que as instâncias de Controle Social eram extremamente importantes no combate à venda livre de medicamento que dependiam de prescrição médica, uma vez que havia uma série de desvios, em especial de utilização. Em relação aos questionamentos do Plenário, explicou, a princípio, que a legislação brasileira não definia o limite do que era medicamento e o que era alimento, de tal forma, esse limite geralmente baseava-se na dosagem de algumas substâncias. Ressaltou que os produtos conhecidos como suplementos nutricionais tinham concentrações de substâncias dentro das permitidas para alimentos, por isso, não eram tratados como medicamentos. Enfatizou que boa parte dos problemas referia-se a outros produtos produzidos e vendidos livremente nos Estados Unidos, mas que não podiam ser comercializados no Brasil. Informou que, recentemente, foram registradas mortes de pessoas em decorrência da utilização de medicamentos veterinários, com fins estéticos. Sobre essa questão, disse que a ANVISA estava discutindo com o Ministério da Agricultura, que era o responsável por controlar os produtos de uso veterinário e iria realizar campanhas para conscientizar a população a respeito dos malefícios desses medicamentos quando utilizados para outros fins. Em relação à produção de medicamentos, explicou que, legalmente, a indústria não poderia deixar de fabricar um medicamento sem a autorização da ANVISA, que, para autorizar a suspensão de um medicamento, consultava a Câmara Técnica de Medicamentos e a área do Ministério da Saúde responsável pela patologia para qual o medicamento se destinava, a fim de não favorecer o jogo da indústria de tentar substituir produtos baratos por mais caros. Ressaltou, ainda, que a legislação brasileira de fitoterápicos era exemplo para vários países que ainda não tinham regulação clara nessa área. Informou, também, que o percentual de pedidos de patentes de medicamentos oriundos da flora ou da biodiversidade brasileira era muito pequeno daí a importância de se intensificar e apoiar pesquisas nessa área. A respeito do fracionamento de medicamentos, explicou que se tratava de uma proposta do Presidente da República que vinha sendo discutida e trabalhada pelo Ministério da Saúde, com estudos no campo da assistência farmacêutica, a partir do entendimento que se tratava de um mecanismo para a melhoria do acesso ao medicamento. Ressaltou que, para a ANVISA, o fracionamento também possibilitaria o resgate da assistência farmacêutica nas farmácias comerciais, pois o fato de o medicamento ser fracionado implicaria na obrigação do farmacêutico em orientar o usuário sobre os cuidados, os efeitos adversos, entre outros aspectos. Disse que não tinha conhecimento a respeito da tramitação do Projeto de Lei que trata do comércio farmacêutico e enfatizou a necessidade de o CNS acompanhar a discussão dessa matéria no Congresso Nacional. Em relação às bulas dos remédios, informou que no primeiro semestre de 2005 seria editado o primeiro Compêndio Oficial Brasileiro das Bulas de Medicamentos e, além disso, a indústria deveria apresentar duas bulas, uma dirigida aos profissionais de saúde e outra voltada para os usuários - essa deveria ter linguagem clara e acessível, que pudesse ser entendida por quem não fosse profissional de saúde e impressa em letras maiores, para que pudesse ser lidas com maior facilidade. Por fim, em relação à concessão de patentes de medicamentos, informou que a ANVISA realizava trabalho com o INPI, especificamente dirigido à área farmacêutica, contudo, essa era uma questão polêmica e trazia muitos confrontos no campo da política de investimento, tanto em nível nacional como internacional. Concluiu colocando-se à disposição dos Conselheiros para maiores esclarecimentos e informações adicionais. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** agradeceu a participação da diretoria e da equipe técnica da ANVISA e encerrou os trabalhos do segundo dia de reunião.

**ITEM 7 – AVALIAÇÃO DO FÓRUM SOCIAL MUNDIAL DE SAÚDE** – Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** assumiu a coordenação dos trabalhos e abriu a palavra para a avaliação do I Fórum Social Mundial de Saúde (FSMS), realizado de 23 a 25 de janeiro de 2005, e da participação do CNS na organização do evento. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** avaliou como positiva a participação do CNS no Fórum Social Mundial de Saúde e destacou que, a partir das experiências relatadas, o Brasil, apesar dos percalços, era o único país que conseguiu manter a proposta avançada de modelo de saúde, por meio do SUS. Conselheiro **Luiz Fernando C. Silva** registrou a participação expressiva dos Conselheiros do CNS na organização e nas atividades do Fórum e chamou a atenção para o interesse de representantes de vários países em conhecer o modelo do Sistema Único de Saúde do Brasil. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** enfatizou a necessidade de participação mais expressiva do CNS na coordenação do FSMS, ainda que seja realizado em outros países. Disse que o Fórum representou um avanço, dada a produção e divulgação de vários documentos propositivos. Destacou, também, que vários países buscavam um modelo de saúde similar ao SUS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** avaliou que o FSMS foi um espaço importante para a troca de experiências sobre a saúde, apesar de não ter trazido novidades e o debate ter sido centrado na questão econômica. Ressaltou também que era preciso considerar o fato de ter tido vários problemas de organização, o número de participantes ter sido muito inferior ao de inscritos e não ter havido articulação com o Fórum Social Mundial. Além disso, ressaltou

que o Plenário teria que aprofundar o debate sobre as deliberações do Fórum: o FSMS será realizado antes do Fórum Social Mundial e o CNS participará da Comissão Organizadora. