



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA CENTÉSIMA QÜINQUAGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE-CNS**

ITEM 1 – ABERTURA - Aos oito, nove e dez dias do mês de março do ano de dois mil e cinco, no Plenário “Omlton 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 Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde (CNS). **AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE – Medicamentos de AIDS; e Situação da Saúde Indígena em Dourados/MS** – O Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, procedeu à abertura dos trabalhos, dirigindo-se ao Plenário nos seguintes termos: “Bom dia a todos e todas. Inicialmente, gostaria de dar boas-vindas aos Conselheiros e Conselheiras presentes à Centésima Qüinquagésima Segunda Reunião do Conselho Nacional de Saúde e manifestar a minha satisfação por estar aqui. Eu solicitei à Secretaria-Executiva do Conselho espaço na pauta para tratar sobre três questões. A primeira é que, no final de dezembro de 2004, nós realizamos um mini-seminário sobre o planejamento das nossas ações para 2005 que, por uma série de questões – recesso, férias, entre outras - foi mais restrito aos Secretários do Ministério. Assim, marcamos para o final de fevereiro e início de março um planejamento com a participação das diretorias e assessorias do Ministério. Como resultado desse trabalho, nós vamos apresentar os objetivos e as metas definidas para 2005 para que o Conselho possa acompanhar o seu cumprimento e opinar sobre as prioridades políticas que foram estabelecidas pelo Governo e pelo Ministério no sentido de avançar na proposta de reestruturação do SUS. Eu também gostaria de me pronunciar a respeito da redução de estoques dos medicamentos anti-retrovirais e informar as ações adotadas para resolver essa questão. Além disso, gostaria de apresentar informe sobre a saúde indígena, as ações que a FUNASA tomou e as ações que estão sendo tomadas, de forma complementar, pelo Ministério da Saúde, em conjunto com a FUNASA para solucionar o problema. Sobre os medicamentos para AIDS, de fato, nós tivemos há alguns dias redução do estoque de medicamentos anti-retrovirais e houve desabastecimento efetivo em algumas cidades, primeiro, de forma circunstancial, pois não houve problema relativo à falta de recursos do Ministério da Saúde para o custeio do Programa e não houve mudanças em relação à política de distribuição gratuita dos medicamentos. No ano passado, ainda no mês de setembro, nós entregamos a nossa programação aos laboratórios oficiais, que produzem uma parte dos medicamentos do Programa de AIDS, especificamente aqueles não patenteados. Em reunião, que acontece anualmente, o Ministério da Saúde apresenta as suas necessidades e os diversos laboratórios definem as suas capacidades para as responder e começam a preparar-se para a produção dos medicamentos. Então, no dia 10 de setembro, esse planejamento ficou pronto e foi entregue pela Coordenação Nacional de DST/AIDS. No dia 27 de setembro, nós apresentamos e fizemos o acordo com os laboratórios oficiais com relação àquela proposta que foi elaborada. A partir daí, normalmente, os laboratórios começam a produzir esses medicamentos e o Ministério da Saúde antecipa os recursos para essa produção. No ano passado, nós tivemos vários problemas com o pagamento dos laboratórios oficiais, primeiro, porque vários deles tiveram problemas de inadimplência com documentos, o que impossibilitou o pagamento de forma regular, como vinha sendo feito. Segundo, os recursos para aquisição dos medicamentos anti-retrovirais normalmente são objeto de uma suplementação orçamentária do Congresso Nacional. Isso já acontece há muito tempo, entretanto, nesse ano, a votação dessa suplementação orçamentária foi feita somente na última semana do mês de dezembro, portanto, nós ficamos impossibilitados de saldar todos os compromissos que tínhamos com os laboratórios oficiais, por falta de orçamento. Na última semana de dezembro, quando os recursos foram liberados, nós transferimos mais de R\$ 74 milhões aos laboratórios públicos para o pagamento de entregas de medicamentos já realizadas, a antecipação dos 20% para a produção dos medicamentos anti-retrovirais e recursos de investimentos que nós temos aplicado nesses laboratórios. Portanto, na última semana de dezembro, a situação foi normalizada, com exceção de alguns laboratórios que não tinham conseguido regularizar-se para receber os recursos. De posse desses recursos - independentemente desses recursos a produção poderia ter sido iniciada - os laboratórios públicos fizeram licitações para aquisição de matéria-prima necessária à produção dos medicamentos. Contudo, houve um atraso de mais de sessenta dias na entrega das matérias-primas

58 para produção desses medicamentos e o Ministério da Saúde não foi comunicado, dentro desses
59 sessenta dias, que havia a possibilidade de falta de medicamentos, em virtude de a produção dos
60 laboratórios públicos não ter sido iniciada. Nós fomos informados dessa situação quando já havia uma
61 crise efetiva de desabastecimento, principalmente no Estado de São Paulo, de AZT, AZT+3TC e, salvo
62 engano, de Indinavir. Além disso, havia a possibilidade de desabastecimento em relação ao Atazanavir,
63 que é um medicamento patenteado e nós estávamos concluindo o processo de negociação e a remessa
64 estava por ser feita. Ao tomarmos conhecimento da possibilidade ou da falta de alguns desses
65 medicamentos, de imediato, mobilizamos e fizemos uma importação emergencial de medicamentos da
66 Argentina, no caso do AZT, AZT+3TC, o Atazanavir - que eles possuíam e podiam nos garantir - e
67 também articulamos com a Briston, empresa produtora do Atazanavir, a antecipação da chegada dos
68 medicamentos que iriam ser entregues quinze dias depois. Com isso, nós rapidamente solucionamos a
69 crise de abastecimento, mas enfrentamos algumas dificuldades em relação, por exemplo, ao AZT+3TC,
70 que é uma fórmula única. Nós não tínhamos, em um primeiro momento, recebido esse medicamento,
71 portanto, os dois medicamentos foram distribuídos separadamente, mas isso não representou nenhum
72 tipo de problema. Fizemos aquisição, por meio de compra emergencial, realizamos também pregões
73 para a aquisição de AZT e AZT+3TC e a produção dos laboratórios oficiais voltou a uma situação de
74 regularidade. Estamos acompanhando diariamente a situação dos estados a respeito dos medicamentos
75 anti-retrovirais. Hoje, o estoque de AZT é suficiente para atender a rede durante três meses. De abril a
76 setembro, serão entregues remessas de medicamentos para mais oito meses e vinte dias de consumo.
77 Com relação ao AZT+3TC, as entregas de março são suficientes para dois meses e meio e, em abril,
78 será assegurado medicamento para mais dois meses de consumo. A partir de maio, a produção será
79 suficiente para atender o consumo mensal. Esse estoque que sobra pelo fato de, em março, nós termos
80 medicamento para dois meses e meio e, em abril, mais dois meses de medicamentos para consumo,
81 garante a regulação e o estoque de medicamentos. A respeito do Atazanavir 200 mg, as entregas que
82 estamos recebendo agora em março são suficientes para seis meses de consumo e, no período de abril
83 a outubro, nós receberemos medicamentos para mais sete meses. A propósito do Atazanavir 150mg,
84 nós temos agora, em março, medicamento disponível para mais de sete meses de consumo e, em abril,
85 nós teremos uma entrega para mais cinco meses de consumo. Sobre a Lamivudina, que é o 3TC, as
86 entregas feitas e a produção de março são suficientes para três meses e meio de consumo e, a partir de
87 abril e maio, a produção será suficiente para atender o consumo mensal, ficando, portanto, com um
88 estoque estratégico. Além disso, nós tomamos outra decisão importante que foi a ampliação dos
89 estoques estratégicos, que anteriormente eram de três meses, para seis meses. Para isso, os nossos
90 contratos de produção estão sendo devidamente aditivados. Na semana passada, eu recebi uma
91 comissão de entidades de Organizações Não-Governamentais e me foi entregue uma nota sobre essa
92 questão. Nós conversamos por mais de uma hora e meia e, além de prestar conta sobre as ações que
93 foram tomadas nesse episódio, nós explicamos os fatos que levaram àquela situação. Também
94 conversamos sobre a distribuição de preservativos e eu informei que não há risco de falta, pois temos
95 um estoque de 25 milhões de unidades, fora as compras que já estão sendo entregues em licitações
96 feitas no ano passado. Com isso, nós não vamos ter nenhum problema esse ano com a distribuição de
97 preservativos. Inclusive, esse ano, nós teremos um incremento razoável na distribuição de preservativos
98 pelo Sistema Único de Saúde. Na ocasião, conversamos também sobre as medidas estratégicas que
99 estamos discutindo no que diz respeito à ampliação e continuidade do Programa, que vem crescendo
100 significativamente. E, se não me falha a memória, quando assumimos o Ministério da Saúde, 138 mil
101 pessoas eram atendidas pelo programa de medicamentos anti-retrovirais e, esse ano, nós estamos
102 adquirindo medicamentos para um total de 180 mil pessoas. Esse crescimento não decorre apenas da
103 ampliação da testagem, realizada a partir da nossa gestão, no Ministério da Saúde, que, inclusive vem
104 sendo ampliada, mas também do fato de que 10 mil desses tratamentos são parte da nossa cooperação
105 internacional, que visa prover tratamento para diversas pessoas em vários países, inclusive, a garantia
106 de atendimento universal com esses medicamentos anti-retrovirais. Isso é uma postura de cooperação
107 do Brasil realizando esses tratamentos e também treinando técnicos para o manejo adequado dos
108 medicamentos com vistas à implementação de políticas de prevenção e de redução de danos, na forma
109 que trabalhamos aqui, além da promoção dos direitos humanos para esses países. As ONGs foram
110 enfáticas ao levantar o tema da quebra de patentes e nós informamos que concluímos todas as
111 negociações com os laboratórios multinacionais dos medicamentos patenteados e conseguimos, para
112 este ano, uma redução de preços que não foi tão expressiva, como foi no ano passado. Em 2004, nós
113 conseguimos, por meio da negociação, uma redução de mais de R\$ 300 milhões, por contra de
114 descontos que nos foram dados. Neste ano, considerando os descontos que nos foram dados no ano
115 passado, nós conseguimos descontos menores na ordem de R\$ 44 milhões. Além disso, nós ampliamos
116 o orçamento do Ministério da Saúde para aquisição de medicamentos anti-retrovirais, que passa de
117 cerca de R\$ 550 milhões para R\$ 900 milhões. Esse será o nosso orçamento para o Programa em 2005
118 e as compras de medicamentos que fizemos foram para um ano. Com isso, nós temos tranqüilidade para
119 discutir como e se nós vamos estabelecer algum tipo de implementação de ações para produção local de

medicamentos que estão sob patente. Nessa reunião, também foi incisivamente reafirmada a necessidade de o Brasil agir nessa linha. Nós reafirmamos o compromisso de garantir o acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais, seja pelo aumento de recursos do nosso orçamento, seja pela busca cada vez maior de preços atrativos e que estejam compatíveis com a capacidade de pagamento do Brasil e, se necessário, por meio da luta pela emissão de licenças voluntárias ou, até mesmo, de licenças compulsórias. Apesar de entender as demandas do Movimento, nós colocamos claramente que não podíamos assumir uma posição como essa de forma açodada. O Movimento precisa entender também a responsabilidade que nós, gestores, temos aqui no Ministério da Saúde. Para tomarmos uma decisão como essa, era preciso termos estoques de medicamentos para garantir o consumo por um bom tempo e, de fato, termos a capacidade para estabelecer a produção desses medicamentos. Nós informamos que estamos estudando de forma muito aprofundada, para que, nos próximos meses, nós tenhamos uma posição definitiva sobre essa questão. Eu prometi, inclusive, que os mantereí informados acerca dessa matéria. Em relação ao tema da saúde indígena, é importante ressaltar que o Dr. **Valdir** está presente e pode complementar a minha colocação. De 2003 até agora, nós fizemos uma profunda reformulação na Política de Saúde Indígena do nosso país. Em primeiro lugar, trouxemos para a responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio da FUNASA, a obrigatoriedade de garantia da atenção para essa população. Na verdade, as ações que existiam anteriormente eram praticamente realizadas por Organizações Não-Governamentais, sem que houvesse, por parte da FUNASA e do Ministério da Saúde, uma definição de prioridades, uma ação e uma avaliação das políticas desenvolvidas. Isso valia também para os estados e municípios. Então, não havia uma política global de saúde indígena para o nosso país. Por isso, nós fizemos uma profunda reestruturação do Programa, primeiro assumindo a responsabilidade sanitária pelas populações indígenas, definindo que a política para essas populações deveria ser elaborada, aplicada, avaliada e monitorada pelo Ministério da Saúde e a prestação de serviços deveria ser feita de acordo com a realidade local de cada estado, de cada Distrito Sanitário e de cada comunidade. Essa política poderia ser executada de várias formas, pela ação direta do Ministério da Saúde e da FUNASA, é o que acontece em alguns lugares; pela ação descentralizada de estados ou de municípios, com o acompanhamento da FUNASA; e pela prestação de serviços por Organizações Não-Governamentais. Inclusive, nós fizemos um processo de avaliação de todas essas ONGs e várias delas deixaram de prestar serviços à Fundação e ao Ministério da Saúde e passamos a desenvolver as ações de prestação de assistência e também definimos uma política para o enfrentamento dos maiores... *(interrupção)*...Em comparação às demais populações do país, os povos indígenas apresentam maiores problemas em relação à mortalidade infantil, mortalidade materna, desnutrição, que, nesse caso os números são mais graves ainda, tuberculose, alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis, cobertura vacinal, hanseníase, entre outras. Nós traçamos uma Política - que pode ser melhor detalhada pelo Dr. **Valdir** e que acredito ter sido objeto