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que não pôde participar do Fórum e recebeu reclamações de entidades nacionais de trabalhadores a respeito da pouca divulgação do evento. Ressaltou que, apesar dos problemas destacados, o Fórum foi um importante espaço de debate e suas definições contribuiriam para enriquecer os debates sobre a saúde. Na sua visão, o FSMS acertou ao centrar o debate no plano econômico-político, uma vez que, nas últimas décadas, o mundo foi assolado por um pensamento econômico e político que quase inviabilizou o SUS no país. Concluiu manifestando a sua preocupação com o fato de o FSMS anteceder o Fórum Social Mundial, por entender que traria prejuízos em termos de participação das entidades. Conselheiro **Eni Carajá Filho**, haja vista a indicação do Conselho para participar da comissão organizadora, sugeriu que o do FSMS fosse pauta permanente nas reuniões do CNS, a partir do mês de agosto de 2005. Conselheira **Silvia Marques Dantas** salientou a efetiva participação do CNS no I Fórum Social Mundial da SUS e sua contribuição na divulgação do SUS e do Controle Social no país. Também registrou crítica a respeito do debate ter sido centrado nas questões econômicas, por entender que a cultura neoliberal não estava relacionada apenas aos aspectos econômicos, mas sim, aos direitos humanos, à educação, à saúde, entre outros. Na sequência, os Conselheiros fizeram avaliação do V Fórum Social Mundial, realizado em Porto Alegre, de 25 a 31 de janeiro de 2005. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** disse que o grande produto do Fórum Social Mundial foi a articulação política a partir da concepção de um mundo mais justo e igualitário. Ratificou a avaliação feita no Fórum que a participação popular era fator essencial às mudanças conceituais e ideológicas dos modelos existentes e considerou como positiva a oficina do CNS sobre Controle Social realizada durante o Fórum. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** destacou que dois assuntos vinham sendo objeto recorrente de discussão do FSM: a posição contrária ao imperialismo norte-americano e a postura bélica do governo dos Estados Unidos; e as consequências do neoliberalismo no mundo, logo, deveriam ser objeto de discussão no Conselho. Falou sobre o sucesso da oficina do CNS realizada durante o FSM, destacando a participação efetiva das pessoas e cumprimentou a equipe da Secretaria-Executiva do CNS pela preparação. Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** registrou a importância da participação do CNS nos debates do FSM e FSMS e registrou, também, o empenho da equipe da Secretaria-Executiva do CNS, o que, na sua visão, garantiu o sucesso da oficina do Conselho no Fórum Social Mundial da Saúde. Concluiu ressaltando a necessidade de o CNS participar de forma mais incisiva do processo de organização do II Fórum Social Mundial da Saúde, na perspectiva de otimizar os seus debates. Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira** ressaltou que o V Fórum Social Mundial representou um marco histórico importante na relação social mundial e, nessa linha, sugeriu que fosse feito consolidado dos debates do CNS a ser distribuído no próximo Fórum, na perspectiva de contribuir para as discussões. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** chamou a atenção para a participação efetiva das pessoas nas oficinas do FSM, apesar das condições climáticas adversas do local. Conselheira **Lílian Aliche** registrou a repercussão positiva do Fórum Social Mundial da Saúde e do Fórum Social Mundial no exterior, uma vez que sinalizaram para o mundo como deveriam ser discutidas as questões sociais. Conselheira **Silvia Marques Dantas** destacou como ponto positivo o fato de o Fórum Social Mundial ter definido mesas para que os movimentos discutessem pontos polêmicos, todavia, sinalizou a importância de maior interação entre os segmentos de diferentes áreas. Além disso, avaliou que, apesar ter possibilitado a discussão de uma pluralidade de idéias, o Fórum não contribuiu para a interação dos espaços que discutiam uma mesma matéria. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** parabenizou a equipe do Conselho pelo empenho e registrou o interesse dos participantes do FSM e FSMS em conhecer as estruturas de Controle Social do país. Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** justificou a sua ausência no Fórum Social Mundial da Saúde. Concluindo, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, registrou agradecimento ao CONASS que disponibilizou recurso para garantir as reservas dos representantes do CNS nos hotéis e ao núcleo do Ministério da Saúde do Rio Grande do Sul que contribuiu com os trabalhos. **ITEM 8 – DIA MUNDIAL DA SAÚDE** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que o Plenário decidiu realizar a Semana do Dia Mundial da Saúde com o tema “SUS para Todos”, de 2 a 7 de abril de 2005 e, dentre as atividades da programação, estava prevista a distribuição em todo o Brasil de folder nacional sobre os direitos dos usuários no SUS. Nessa linha, apresentou a proposta do folder “SUS para Todos”, que apresenta informações a respeito do SUS e os direitos de seus usuários e do Controle Social. Prosseguindo, reapresentou a proposta de programação da Semana Nacional do Dia Mundial da Saúde, aprovada na última reunião do CNS, com destaque para o Projeto “Saúde Brasil” e falou sobre as dificuldades para realizar algumas das atividades previstas. Inicialmente, destacou que o folder nacional não chegaria aos municípios antes do dia 7 de abril de 2005, de modo que não serviria de instrumento de divulgação e mobilização pela participação na Semana Nacional do Dia Mundial da Saúde. Também explicou que não haveria tempo hábil para preparar e divulgar o concurso para estudantes da Rede Pública do Ensino Fundamental sobre o tema “O que de bom o SUS já realizou em minha vida”. Além disso, ressaltou que

1738 o Ministério da Saúde manifestou apoio à proposta de realização da Semana, contudo, ponderou sobre o  
1739 fato de o tema “SUS para todos” ser distinto do temário do Dia Mundial da Saúde – Saúde da Mulher e  
1740 Saúde da Criança. Diante dessas dificuldades, apresentou nova proposta de programação para a  
1741 Semana Nacional do Dia Mundial da Saúde, nos seguintes termos: **a)** Dia 5 de abril, terça-feira: reunião  
1742 do Conselho Nacional de Saúde com os Conselhos Nacionais da Esplanada e do Ministro da Saúde com  
1743 os demais Ministros sobre o tema “o SUS é para todos”; **b)** Dia 6 de abril, quarta-feira: reunião com os  
1744 Presidentes da Câmara e do Senado, Comissão de Seguridade Social e Família, Comissão de Assuntos  
1745 Sociais e CNS sobre o tema da Semana, incluindo a EC nº 29; e **c)** Dia 7 de abril, quinta-feira: encontro  
1746 com o Presidente da República. Além dessas atividades, disse que seriam gravados programas com a  
1747 TV Câmara e TV Senado, a serem exibidos durante a Semana, sobre os temas: saúde da mulher; saúde  
1748 da criança; alcoolismo; água; e Controle Social. Além disso, apresentou a proposta de realizar na  
1749 Semana do Dia Nacional da Saúde (5 de agosto) um evento (de 1º a 5 de agosto de 2005) sobre o tema  
1750 “O SUS é para todos”, conforme a programação prevista (concurso, em conjunto com o Ministério da  
1751 Educação, para estudantes da Rede Pública do Ensino Fundamental, sobre o tema “O que de bom o  
1752 SUS já realizou em minha vida”, exposição no Congresso Nacional a respeito de experiências exitosas  
1753 sobre a saúde no Brasil; entre outras atividades). **Os Conselheiros apresentaram contribuições ao texto**  
1754 **do folder nacional “SUS para Todos” que, após ajustes, foi aprovado.** Na sequência, foi aberta a palavra  
1755 para manifestações dos Conselheiros a respeito das propostas de programação do Dia Mundial Saúde e  
1756 da realização de atividade na Semana do Dia Nacional da Saúde. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**  
1757 endossou a proposta de realizar atividade sobre o tema “SUS para Todos” no mês de agosto de 2005 e,  
1758 nessa linha, sugeriu a divulgação do folder nacional, por meio eletrônico, a fim de mobilizar a  
1759 participação de todos os setores da sociedade no evento. Conselheiro **Volmir Raimondi** endossou as  
1760 propostas de programação do Dia Mundial Saúde e de realização de atividade na Semana do Dia  
1761 Nacional da Saúde e sugeriu que os materiais desses eventos também fossem publicados em Braille.  
1762 Conselheiro **Luiz Gonzaga de Araújo** colocou a CONTAG à disposição para divulgar o folder nacional e  
1763 sugeriu que na programação do Dia Mundial da Saúde fosse abordada a questão da 12ª Conferência  
1764 Nacional de Saúde. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** sugeriu que na Semana do Dia Nacional da  
1765 Saúde fossem realizadas atividades pragmáticas e lúdicas nas ruas, na forma de teatro, por exemplo, a  
1766 fim de promover maior aproximação das instâncias de Controle Social com a população. Conselheira  
1767 **Gilca Ribeiro S. Diniz** sugeriu que a situação do trabalho da saúde fosse um dos temas dos programas a  
1768 serem gravados e exibidos durante a Semana do Dia Mundial da Saúde. Além disso, propôs que fosse  
1769 agendada reunião com representantes do Ministério da Educação para discutir a proposta de concurso  
1770 para estudantes da Rede Pública. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que  
1771 o concurso para estudantes da Rede Pública do Ensino Fundamental sobre o tema “O que de bom o  
1772 SUS já realizou em minha vida” teria que ser lançado o mais rápido possível, a fim de possibilitar a  
1773 premiação na Semana Nacional da Saúde. **Após essas contribuições, houve acordo sobre a proposta de**  
1774 **programação para o Dia Mundial Saúde (atividades nos dias 5, 6 e 7 de abril de 2005) e a gravação e**  
1775 **divulgação de programas, conforme proposto pela Secretaria-Executiva do CNS.** Além disso, o Plenário  
1776 aprovou a proposta de realização de um evento, na Semana do Dia Nacional da Saúde (5 de agosto), de  
1777 1º a 5 de agosto de 2005, sobre o tema “O SUS é para todos”, conforme a programação prevista  
1778 (concurso, em conjunto com o Ministério da Educação, para estudantes da Rede Pública do Ensino  
1779 Fundamental, sobre o tema “O que de bom o SUS já realizou em minha vida”, exposição no Congresso  
1780 Nacional a respeito de experiências exitosas sobre a saúde no Brasil; entre outras atividades). As  
1781 contribuições para a Semana do Dia Nacional da Saúde deverão ser encaminhadas à Secretaria-  
1782 Executiva do CNS. **ITEM 9 – SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA** - A discussão desse item foi  
1783 transferida para a próxima Reunião Ordinária do CNS. **ITEM 10 – a) Reativação da Comissão de**  
1784 **Comunicação** – Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou a proposta de compor a Comissão  