de apresentação aqui no conselho - e começamos a implantá-la. Já tivemos resultados positivos importantes como a redução global da mortalidade materna. Ainda que os indicadores apontem números altos, nós tivemos uma redução em muitas regiões, inclusive em Dourados. Nessa região, a redução foi menor e tivemos os números de crianças que faleceram nesses últimos meses. Mas, de forma global, nós tivemos redução de mortalidade infantil, redução de desnutrição, ampliação da cobertura vacinal e do acesso da população indígena ao serviço de diagnóstico e tratamento da tuberculose, enfim, um conjunto de ações que o Dr. **Valdir** vai descrever melhor. No entanto, existem problemas concretos que precisam ser enfrentados nessas comunidades, problemas de ordem cultural em relação à desnutrição em muitas comunidades, que não são fáceis de serem resolvidos. Em muitas populações, há um costume ou norma de que as pessoas pouco produtivas como as crianças, os idosos, adoentadas, portadores de deficiência são as últimas a terem acesso ao alimento. Em boa parte dessas comunidades, as pessoas adultas - os pais, os irmãos mais velhos - se alimentam antes das crianças, que muitas vezes são as últimas nessa cadeia a ter acesso ao alimento. Além disso, há problemas de ordem cultural muito graves que são resultados de anos de desagregação da cultura, dos valores, da estrutura de organização econômica dessas comunidades, como a perda da capacidade de produção agrícola e o desenvolvimento do alcoolismo como marco da desagregação social. Essas comunidades, em sua maioria, já estão cobertas pelo Programa Bolsa-Família ou pelo Programa Fome-zero. Contudo, em muitos casos, os pais trocam os recursos do Programa Bolsa-Família ou as cestas básicas do Programa Fome-Zero por bebidas alcoólicas. Além disso, muitas vezes, quando é preciso fazer a transferência de uma criança para um acompanhamento mais de perto nos Centros de Atendimento que nós temos articulados com Organizações Não-Governamentais ou com prefeituras municipais para atendimento mais próximo dessas crianças, há rejeição da família para que essa transferência aconteça e obviamente a FUNASA e o Ministério da Saúde não têm poder de ir contra a vontade dos pais e internar essas crianças nesses Centros Especiais de Atendimentos. Com isso, esses problemas vão se acumulando e ao longo dessa crise, especificamente em Mato Grosso do Sul, em Dourados, aconteceram seis óbitos de crianças com desnutrição, da etnia Guarani-Kaiowá; seis óbitos por desnutrição e dois óbitos que não guardavam relação com a desnutrição. Hoje, no Centro de Recuperação Nutricional da Missão Kaiowá, nós temos

38 crianças e outras dez estão sendo atendidas em outros hospitais da região, por diferentes doenças. Inclusive, é importante dizer que, apesar dessas mortes que aconteceram agora, o número de óbitos está dentro do que acontece nesse período do ano, ou seja, não há uma mortalidade muito maior do que acontecia normalmente. Mas isso não é nenhuma justificativa, nem explicação porque qualquer morte precisa ser devidamente avaliada, enfrentada e impedida. Contudo, não há uma mortandade maior do que a que encontramos em anos anteriores. Em Dourados, nós fizemos avaliação de 534 crianças nas aldeias de Bororó e Jaguapiru e 120 delas estão recebendo uma atenção especial porque estão em risco de desnutrição ou estão desnutridas. Nós ampliamos a equipe permanente que atua no local que era composta por quatro médicos, um nutricionista, quatro enfermeiros e 33 agentes de saúde, reforçando com mais dez médicos, cinco nutricionistas, dez enfermeiros e mais 33 agentes de saúde. Além disso, enviamos veículos para o transporte de equipes médicas e, com essa medida, nós ampliamos a avaliação e o atendimento das crianças desnutridas e a orientação nutricional dos índios. A FUNASA também reforçou a alimentação dos Guarani-Kaiowá com a aquisição de cinquenta quilos de leite e estamos passando da distribuição de um para três quilos por família. Também estamos trabalhando em forma de mutirão com a Pastoral da Criança, que tem trabalhado conosco para a produção da multimistura e distribuição como suplemento alimentar. Além das orientações educacionais para nutrição, dos “sopões” que são feitos e distribuídos, das orientações de higiene, vacinação e pré-natal, estamos concluindo um diagnóstico sobre a necessidade de alteração na rede de abastecimento de água. Aliás, é importante dizer que essa é uma das aldeias do Brasil onde nós temos ou tínhamos 100% de abastecimento de água, mas os processos migratórios e a chegada de novos indígenas a essas comunidades resultou em um processo de quase esgotamento e, agora, nós estamos preparando um projeto para ser implementado naquela região. Além disso, na próxima semana, deverá chegar ao local equipes de profissionais especializados no tratamento da desnutrição, oriundos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Também estamos fazendo uma avaliação - inclusive, a equipe da SAS já foi até Dourados para avaliar os hospitais que estão servindo como referência para essas crianças ou para a comunidade indígena de um modo geral – e nós vamos fazer investimento para a aquisição de equipamentos, melhoria da qualidade da estrutura física e treinamento dos profissionais que estão nesses hospitais. Estamos concluindo uma negociação com o Hospital Universitário de Dourados para a abertura, nesses próximos dias, de novos leitos na pediatria e para receber a população indígena. O Governo tem procurado desenvolver essas ações de forma intersetorial. Nesse sentido, reuniões têm sido realizadas, envolvendo o Ministério do Desenvolvimento Social, o Ministério da Saúde, a FUNAI e o Ministério da Justiça, para aprofundar o debate, encontrar soluções para essa crise emergencial e dar continuidade às ações definidas, de forma conjunta, entre os diversos órgãos do governo responsáveis pelas populações indígenas no Brasil. Eu vou passar a palavra ao Dr. **Valdir Camarcio Bezerra**, Presidente da FUNASA, para que complemente as informações. Em seguida, apresentarei as prioridades da Política Nacional de Saúde e, na sequência, podemos abrir a palavra para eventuais questionamentos dos Conselheiros.” O Presidente da FUNASA, **Valdir Camarcio Bezerra**, lembrou que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, bem como as suas diretrizes de gestão, definidas na Portaria Ministerial nº 70, de 20 de janeiro de 2004, haviam sido aprovadas pelo Plenário do CNS. Com base nessa Política, explicou que as ações de saúde indígena eram executadas de forma direta pela FUNASA, por meio do Programa de Saúde da Família Indígena e por ONGs. Nessa linha, destacou que a Fundação vinha trabalhando no sentido de assegurar a regularidade do repasse a essas Organizações, a fim de garantir a continuidade das ações de saúde. A respeito da situação da saúde indígena em Dourados/MS, explicou que estudos revelaram que o grau de desnutrição encontrado entre os Guarani-Kaiowá era mais elevado do que o verificado entre as demais etnias, Terena e Kadiwéu, do Mato Grosso do Sul, onde vivem cerca de 26 mil índios. Diante desse quadro, informou que foi criado, na região de Dourados, o Centro de Referência de Reabilitação Nutricional – Missão Kaiowá que servia de referência para o tratamento de desnutridos graves indígenas do Mato Grosso do Sul. Além disso, salientou que a FUNASA estava definindo ações intersetoriais integradas para reduzir os indicadores de desnutrição dessa população. Explicou que, no momento, o foco central da Fundação era fortalecer a alimentação da população e, nesse sentido, além da distribuição de leite, os agentes estavam incentivando a comunidade a cozer os alimentos. Continuando, informou que no Centro de Referência de Reabilitação Nutricional – Missão Kaiowá não havia sido registrado óbito de crianças e as equipes médicas vinham acompanhando aquelas internadas no Centro. Além disso, ressaltou que fora feita a regulação dos hospitais que serviam de referência assistencial para a região e, aliado a essas ações, destacou o envolvimento e a articulação de lideranças do Conselho Distrital de Saúde Indígena Local e da população local nas ações de redução da mortalidade infantil. Concluindo, destacou que as ações integradas entre Governo Federal e Estadual e a Prefeitura possibilitaram que 30% das crianças acompanhadas saíssem da condição de risco nutricional. A seguir, o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, apresentou as ações prioritárias do Ministério da Saúde para 2005: “Inicialmente, gostaria de recordar as diretrizes que nortearam a elaboração do nosso Programa de Governo, ainda em 2002 e que, posteriormente, foram discutidas no período da transição, no colegiado de gestão do