1785 de Comunicação do CNS, que teria como primeira atividade a elaboração do seu projeto editorial, tendo  
1786 por base a documentação existente e com o apoio da Comissão de Comunicação da Secretaria-  
1787 Executiva do CNS. Nessa linha, sugeriu que o Plenário definisse os moldes para a composição dessa  
1788 Comissão, a fim de que os segmentos indicassem os nomes. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas**  
1789 disse que a composição de uma comissão técnica não tinha que ser necessariamente paritária, pois os  
1790 seus componentes teriam que ter afinidade com a temática. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**  
1791 sugeriu que a composição da Comissão de Comunicação, conforme as demais Comissões do CNS,  
1792 seguisse o critério da paridade, a fim de possibilitar a explicitação do ponto de vista dos segmentos que  
1793 compõem o CNS a respeito dessa temática. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** disse que o Plenário teria  
1794 que concluir o debate sobre a regulamentação das Comissões e GTs do CNS, a fim de definir os critérios  
1795 de composição a serem seguidos. Diante dessas considerações, Conselheira **Graciara Matos de**  
1796 **Azevedo** explicou que a Comissão de Comunicação do CNS teria o papel de definir o eixo editorial da  
1797 comunicação e informação do CNS, a partir do olhar do Controle Social e a assessoria técnica seria feita  
1798 pela equipe de comunicação da Secretaria-Executiva do CNS. **Nesse sentido, propôs que a Comissão**

1799 fosse composta, de forma paritária, por quatro representantes e que os segmentos indicassem os seus  
1800 representantes na próxima reunião do Conselho. O Plenário aprovou o encaminhamento. b) Resolução  
1801 sobre OSCIPS – O debate desse item foi transferido para a próxima reunião do CNS. c) Abertura de  
1802 Novos Cursos na área de saúde – Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**, inicialmente,  
1803 apresentou informe sobre a organização da Conferência de Gestão do Trabalho e Educação. Disse que  
1804 a comissão organizadora concluiu a elaboração do Decreto de Convocação da Conferência e discutiria  
1805 com o governo o temário. Também ressaltou que estava sendo estudada nova metodologia para a  
1806 Conferência, que seria apresentada na próxima reunião do CNS. Além disso, solicitou que um grupo de  
1807 Conselheiros participasse do seminário, que seria realizado no dia 25 de fevereiro de 2005, para discutir  
1808 a proposta da reforma universitária. Na seqüência, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** apresentou a  
1809 programação da reunião, que seria realizada no dia 25 de fevereiro de 2005, para discutir a proposta da  
1810 reforma universitária. Destacou que o Ministro da Educação **Tarso Genro** adiou o prazo para a entrega  
1811 do Projeto da Reforma Universitária para o dia 30 de março de 2005, o que possibilitaria a apresentação  
1812 de contribuições da área da saúde ao Projeto. A respeito da abertura de novos cursos, informou que o  
1813 Ministério da Saúde concluiu a pesquisa sobre o ensino das áreas da saúde no país e os resultados  
1814 desse trabalho seriam apresentados na oficina que iria discutir os critérios para a abertura de novos  
1815 cursos, prevista para ser realizada nos dias 2 e 3 de março de 2005. Disse que os Ministérios da Saúde  
1816 e da Educação, a partir de um trabalho intersetorial, definiram como eixos prioritários a serem  
1817 trabalhados: posição sobre a abertura de novos cursos na área da saúde; proposta de serviço civil; e  
1818 regulamentação da Medida Provisória, que institui a residência para outras profissões da área da saúde.  
1819 Informou que o Coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**,  
1820 solicitou que a data da oficina fosse revista, uma vez que coincidia com o planejamento das ações do  
1821 Ministério da Saúde, agendado para os dias 3 e 4 de março de 2005. Conselheira **Graciara Matos de**  
1822 **Azevedo** registrou a sua preocupação com a possibilidade de um novo adiamento da oficina.  
1823 Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** sugeriu que a oficina fosse realizada nos dias 1º e 2 de  
1824 março, a fim de não coincidir com o planejamento das ações do Ministério da Saúde. **Após negociação,**  
1825 **foi acordado que a oficina para definir os critérios de abertura de novos cursos será realizada nos dias 1º**  
1826 **e 2 de março de 2005.** Os resultados dos debates deverão ser apresentados na próxima reunião do  
1827 CNS. d) Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia – CICT – Item não apresentado. e) 2ª  
1828 Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – A Secretaria-Executiva do CNS,  
1829 **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que havia sido distribuído o resultado do consolidado da votação  
1830 pelos Estados das subagendas de pesquisa (15 a 17) não votadas na 2ª Conferência Nacional de  
1831 Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e apresentou a solicitação da Secretaria de Ciência e  
1832 Tecnologia/MS de autorização do CNS para publicar os Anais da 2ª CNCTIS, com esse consolidado. O  
1833 Plenário aprovou, por unanimidade, que o DECIT publique os Anais da 2ª CNCTIS, com o adendo de  
1834 que as Subagendas de Pesquisa que não foram apreciadas na Conferência haviam sido votadas apenas  
1835 por sete Estados (PE, AL, SC, MG, AM, SE e RS) que constavam no documento “Resultado  
1836 Consolidado da Votação das Subagendas de Pesquisa não Votadas na 2ª CNCTIS”. ITEM 11 –  
1837 **INFORMES E INDICAÇÕES - Informes:** 1) O Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde enviou  
1838 ofício manifestando repúdio à posição do Coordenador do Departamento de Gestão da Educação na  
1839 Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, na reunião de dezembro de 2004 do CNS. Segundo o ofício, ao falar em  
1840 nome do Ministério da Saúde, o Coordenador posicionou-se pela retirada das profissões de Educação  
1841 Física, Biologia, Medicina Veterinária e Serviço Social do grupo de profissões de nível superior que  
1842 compõem a área da saúde. **Sobre essa matéria, foi acordado que a Secretaria-Executiva do CNS**  
1843 **enviaria ofício ao Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde esclarecendo o mérito da discussão**  
1844 **dessa matéria no Conselho e distribuiria aos Conselheiros a carta que o Coordenador enviou ao referido**  
1845 **Fórum, em resposta ao ofício.** 2) O Conselho Estadual do Espírito Santo enviou ao CNS, para  
1846 conhecimento, cópia da Lei nº 7.964, de 27 de dezembro de 2004, que redefine a composição e  
1847 competência do Conselho Estadual de Saúde (CES/ES) e dá outras providências, em conformidade com  
1848 a Resolução CNS nº 333/03. 3) O secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, **Luiz Carlos**  
1849 **Bueno de Lima**, enviou resposta ao Memorando do CNS nº 15/05, explicando denúncia do grupo  
1850 Otimismo de Apoio a Portadores de Hepatite C. Segundo o secretário, o comentário do assessor não se  
1851 referia a política adotada pelo Ministério da Saúde em relação à Hepatite C. 4) O Conselho Estadual do  
1852 Rio Grande do Sul (CES/RS) solicitou que fosse pautado debate no CNS sobre a viabilidade de liberação  
1853 de recursos para a realização de cursos de capacitação de conselheiros em 2005. 5) O Conselho  
1854 Estadual de Pernambuco enviou ofício manifestando o seu posicionamento contrário ao Projeto de Lei nº  
1855 810/04, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais de Saúde. O CES/PE  
1856 deliberou pela retirada do PL da agenda de discussão da Assembléia Legislativa e sua discussão pela  
1857 VIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde, a ser realizada em março de 2005. 6) Convite para a  
1858 décima edição do Programa de Atualização em Saúde Pública e Epidemiologia, a realizar-se de 1 a 26  
1859 de agosto de 2005, no México. Maiores informações na página [www.insp.mx/verano](http://www.insp.mx/verano). 7) A Secretaria de

1860 Atenção à Saúde convidou o CNS para participar da reunião do GT de Patologia Clínica no dia 3 de  
1861 fevereiro de 2005. Não houve indicação de nenhum conselheiro. 8) O Conselho Municipal de Rio  
1862 Grande/RS enviou ofício expondo os motivos para o adiamento do Fórum acordado em reunião com o  
1863 CNS e o CES/RS para a ampliação da composição do Conselho. A nova data agendada é 10 de março  
1864 de 2005. **A Secretaria-Executiva do CNS solicitará ao Conselho Estadual do Rio Grande do Sul que**  
1865 **acompanhe o fórum, pois a nova data coincide com a da Reunião Ordinária de março, agendada para os**  
1866 **dias 8, 9 e 10, impossibilitando a participação de representante do CNS.** 9) Conforme deliberação do  
1867 CNS, a Secretaria-Executiva enviou uma carta a todos os Secretários Municipais de Saúde desejando  
1868 êxito na nova gestão e colocando-se à disposição para dialogar e debater sobre assuntos relacionados à  
1869 saúde da população brasileira. 10) A Associação Brasileira da Indústria de Águas Minerais (ABINAM) e o  
1870 Sindicato Nacional da Indústria de Águas Minerais (SINDINAM) enviaram ofício de repúdio às  
1871 Resoluções nºs 342 e 343 do Conselho Nacional de Saúde, especialmente pelos termos utilizados  
1872 "utilização desordenada e imprópria dos mananciais das águas minerais no país". 11) Encontra-se em  
1873 tramitação na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 4.332/04, de autoria do deputado **Adelor Vieira**  
1874 (PMDB/SC), que propõe instituir o tíquete-saúde em todo o território nacional por meio do Programa  
1875 Nacional de Primeira Consulta. A Assessoria Parlamentar do Ministério da Saúde solicitou ao CNS  
1876 análise e parecer acerca da proposição, que está pronta para discussão e votação na Comissão de  
1877 Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara. **Essa matéria será discutida na próxima**  
1878 **reunião do CNS.** 12) O Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS)  
1879 solicitou pronunciamento do Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, sobre o projeto de lei de  
1880 criação da Comissão Nacional de Bioética. A sugestão é que seja convidada representação da  
1881 Secretaria-Executiva da Casa Civil para também prestar esclarecimentos sobre a matéria. 13) O Fórum  
1882 das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS) solicitou a inclusão nos  
1883 informes e indicações da 151ª Reunião Ordinária do CNS do tema "situação do SUS no Rio de Janeiro:  
1884 responsabilização MS, SES E SMS" e o relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheira  
1885 **Solange Gonçalves Belchior** falou sobre a grave situação do Sistema de Saúde do Rio de Janeiro,  
1886 destacando, inclusive, o fato de o Secretário de Saúde de Nova Iguaçu/RJ, **Valcler Fernandes**, estar  
1887 recebendo ameaças de morte, após ter sido descoberto, em auditoria realizada pelo Tribunal de Contas  
1888 do Estado, um desvio de R\$ 11 milhões sobre o pagamento a clínicas particulares conveniadas ao SUS.  