Ministério da Saúde, no Conselho Nacional, na Tripartite e, inclusive, na Conferência Nacional de Saúde. Esses são os grandes eixos estratégicos para os quatro anos de governo do Presidente Lula: ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, inclusive, da assistência farmacêutica, com garantia da qualidade do atendimento; intensificação das ações do controle de endemias e fortalecimento das ações de vigilância em saúde; formulação e implantação da política de recursos humanos; e fortalecimento da gestão democrática do SUS. Para cada ano, nós desdobramos essas diretrizes estratégicas e prioridades políticas em ações. Para 2005, nós estabelecemos prioridades e ações que dão continuidade ao que foi iniciado em 2003 e incorporamos outras ações que representam, na prática, a implementação do Sistema Único de Saúde. Perspectivas para 2005: vários programas que nós temos trabalhado serão aprofundados e vão ganhar uma escala maior. O Programa Brasil Sorridente que hoje tem 10 mil equipes de saúde bucal - nós tivemos um crescimento de 4 para 10 mil, ao longo do ano passado - receberá mais 7 mil novas equipes de saúde bucal, atingindo, portanto 17 mil equipes. Hoje, nós temos 116 Centros de Especialidades Odontológicas que foram implantados ao longo do ano passado e, para esse ano, nós queremos implantar 300 novos Centros de Especialidades Odontológicas, que garantirão o atendimento básico e a atenção de média e alta complexidade, periodontia, ortodontia, endodontia, prevenção e tratamento do câncer bucal. Além disso, teremos a implantação de 415 Laboratórios de Próteses, o que significa que não apenas o CEOs terão laboratórios de próteses, mas também muitas equipes do próprio Programa de Saúde da Família têm agregado ao Programa o laboratório de prótese. Também serão implantados 500 novos sistemas de fluoretação da água de abastecimento no país. Ainda no primeiro semestre devemos começar a distribuição dos *kits* de higiene bucal - escova e pasta - tanto para uma parte do Programa Saúde da Família quanto para as escolas públicas. Com relação à Farmácia Popular, a nossa meta é a implantação de 290 Farmácias Populares, totalizando 330. No segundo semestre, ficamos sem recursos para o Programa por conta do crédito suplementar que só foi votado em dezembro de 2004 e também porque nós tínhamos algumas dificuldades, entre elas, a implantação de farmácias populares com os hospitais filantrópicos, porque a legislação do ICMS estadual não previa a isenção das entidades filantrópicas do ICMS. Nós conseguimos no CONFAS, há poucos dias, a isenção total do ICMS em todos os estados para as instituições filantrópicas e isso nos dará uma escala razoável para a implantação dessas farmácias populares. Além disso, o Presidente da República amanhã ou ainda hoje assinará o Projeto de Lei que será encaminhado ao Congresso em caráter de máxima urgência para a garantia de subvenção econômica a medicamentos de hipertensão e diabetes na rede privada. Vocês lembram que um dos componentes da farmácia popular é a garantia de acesso a um conjunto de medicamentos com preços subvencionados. Os preços desses medicamentos deverá ser aproximadamente 50% mais barato que o menor preço encontrado no mercado privado. A nossa expectativa é aprovar esse projeto ainda neste semestre e a redução do ICMS para um grande elenco de medicamentos ainda está em negociação na reforma tributária que, na verdade, depende de concordância dos governos estaduais. Esse ano, o SAMU deverá atingir uma cobertura de 140 milhões de brasileiros, em 4.500 municípios. Nós vamos adquirir 1.070 novas ambulâncias, sete ambulâncias, que estão sendo construídas pelo Ministério da Defesa e o Ministério da Saúde deve adquirir dois helicópteros. Além disso, nós estamos fazendo articulação com a Polícia Rodoviária Federal, utilizando a estrutura que eles possuem tanto terrestre quanto aérea, em articulação com o SAMU. A expectativa também é que esse ano nós consigamos a integração com o salva-aéreo, que é uma ação do Ministério da Defesa, especificamente do Comando da Aeronáutica. Então, essas são as ações relativas ao SAMU que nós queremos implementar nesse ano de 2005. O QualiSUS, que hoje está centrado em sete regiões metropolitanas do Brasil, deve ser ampliado para 22 novos Estados, que terão equipamentos, obras de reforma física e todo esse processo de reorganização do trabalho na área de urgência e emergência. Além disso, nós estamos concluindo um projeto, que deve estar pronto na semana seguinte, de enfrentamento dos gargalos do SUS: a questão do atendimento de urgência e emergência e principalmente a área da média complexidade e do atendimento especializado. É um projeto ambicioso que vai envolver um conjunto de ações intersetoriais. Estamos trabalhando com a idéia de implantação de um sistema de regulação de forma intensiva, ações de informatização, ampliação do acesso às consultas e exames especializados. Inclusive, um tema polêmico que nós vamos discutir com vocês, que o Ministério quer apostar, é a possibilidade de compra de serviços privados não pelo processo do credenciamento, mas por um processo semelhante ao Pró-UNE, com isenções de impostos. Essa é uma discussão que estamos começando a fazer, mas ainda vamos levar ao governo, vamos avaliar a sua viabilidade naqueles lugares onde não tivermos a capacidade pública instalada...*(interrupção)*...Da atenção domiciliar, ou seja, a garantia do internamento domiciliar, nós estamos trabalhando desde o sistema pré-hospitalar, com a implantação do SAMU, até o pré-hospitalar fixo, trabalhando o sistema hospitalar na área de urgência e emergência com o QualiSUS, como foi dito, em sete regiões metropolitanas, esse ano podendo ser ampliado para 22. Estamos trabalhando a área da terapia semi-intensiva, ultimando um projeto para ampliação do atendimento na área de cuidados semi-intensivos. Na área de tratamento intensivo, nós já credenciamos mais de 2.500 leitos desde o início do Governo e vamos credenciar outros - estamos dependendo de investimentos principalmente na região Norte - e

306 formação de profissionais intensivistas. Agora, nós queremos trabalhar exatamente a retaguarda daí
307 porque nós devemos iniciar o Programa de Internação Domiciliar com equipes que vão a vários
308 municípios fazer o acompanhamento de pacientes em suas próprias casas e a conclusão do processo de
309 contratualização dos hospitais universitários. Já foram feitas várias ações de contratualização, estamos
310 concluindo o processo de vistoria feito pelo Ministério da Saúde e pelo MEC e queremos que, nesse ano,
311 todos os hospitais estejam devidamente contratualizados, recebendo recursos de forma estável e fixa.