1889 Na esfera municipal, disse que o prefeito ameaçava devolver cinco hospitais municipalizados de grande  
1890 porte, alegando que os recursos repassados pelo Ministério da Saúde eram insuficientes para  
1891 administrar essas unidades. Informou que, após verificação, foi constatado que o Ministério da Saúde  
1892 vinha transferindo, muitas vezes antecipadamente, os recursos para o pagamento dos serviços  
1893 prestados e convênios. Denunciou também que o prefeito do Rio de Janeiro era pré-candidato ao  
1894 governo federal pelo PFL e estava utilizando a saúde para desqualificar a gestão federal do estado. Além  
1895 disso, enfatizou que a Secretaria Estadual de Saúde e a Bipartite não haviam se posicionado sobre a  
1896 questão. **Dante desse grave cenário, sugeriu que o CNS articulasse com o Conselho Estadual de Saúde**  
1897 **do Rio de Janeiro e o Conselho Municipal de Saúde a realização de audiência pública na Assembléia**  
1898 **Legislativa do Rio de Janeiro, com a participação de representantes da Câmara Municipal, do Ministério**  
1899 **Público Estadual, do Ministério Público Municipal e do Tribunal de Contas, para discutir a situação do**  
1900 **SUS no Rio de Janeiro.** O Plenário aprovou a proposta e a data da audiência será definida  
1901 **posteriormente.** 14) O Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS)  
1902 enviou ofício para comunicar ao Colegiado do CNS que, em reunião ordinária realizada no Conselho  
1903 Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, em 14 de fevereiro de 2005, deliberou pelo afastamento  
1904 da representação do Conselho Federal de Enfermagem deste Fórum até que sejam julgadas as  
1905 denúncias veiculadas na grande mídia relacionadas a irregularidades praticadas por aquela direção. 15)  
1906 O Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde foi distribuído aos Conselheiros. 16) A  
1907 Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM) distribuiu nota de repúdio pela morte  
1908 de trabalhadores no Estado de Goiás. Será elaborado documento, manifestando posição de repúdio do  
1909 CNS aos atos de violência contra trabalhadores ocorridos no país. 17) O Congresso do Conselho  
1910 Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) será realizado de 10 a 13 de março de  
1911 2005. 18) Simpósio de Política Nacional de Saúde – Data: 6 a 8 de abril de 2005 – Local: Câmara dos  
1912 Deputados. Promoção: Frente Parlamentar da Saúde. Solicita a participação do CNS na preparação e  
1913 realização do seminário. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que foi enviado convite aos  
1914 Conselheiros do CNS para participar da preparação e realização do Simpósio de Política Nacional de  
1915 Saúde, que seria promovido pela Frente Parlamentar de Saúde, ABRASCO, Centro Brasileiro de  
1916 Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO),  
1917 Rede Unida, entre outros organismos. Assim sendo, informou que, junto com a Conselheira **Solange**  
1918 **Gonçalves Belchior**, participaria da reunião, no dia 16 de fevereiro, com Deputados da Frente  
1919 Parlamentar de Saúde para tratar do Simpósio. Conselheiro **Moisés Goldbaum** explicou que a  
1920 ABRASCO e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), visando dar continuidade aos históricos

1921 simpósios de saúde da Câmara dos Deputados, sugeriu que fosse realizado Simpósio sobre a Política  
1922 Nacional de Saúde. Disse que estava participando da organização do evento, enquanto representante da  
1923 ABRASCO e sugeriu que o CNS também participasse da sua organização. No terceiro dia de reunião,  
1924 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou informe sobre a reunião que participara, junto com a  
1925 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, no dia anterior (dia 16 de fevereiro de 2004) com a Deputada  
1926 **Jandira Feghali** e o Deputado **Roberto Gouveia** a respeito do Simpósio. Explicou que o Deputado  
1927 **Roberto Gouveia** foi convidado a participar da organização do Simpósio porque, na ocasião, seria  
1928 discutido o PL nº 001, de sua autoria, que trata da regulamentação da EC nº 29. Ressaltou que, diante  
1929 dos temas a serem tratados no evento, o Deputado manifestou surpresa com o fato de o CNS e a  
1930 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde não terem sido convidados a participar da comissão  
1931 organizadora e, nessa linha, sugeriu que o CNS participasse da reunião que ocorreria no dia 17 de  
1932 fevereiro, às 10 horas, para discutir o Termo de Referência do Simpósio. Concluindo, a Conselheira  
1933 informou que representantes da Secretaria de Gestão Participativa/MS estavam participando da  
1934 organização do evento. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** disse ser necessário maior interlocução  
1935 do Conselho com o Congresso Nacional, dado que os Deputados da Frente Parlamentar de Saúde  
1936 afirmaram que não vinham recebendo as pautas de debate do CNS e não tinham conhecimento sobre a  
1937 programação do Conselho para a Semana do Dia Mundial da Saúde. A propósito do Simpósio, ressaltou  
1938 que os Conselheiros deveriam reivindicar a participação de um representante oficial do CNS na  
1939 coordenação organizadora. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** sugeriu que os Conselheiros indicassem  
1940 diretrizes a serem tratadas na reunião com a Frente Parlamentar. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**  
1941 **Aparecida da Cruz**, sugeriu que o Plenário trabalhasse com a Frente Parlamentar de Saúde para que o  
1942 Simpósio fortalecesse a relação com o Congresso Nacional e debatesse, além da Política Nacional de  
1943 Saúde, a Política de Saúde do Congresso. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** manifestou sua  
1944 insatisfação com o fato de a Secretaria de Gestão Participativa estar participando da organização do  
1945 Simpósio e o CNS ter sido excluído desse processo. Nesse sentido, enfatizou a necessidade de discutir  
1946 o escopo de atuação dessa Secretaria. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que a  
1947 Secretaria de Gestão Participativa não constava oficialmente da comissão organizadora do Simpósio.  
1948 Conselheiro **Eni Carajá Filho** ressaltou que o debate a respeito do modelo de gestão que o Estado  
1949 desejava deveria ser feito a partir dos princípios constitucionais. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** disse  
1950 que no eixo de debate proposto para o Simpósio “Legislação Básica e Participação” era preciso deixar  
1951 claro que gestão participativa consistia em uma gestão com a participação de todos os atores do  
1952 processo gestor. Além disso, propôs que o Simpósio também tivesse como finalidade avaliar a  
1953 efetividade dos programas e projetos de saúde do país. Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira** disse que  
1954 era preciso definir a competência do CNS no Simpósio, diante dos eixos temáticos a serem discutidos, e  
1955 debater as relações do Conselho com as entidades que o compõe e as instâncias internas do Ministério  
1956 da Saúde. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** enfatizou que era preciso aproveitar esse debate para  
1957 avaliar a relação do CNS com o Ministério da Saúde. Ressaltou que, para garantir uma gestão  
1958 participativa, era necessário que houvesse coordenação interna dos trabalhos do Ministério da Saúde.  
1959 Além disso, destacou que os gestores teriam que aprender a trabalhar com o Controle Social. **Feitas**  
1960 **essas considerações**, o Plenário indicou as Conselheiras **Gilca Ribeiro S. Diniz** e **Maria Leda de R.**  
1961 **Dantas**, com o apoio da integrante da Comissão de Comunicação do CNS, **Verbena Lúcia**, a  
1962 participarem da reunião e tratarem dos seguintes eixos: promover amplo balanço a respeito da Política  
1963 de Saúde; analisar os projetos do Congresso Nacional; e garantir maior articulação entre os órgãos do  
1964 Ministério da Saúde. Posteriormente, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** apresentou informe sobre os  
1965 aspectos definidos na reunião com a Comissão de Seguridade Social e Família: **a)** o Simpósio será  
1966 realizado de 18 a 20 de maio de 2005; **b)** o CNS deverá indicar dois representantes para participar da  
1967 Comissão Organizadora do Simpósio; **c)** a Coordenação do Simpósio deverá reunir-se no dia 25 de  
1968 fevereiro de 2005; e **d)** será realizada reunião ampliada no dia 8 de março de 2005 para discutir o Termo  
1969 de Referência do Simpósio. Disse que o Deputado **Roberto Gouveia** comprometeu-se a fazer o  
1970 levantamento dos Projetos em tramitação na Câmara dos Deputados que têm interferência na saúde e  
1971 enfatizou a necessidade de estreitar as relações do CNS com a Câmara. Informou que o Termo de  
1972 Referência seria enviado aos Conselheiros, na perspectiva de receber contribuições, que seriam  
1973 consolidadas e apresentadas na reunião do dia 25 de fevereiro de 2005. Conselheira **Maria Leda de R.**  
1974 **Dantas** registrou a sua surpresa com o fato de entidades parceiras do CNS (ABRASCO, Rede Unida,  
1975 CEBES, entre outras) terem apresentado a proposta de realização do Simpósio e não terem convidado o  
1976 CNS a participar da sua organização. **Os Conselheiros indicaram as Conselheiras Graciara Matos de**  
1977 **Azevedo** e **Gilca Ribeiro S. Diniz** para participar da Comissão Organizadora do Simpósio. As  
1978 contribuições ao Termo de Referência do Simpósio deverão ser encaminhadas à Comissão de  
1979 Comunicação da Secretaria-Executiva do CNS. *Indicações:* 1) Programa Brasil Democrático – A Rede  
1980 Mundial de Televisão convidou o CNS para gravação de uma entrevista sobre o Dia Mundial da Saúde,  
1981 em data a ser agendada. O Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** foi indicado para essa atividade. 2)

1982 Seminário sobre Política Nacional de Medicamentos – Data: 10 e 11 de março – Local: São Paulo –  
1983 Promoção: Frente Parlamentar da Saúde, Faculdade de Medicina da USP, Associação Médica  
1984 Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica. **A**  
1985 **Conselheira Maria Eugênia C. Cury foi indicada a participar do evento.** 3) Composição do GT das Águas,  
1986 aprovado pela recomendação nº 007, de 7 de outubro de 2004. **Foram indicados os seguintes**  
1987 **Conselheiros para compor o grupo de trabalho: Eni Carajá Filho; Zilda Arns Neumann; Jorge Nascimento**  
1988 **Pereira; Nildes de Oliveira Andrade; e Noemy Yamagishi Tomita.** 4) Recomendação nº 001, de 15 de  
1989 abril de 2004, da Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase - CIEH. Dar encaminhamento à  
1990 Recomendação que propõe que as entidades e instituições que compõem a CIEH participem do Comitê  
1991 Nacional instalado pelo Ministério da Saúde. **O Comitê e a Comissão devem trabalhar de forma**  
1992 **articulada e conjunta.** 5) Encontro da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão com as Secretarias  
1993 Municipais de Saúde. Data: 24 e 25 de fevereiro de 2005. **O Conselheiro Luiz Augusto A. Martins foi**  
1994 **indicado para debater o tema "Controle Social" no Encontro.** 6) VIII Congresso Médico de Campinas e I  
1995 Congresso de Saúde de Campinas e Região – Data: de 20 a 23 de abril de 2005. Local: The Royal Palm  
1996 Plaza Hotel, em Campinas/SP. O tema principal será o Projeto de Lei do Ato Médico. **A Conselheira**  
1997 **Neimy Batista foi indicada a participar do evento.** 7) Encontro de Integração do SUS – Etapa Norte –  
1998 Data: 23 e 24 de fevereiro – Local: Hotel Hilton-Belém-Pará. Indicar um conselheiro. **A Secretaria-**  
1999 **Executiva do CNS solicitará esclarecimentos a respeito do evento ao Diretor-Presidente da ANS, Fausto**  
2000 **Pereira dos Santos, e a matéria será discutida pela Comissão de Saúde Suplementar do CNS.** 8)  
2001 Seminário "Defenda a sua saúde defendendo a Educação – a sociedade clama por qualidade  
2002 profissional" – Data: 11 de março de 2005 – Local: Auditório do Conselho Federal de Medicina.  