312 Responsabilidade sanitária: nós queremos e vamos lutar pela aprovação da Lei de Responsabilidade
313 Sanitária nesse ano. O Projeto de Monitoramento de Ações e de Recursos Financeiros do SUS
314 encontra-se em fase de conclusão e, nos próximos dias, nós vamos apresentá-lo. Inclusive, já foi
315 apresentado à Casa Civil e a idéia é fazer uma apresentação para outras áreas do Governo que tenham
316 algum tipo de interface até porque esse sistema de monitoramento vai permitir que outras políticas
317 públicas voltadas à descentralização possam já tomar medidas que permitam que o modelo
318 descentralizado já tenha mecanismos de controle, de monitoramento e avaliação. É o caso da política de
319 assistência social para a qual se pretende criar o SUAS; e a política de segurança pública para a qual se
320 pretende criar o SUSP. A área da educação também está debatendo a descentralização das ações e o
321 Ministério das Cidades, na área de habitação, também estimula a possibilidade de descentralização da
322 aplicação dos recursos. Então, essa proposta de monitoramento permitirá, exatamente, transferir essa
323 experiência da área da saúde para outras políticas públicas. Nós vamos apresentar essa proposta
324 novamente ao Conselho quando o conteúdo do Programa estiver concluído. Atividade física e
325 alimentação saudável. Nós vamos implantar na primeira semana de abril, junto com o Ministério do
326 Esporte, o Programa Saúde Brasil. A idéia é um projeto nacional de estímulo à atividade física
327 acompanhada e supervisionada, inclusive, com recursos transferidos a estados e municípios para a
328 implementação desses programas e também ações educativas no que diz respeito à nutrição e
329 implementação de dietas saudáveis. A respeito da inovação tecnológica, nós estamos ampliando a rede
330 Brasilcord e queremos, até o final do ano, ter os dez bancos de sangue de cordão umbilical implantados
331 no Brasil. Atualmente, nós temos quatro bancos implantados e um quinto em implantação no Paraná e,
332 até o final do ano, nós queremos ter dez. A realização de pesquisas com células-tronco. Nós já iniciamos
333 um estudo multicêntrico para pesquisa com células-tronco adultas, nos casos de insuficiência cardíaca e
334 se trata da maior pesquisa realizada com células-tronco em âmbito mundial, são 1.200 pacientes que
335 serão estudados ao longo de três anos para a avaliação da aplicação da terapia celular, em substituição
336 ao transplante cardíaco, às cirurgias de revascularização e àquelas situações de insuficiência cardíaca
337 com falência miocárdica, que a terapia com células-tronco tem dado resultados bastante positivos. Além
338 disso, provavelmente no mês de abril, nós vamos abrir um edital no valor de R\$ 5 milhões, em conjunto
339 com o Ministério da Ciência e Tecnologia, para o estudo de células-tronco, em pesquisas pré-clínicas, a
340 maior parte delas, e em pesquisas clínicas, com possibilidade de utilização de células-tronco de
341 embriões para o desenvolvimento dessas pesquisas. Então, serão R\$ 5 milhões colocados à disposição
342 da comunidade científica em um edital que, certamente, sairá agora no mês de abril. Além disso, vamos
343 continuar investindo grande quantidade de recursos, como foi feito no ano passado, em pesquisas
344 científicas e deveremos novamente atingir a marca de R\$ 70 a 80 milhões em investimentos para
345 pesquisa na área de saúde. Sobre a construção da HEMOBRAS, nós estamos na fase de formação da
346 diretoria e instituição do Decreto. Estamos analisando, à luz da lei de inovação, se vamos fazer uma
347 licitação para transferência de tecnologia ou se mais rapidamente nós vamos estabelecer uma
348 associação que dispense a licitação. Devemos começar as obras físicas da parte administrativa até
349 julho, a depender de licitação para transferência de tecnologia ou não. A planta de produção de vacinas
350 virais no Rio de Janeiro deve ser inaugurada até o meio do ano, na Fundação Oswaldo Cruz e a planta
351 que nós estamos fazendo conjuntamente com o Instituto Butantã para auto-suficiência do Brasil na
352 produção de vacinas contra a gripe, possivelmente, será inaugurada no primeiro semestre desse ano.
353 Com a inauguração da fábrica de medicamentos no Rio de Janeiro, é possível que, em maio, nós
354 comecemos com uma linha de produção de medicamentos. Para se ter uma idéia, a produção de
355 amoxicilina dessa fábrica pode atender a demanda do Brasil, que não é apenas a demanda do Sistema
356 Único de Saúde; a nossa capacidade de produção será, se for necessário, para atender o Brasil todo.
357 Também vamos produzir uma série de outros medicamentos para hipertensão e diabetes. A fábrica de
358 preservativos, no Acre, será inaugurada no final do ano. O Programa Saúde da Família. A nossa meta
359 esse ano é implantar 3.400 novas equipes, atingindo a meta de 25 mil equipes com 210 mil agentes
360 comunitários de saúde atuando em todo o país. Isso garantiria cobertura de mais de 48% da população.
361 Nessa área, vocês sabem que nós temos gargalos importantes: carência de profissionais, lei de
362 responsabilidade fiscal impedindo a ampliação da contratação, problema da precarização das relações
363 de trabalho, entre outros. Então, nós estamos realizando estudo aprofundado sobre como podemos
364 enfrentar o gargalo que limita a ampliação do Programa Saúde da Família no Brasil. Saúde Mental. Nós
365 queremos implantar 510 novos serviços extra-hospitalares entre residências terapêuticas e centros de
366 atenção psicossocial e ampliar o número de beneficiários (1.200) do Programa “De volta para Casa”, o
367 que atingiria cerca de 2 mil e 200 pacientes inscritos no Programa. Nós também estamos fazendo uma

revisão nesse Programa para que possamos ampliar essas metas, pois hoje ele é restrito a pessoas que estiveram internadas no hospital psiquiátrico por, no mínimo, dois anos, quando nós sabemos que muitas famílias mantêm os seus pacientes em casa ou muitos deles têm condição de autonomia em relação aos hospitais, mas não têm necessariamente dois anos de internamento. Então, estamos estudando um projeto emergencial para ampliar o Programa e também uma política mais estrutural para revisão dos condicionantes dele. Além disso, acredito que nos próximos dois meses nós concluiremos definitivamente a nossa política para álcool no Brasil. Regulamentação da EC nº 29, que é uma questão que está entre as nossas prioridades. Nós estamos preocupados, principalmente, com duas questões, uma é a definição clara do que são gastos e ações de saúde. É preciso garantir uma interpretação adequada sobre isso para que possamos evitar a aplicação de recursos da saúde em ações que não têm relação direta com o componente universal, integral e público do Sistema Único de Saúde. Também queremos regulamentar a vinculação federal, se nós vamos continuar tendo como referência o crescimento do PIB ou a inflação do período ou se vamos estabelecer outra forma de vinculação. E, mais do que isso, é importante que o Congresso Nacional defina claramente como criar instrumentos e mecanismos para que nós possamos preservar a descentralização e a autonomia de estados e municípios, mas nós não possamos continuar a assistir de mãos atadas a má aplicação de recurso público por municípios, por estados, e, se em algum momento vier a acontecer, pelo Ministério da Saúde. A EC nº 29 prevê a possibilidade de intervenção, inclusive, do Ministério da Saúde em municípios, não apenas em estados e no Distrito Federal e como esse instrumento não é regulamentado, nós ficamos assistindo o que tem acontecido no Brasil sistematicamente: gestores sem nenhum compromisso com a população que fazem barganha com o sofrimento dela e que querem muitas vezes recursos absurdos por parte do Ministério da Saúde, que são absolutamente incompatíveis com os recursos financeiros que o Brasil é capaz de gerar. Então, isso tem que ser objeto de discussão do Congresso Nacional, pois, inclusive, essa responsabilidade termina, quando é município, recaindo sobre o estado e o governo federal; e quando é estado, recaindo no governo federal, quando sabemos que as ações de saúde são obrigações dos municípios e dos estados, em alguns casos. Saneamento. Vamos continuar implementando ações nas regiões metropolitanas, em parceria com o Ministério das Cidades e também os nossos programas específicos e vamos fortalecer o saneamento nas áreas indígenas. Saúde da Mulher e da Criança. Primeiramente, quero saudar todas as mulheres brasileiras, hoje, pelo seu dia, reafirmando o compromisso do Ministério da Saúde com a prioridade e a Política de Saúde da Mulher. Nós estamos com as seguintes propostas: redução para 5% da razão de morbimortalidade materna nas capitais, buscando atingir, em 2006, a meta de redução de 15% na razão de mortalidade materna, em comparação ao ano de 2003; aumentar em 30% a cobertura de exame de Papanicolau na população de risco (35 a 49 anos); aumentar em 30% o número de mamografias realizadas; reduzir o índice de mortalidade infantil de 25,1 em 2002, para 22,1 em 2007 - nós já tivemos uma redução de mortalidade infantil e neonatal em 2003 e 2004; e reduzir em 15% a mortalidade neonatal - que também já teve uma redução nesse período da nossa gestão. Fora isso, dia 22 de março, nós vamos lançar a Política de Planejamento Familiar do Governo Federal, inclusive, como já é público, com a implementação pela primeira vez, da reprodução assistida, garantida pelo Sistema Público para que a população mais carente tenha oportunidade de planejar adequadamente a sua família. Concurso Público e Plano de Cargos e Carreiras para o SUS. Nós estamos trabalhando nessa linha. Ficou faltando nessa apresentação a parte de controle das endemias. Vocês sabem que o Brasil tem o compromisso de eliminar a hanseníase até o final desse ano e nós vamos cumprir essa meta. Hoje, nós estamos com uma prevalência de 1,7 pacientes para 10.000 habitantes e a eliminação significa um número menor que 1 para 10.000 habitantes. Então, o Brasil globalmente vai conseguir atingir essa meta, mas, provavelmente, alguns estados vão ficar acima dela, daí o porquê desse trabalho ter que continuar. No caso da tuberculose, nossa expectativa é ampliar a detecção, que já teve um aumento para 70%, e já estamos trabalhando com 75%. Queremos ampliar a detecção e a conclusão do tratamento, que era de 70% quando os parâmetros internacionais apregoam 85% e esse ano nós atingimos 76% e queremos chegar perto de 80% de conclusão de tratamento para as pessoas com tuberculose. A Política com relação à Dengue será mantida e as ações a respeito da malária também serão intensificadas. Então, são essas as ações mais importantes propostas para o ano de 2005. Obrigado." Concluída a apresentação, Conselheira **Zilda Arns Neumann** abriu a palavra para manifestações do Plenário. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, inicialmente, cumprimentou o Ministro da Saúde e o Presidente da FUNASA e, em especial, às mulheres presentes pelo Dia Internacional da Mulher. Informou que, no dia 3 de março de 2005, o Movimento AIDS reuniu-se em Brasília para discutir a falta de medicamentos anti-retrovirais para o tratamento da AIDS na rede pública e entregou ao Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, documento expressando a posição do Movimento a respeito dessa situação. Enfatizou a importância de o CNS aprofundar o debate sobre a Política de Medicamentos e a produção nacional, uma vez que a falta de medicamentos, não só para o tratamento de AIDS, era recorrente em vários estados. Além disso, destacou a importância de emissão imediata de licença compulsória para a sustentação da política nacional de distribuição gratuita de medicamentos para AIDS no Brasil, dado o

430 alto custo desses medicamentos e de definição de mecanismos de responsabilização dos laboratórios
431 públicos, no caso de não cumprimento dos acordos de produção de medicamentos firmados com o
432 Ministério da Saúde. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** lamentou a ausência do representante
433 indígena no debate sobre a situação da saúde indígena na Região de Dourados e mostrou preocupação
434 com a possibilidade de o aleitamento materno ser substituído pela utilização de leite industrializado, por
435 entender que isso contribuiria para que as crianças se tornassem mais vulneráveis a doenças. Além
436 disso, colocou a Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição (CIAN/CNS) à disposição para
437 contribuir na definição de ações para a melhoria da alimentação e nutrição da população indígena.
438 Conselheira **Lilian Aliche** cumprimentou o Ministro da Saúde pela apresentação, contudo, manifestou
439 preocupação com o fato de não estarem previstas ações de saúde voltadas especificamente à
440 população idosa dentre as prioridades do Ministério da Saúde para 2005. Conselheiro **Luiz Augusto**
441 **Ângelo Martins** cumprimentou o Ministro da Saúde pela explanação e solicitou que se pronunciasse
442 sobre a retirada da alíquota zero para aquisição de órteses e próteses. Conselheiro **Francisco Batista**
443 **Júnior** iniciou a sua intervenção saudando o Ministro da Saúde e às mulheres, pelo Dia Internacional da
444 Mundial. Prosseguindo, avaliou que a falta de medicamentos para o tratamento da AIDS era apenas um
445 aspecto da crise da assistência farmacêutica no país, o que apontava para a necessidade de aprofundar
446 o debate sobre a atenção farmacêutica de forma mais ampla. Disse não ser contrário à proposta de
447 subvenção de farmácias para comercialização de medicamentos para hipertensão e diabetes, contudo,
448 entendia ser necessário implantar um programa de acompanhamento e atendimento dos portadores
449 dessas patologias, com fortalecimento da Atenção Básica. Também destacou a necessidade de o
450 Governo implementar uma política de fortalecimento dos laboratórios oficiais para que produzam os
451 medicamentos de primeira necessidade dos usuários do SUS. A propósito do PSF, ressaltou que, apesar
452 de reconhecer a sua importância, era preciso aprofundar o debate sobre os seus resultados e discutir
453 melhor a proposta de transição das suas equipes, uma vez que, em determinados municípios do país, ao
454 invés de uma estratégia estruturante, o Programa fora transformado em um modelo de atenção.