2003 Promoção: Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde. Não houve indicação. 9) VI Prêmio Galba  
2004 de Araújo – Data: 16 de fevereiro – Local: Auditório Emílio Ribas do Ministério da Saúde. Solicita um  
2005 conselheiro para compor a mesa da cerimônia de entrega do Prêmio. Não foi possível indicar  
2006 representante. 10) Caderneta de Saúde da Criança – Data: 17 de fevereiro – Local: Hotel Nacional,  
2007 Brasília-DF. Convida para a cerimônia de lançamento da Caderneta de Saúde da Criança. Não foi  
2008 possível indicar representante. 11) Palestra sobre a importância da gestão participativa para os  
2009 Conselheiros de Saúde – Data: 23 de abril de 2005 – Local: Uberlândia, Minas Gerais. **A Conselheira**  
2010 **Gilca Ribeiro S. Diniz foi indicada para participar do evento.** 12) Encontro de Plenárias de Conselhos  
2011 Locais de Saúde – Data: 3 de março de 2005 – Local: Goiânia. **A Conselheira Rozângela Fernandes**  
2012 **Camapum foi indicada para participar do evento.** 13) Encontro Nacional de Pessoas com Epilepsia – EP  
2013 Brasil - Data: 8 e 9 de março de 2005 – Local: São Paulo. **A Conselheira Cleuza de Carvalho Miguel foi**  
2014 **indicada para participar do evento.** 14) GT de Capacitação de Conselheiros. Os Conselheiros Rosane  
2015 Maria Nascimento da Silva e Carlos Alberto Duarte foram indicados para substituir, respectivamente, os  
2016 ex-Conselheiros Alexandre de Oliveira Fraga e André Luiz de Oliveira no GT. A Secretaria-Executiva do  
2017 CNS, Eliane Aparecida da Cruz, fez uso da palavra para comunicar o falecimento do ex-funcionário do  
2018 Conselho, Carlos Afonso Cunha Chaves. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** solicitou que constasse  
2019 em ata voto de pesar do CNS pelo falecimento do seu ex-funcionário, **Carlos Afonso Cunha Chaves.**  
2020 **PONTOS DE PAUTA DEFINIDOS PARA A 152ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS, QUE SERÁ**  
2021 **REALIZADA NOS DIAS 8, 9 E 10 DE MARÇO DE 2005:** a) OSCIPS; b) Secretaria de Gestão  
2022 Participativa; c) Regimento Eleitoral e Decreto de Composição do CNS; d) Conferências Temáticas; e)  
2023 Anencefalia; f) Informes e Indicações; g) COFIN/CNS; h) abertura de novos cursos; i) reforma  
2024 universitária; e j) documento "Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no Controle  
2025 Social do SUS". A Comissão de Coordenação Geral definirá metodologia de trabalho para a reunião,  
2026 dado o número de temas a serem tratados. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a  
2027 Secretaria-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, encerrou os trabalhos da 151ª Reunião  
2028 Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: *Aos quinze dias do mês de fevereiro*  
2029 *do ano de dois mil e cinco* – Titulares: Augusto Alves de Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Crescêncio  
2030 Antunes da S. Neto, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gilca  
2031 Ribeiro S. Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Jorge Nascimento Pereira, Luiz Augusto Ângelo Martins,  
2032 Luiz Fernando C. Silva, Maria Eugênia C. Cury, Maria Helena Baumgarten, Maria Natividade G. S. T.  
2033 Santana, Maria Leda de R. Dantas, Moisés Goldbaum, Rosane Maria Nascimento da Silva, Nildes de  
2034 Oliveira Andrade, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi e Wander  
2035 Geraldo da Silva. Suplentes: Ciro Mortella, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A. Boufleur, Fernando Luiz  
2036 Eliotério, Gerônimo Paludo, João Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, Júlia Maria dos Santos  
2037 Roland, Lílian Aliche, Maria Irene M. Magalhães, Noemy Yamaguishi Tomita e Rozângela Fernandes  
2038 Camapum. *Aos dezesseis dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e cinco* – Titulares: Augusto  
2039 Alves de Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Crescêncio Antunes da S. Neto, Eni Carajá Filho, Francisco  
2040 Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gilca Ribeiro S. Diniz, Gyselle Saddi Tannous, Jorge  
2041 Nascimento Pereira, Luiz Augusto Ângelo Martins, Luiz Fernando C. Silva, Maria Eugênia C. Cury, Maria  
2042 Helena Baumgarten, Maria Leda de R. Dantas, Moisés Goldbaum, Nildes de Oliveira Andrade, Silvia

2043 Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi, Wander Geraldo da Silva, William Saad  
2044 Hossne e Zilda Arns Neumann. Suplentes: Ciro Mortella, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A. Boufleur,  
2045 Fernando Luiz Eliotério, Gerônimo Paludo, João Donizeti Scaboli, Jorge José Santos Pereira Solla, Lílian  
2046 Aliche, Lirce Lamounier, Maria Irene M. Magalhães, Noemy Yamaguishi Tomita, Rogério Carvalho  
2047 Santos, Rogério Torkarski e Rozângela Fernandes Camapum. *Aos dezessete dias do mês de fevereiro*  
2048 *do ano de dois mil e cinco - Titulares: Cibele G. M. Osório, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior,*  
2049 *Francisco das Chagas D. Monteiro, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, Jorge*  
2050 *Nascimento Pereira, Luiz Augusto Ângelo Martins, Luiz Fernando C. Silva, Maria Helena Baumgarten,*  
2051 *Maria Leda de R. Dantas, Maria Natividade G. S. T. Santana, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo César*  
2052 *Augusto de Souza, Rosane Maria Nascimento da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves*  
2053 *Belchior, Volmir Raimondi e Wander Geraldo da Silva. Suplentes: Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A.*  
2054 *Boufleur, Fernando Luiz Eliotério, Luiz Gonzaga de Araújo, Gerônimo Paludo, João Donizeti Scaboli,*  
2055 *José Caetano Rodrigues, Lílian Aliche, Lirce Lamounier, Maria Irene M. Magalhães, Noemy Yamaguishi*  
2056 *Tomita, Rogério Torkarski e Rozângela Fernandes Camapum.*