455 Finalizando, cumprimentou o Ministério da Saúde pelas propostas de realização de concurso público e
456 implementação do Plano de Cargos e Carreiras para o SUS e solicitou maiores informações a respeito.
457 Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** cumprimentou o Ministro da Saúde pela explanação e fez
458 comentários sobre as ações do Ministério em relação à assistência farmacêutica. A princípio, manifestou
459 preocupação com a sinalização de que a assistência farmacêutica estava restrita à Farmácia Popular e
460 destacou a necessidade de serem apontadas nas perspectivas para 2005 questões mais amplas a
461 respeito dos medicamentos. Disse, também, que era preciso discutir ações para que o país saísse da
462 situação de dependência internacional em relação a medicamentos e para a melhoria das condições de
463 saúde da população, a fim de que não houvesse tamanha necessidade de utilização de medicamentos.
464 Concluiu perguntando quais seriam as providências do Governo diante da denúncia de que o Brasil não
465 cuidava da população indígena como deveria. Conselheiro **Moisés Goldbaum** saudou o Ministro da
466 Saúde e desejou votos de felicidade às mulheres pelo Dia Internacional da Mulher, destacando, em
467 especial, os avanços no que diz respeito à valorização da mulher no mundo. Além disso, cumprimentou
468 o Ministério da Saúde por ter priorizado o desenvolvimento científico e tecnológico no país, haja vista as
469 ações programadas para 2005 no campo da inovação tecnológica. Conselheira **Solange Gonçalves**
470 **Belchior** solicitou que o Ministro da Saúde se pronunciasse a respeito da situação caótica da saúde no
471 Rio de Janeiro e as medidas tomadas para resolver a crise no Estado. Informou que o CNS deliberou por
472 realizar audiência pública na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, com a participação de
473 representação do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, do Conselho Municipal de Saúde, da
474 Câmara Municipal, do Ministério Público Estadual, do Ministério Público Municipal e do Tribunal de
475 Contas, para discutir a situação do SUS no Rio de Janeiro e solicitou que o Ministério da Saúde também
476 participasse desse encontro. Conselheiro **Eni Carajá Filho** saudou o Ministro da Saúde e as mulheres e
477 falou sobre a eliminação da hanseníase no Brasil. Disse que no Seminário sobre Hanseníase e Direitos
478 Humanos, realizado no Rio de Janeiro, foi destacado que doze países não atingiriam a meta de
479 eliminação da hanseníase até 2005 e, na ocasião, a Fundação Sassakauá assumiu o compromisso de
480 disponibilizar por mais cinco anos, a contar de 2005, blíster de medicamentos para o tratamento da
481 hanseníase, a fim de eliminar a patologia em todo o país e não apenas em algumas regiões. Nessa
482 linha, solicitou que a eliminação da hanseníase fosse uma das prioridades do Ministério da Saúde para
483 2005 e que a Comissão de Eliminação da Hanseníase do CNS pudesse atuar de forma articulada com o
484 Comitê de Eliminação da Hanseníase do Ministério da Saúde. Conselheira **Zilda Arns Neumann**
485 cumprimentou o Ministro da Saúde pela apresentação e solicitou providências do Governo diante da
486 exploração da Região Amazônica por pesquisadores de outros países e o patenteamento de
487 medicamentos utilizando matéria-prima extraída da Amazônia. A propósito da situação da saúde
488 indígena, disse que seria necessário articular as ações dos vários setores, visando à melhoria das
489 condições de saúde dessa população. A propósito da situação na Região de Dourados/MS, disse que
490 era preciso resolver, em especial, o problema da falta de terras para a produção sustentável de
491 alimentos. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**, em nome do segmento dos trabalhadores da

saúde, registrou satisfação com o fato de o Ministério da Saúde valorizar o Controle Social, submetendo à apreciação do Conselho as suas metas e prioridades. Todavia, disse ser importante explicitar a educação permanente no quadro de prioridades do Ministério da Saúde para 2005. Conselheiro **Alcides dos Santos Ribeiro** cumprimentou o Ministro da Saúde e as mulheres e destacou a importância de ações do Ministério da Saúde no sentido de enfrentar problemas de ordem cultural que prejudicam a efetivação da política de saúde para os povos indígenas. Também falou sobre a falta de medicamentos na Farmácia do SUS e solicitou que o Ministro da Saúde se manifestasse sobre a questão. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** cumprimentou os componentes da mesa e saudou todas as mulheres, desejando que pudessem contribuir, cada vez mais, para um mundo mais solidário. Também registrou preocupação com o PSF, uma vez que vinha sendo apresentado como única estratégia de Atenção Básica e enfatizou a necessidade de discutir outros modelos de atenção (étnico-médicos, comunitários, corporais, entre outros) que possibilitassem a melhoria da qualidade da saúde da população. Disse, ainda, ser necessário estarem previstas nas perspectivas do Ministério da Saúde para 2005 ações voltadas à capacitação da gestão, visando à otimização da aplicação dos recursos do SUS. Além disso, manifestou preocupação com os equívocos a respeito das competências da Secretaria de Gestão Participativa que, na sua concepção, deveria ter o papel de oferecer subsídios para que a gestão, nas três esferas de Governo, fosse mais eficaz. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** fez a leitura de um poema, de sua autoria, em homenagem às mulheres pelo Dia Internacional da Mulher. Em resposta, aos questionamentos do Plenário, o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, manifestou-se nos seguintes termos: “Eu vou tentar responder a todas as questões levantadas pelos Conselheiros, mas se não for possível, vou tratar daquelas que, na minha visão, precisam de uma resposta mais precisa. Em relação aos medicamentos anti-retrovirais, nós não tivemos em nenhum momento, a não ser nesse aspecto que eu falei da votação dos créditos suplementares, qualquer redução de gastos ou tipo de restrição orçamentária. Isso nunca aconteceu. O que se fazia de praxe e que, conforme minha determinação, a partir desse ano não mais será feito, é que, ao invés de colocar os recursos globais para a aquisição de medicamentos anti-retrovirais e para o Programa de AIDS diretamente no orçamento, colocava-se que era um Programa estratégico que nunca deixava de ter suplementação. Na verdade, é que esse ano nós mandamos o pedido de suplementação orçamentária no mês de abril de 2004, mas essa solicitação só foi votada na última semana de dezembro. Então, essa prática, a partir do próximo orçamento, será mudada, já nesse orçamento nós vamos definir o que será cancelado para viabilizar esses recursos, independente de qualquer pedido de suplementação orçamentária que se faça ao Congresso. No ano que vem, já no orçamento que vamos encaminhar ao planejamento, esses recursos estarão devidamente definidos e outras áreas talvez menos relevantes podem ter uma solicitação de suplementação. Com isso, nós não ficamos dependentes da definição do Congresso Nacional. A outra questão diz respeito ao peso dos medicamentos que possuem patentes, principalmente desses quatro do Programa. De fato, é um peso razoável, um deles tem um peso menor, mas, pelo menos três representam 66% desse orçamento. Como eu disse, nós fizemos um processo de negociação e tivemos uma redução pequena em relação ao que nós gostaríamos de ter, mas não estamos na estaca zero em relação ao estudo da possibilidade de produção desses medicamentos tanto pela Farmanguinhos quanto pelo próprio LAFEP e também por laboratórios privados no Brasil. Se for tomada decisão nesse sentido, nós temos condição, em um espaço mais otimista, de produzir esses medicamentos. Nós fizemos um primeiro estudo em 2003 e no final do ano passado nós solicitamos que fosse feito outro. Os mais otimistas acreditam que de oito a dez meses o país poderia ter capacidade de produzir, mas eu prefiro ser mais realista e trabalhar com a hipótese de que um ano seria o tempo para que nós estivéssemos produzindo, com uma margem de segurança ainda maior. Se o Brasil viesse a tomar a decisão de licenciamento compulsório, nós teríamos de adquirir esses medicamentos no exterior, pelo menos, para mais seis meses, para termos a certeza de que não haveria nenhum tipo de desabastecimento, mas esta questão está sendo discutida e é uma decisão técnica, uma avaliação sobre a ampliação da sustentabilidade do Programa. Então, nós temos que avaliar quantas pessoas irão entrar no Programa no ano que vem e o que nós podemos garantir quebrando ou não patentes. Nós não vamos ter, por razões de ordem econômica, qualquer tipo de interrupção na garantia dos medicamentos anti-retrovirais para a população brasileira. Quanto aos laboratórios oficiais, esse realmente é um problema. Desde o primeiro ano do nosso governo nós temos procurado estabelecer um diálogo privilegiado. Nós discutimos investimentos nesses laboratórios e nunca houve um nível de investimento como o que nós fizemos nesses laboratórios e, inclusive, temos procurado garantir que toda a legislação que vale para o conjunto dos demais medicamentos no Brasil possa ser aplicada a esses laboratórios, para que nós possamos implantar as boas práticas farmacêuticas em todos eles. Os investimentos caminharam no sentido de garantir que eles produzam medicamentos genéricos. Agora mesmo, quando entrou em vigor a Resolução da ANVISA, que trata da necessidade de teste de Biodisponibilidade e Bioequivalência para que os medicamentos pudessem se manter no mercado, nós não abrimos exceção para os laboratórios oficiais, assim, eles também têm que fazer esses testes. O Ministério está financiando a realização desses testes, portanto, nós temos tido um tratamento muito respeitoso e de entendimento sobre a

importância desses laboratórios oficiais, no entanto, infelizmente nós temos que chegar à conclusão de que ainda temos problemas graves de gestão. Vejam essa questão da produção de medicamentos anti-retrovirais. Você tem um monopólio do mercado, na verdade, esses laboratórios produzem boa parte desses medicamentos para o Ministério da Saúde e têm a sua produção adquirida integralmente, não havendo nenhum risco, mas, mesmo assim, nós temos que garantir o pagamento antecipado de uma parte dos recursos para que eles possam produzir. Ou seja, se esses laboratórios participassem da concorrência no mercado privado, se entrassem na economia de mercado, eles estariam fadados a falir em um curto espaço de tempo, pois não conseguem ter capital de giro, não conseguem ter, sequer, certidão negativa de débito com Previdência Social e outros impostos que têm que pagar, apesar de vários deles já serem isentos de alguns. Isso não é o caso de todos laboratórios, pois existem alguns bem geridos. Eu fui duramente criticado pelo presidente do FUNED, de Minas Gerais, na condição de presidente da ALFOB, que, na verdade, deixou de receber boa parte dos recursos no ano passado porque não tinha certidão de débito positiva para receber o dinheiro do Ministério da Saúde e que deixou de nos entregar encomendas importantíssimas como medicamentos para a hipertensão. Quer dizer, vai para o jornal, faz uma acusação, uma denúncia que nós não pagamos os laboratórios oficiais, mas ele próprio não poderia receber porque não tinha certidão negativa de débito, porque na verdade não atendeu, por exemplo, aos compromissos de entrega de medicamentos que aconteceram em relação ao Ministério. Então, é preciso dar um choque de gestão nesses laboratórios, não colocá-los em segundo plano, nem achar que não são importantes, porque são, mas eles precisam ter eficiência. Apesar de produzirmos medicamentos para AIDS por um custo muito mais barato do que seriam os medicamentos de marca, nós estamos, em alguns casos, pagando quatro vezes mais do que um medicamento indiano que chega aqui no Brasil. Nós vamos ter uma atitude paternalista só porque o laboratório é público? Não podemos ter. Por isso, a nossa intenção é criar a Rede Nacional de Laboratórios Públicos para que tenhamos um mecanismo de controle. Eu pergunto a vocês: só o Ministério da Saúde é que deve ter preocupação com a saúde da população? Como é que um laboratório faz uma compra de matéria-prima para produzir um medicamento estratégico, como é o medicamento para AIDS, e não recebe essa matéria-prima no prazo programado e espera sessenta dias para comunicar o Ministério que não vai poder entregar o medicamento porque a matéria-prima atrasou? Se nos tivessem avisado no dia que a matéria-prima iria chegar, em 24 horas, eu tinha resolvido o problema, como resolvemos depois de sessenta dias, quando ficamos sabendo que a produção não poderia ser feita porque a matéria-prima atrasou sessenta dias. Então, é preciso mudar a relação do Ministério com esses laboratórios e desses laboratórios com o SUS. Segundo, em relação à Política de Saúde do Idoso, acredito que valeria a pena pautar aqui no Conselho a apresentação da política global. Nós temos procurado dar essa atenção de forma integral e a população idosa tem sido diretamente beneficiada com os programas que nós temos implantado. Por exemplo, 70% dos atendimentos, em via pública e principalmente em domicílio, feitos pelo SAMU, que hoje já cobre 45 milhões de pessoas no Brasil, são de pessoas idosas. As nossas equipes de Saúde da Família, fazem uma média de 6 milhões de atendimentos a pessoas idosas no Brasil...*interrupção*...Em 2004, nós atingimos 85% e esse ano nós queremos ampliar essa cobertura vacinal. Em relação à assistência farmacêutica, nós dobramos a distribuição de medicamentos para doenças como Parkinson e Alzheimer. Sabemos que isso não é o suficiente, mas é parte de uma política que nós queremos ampliar. As instituições de longa permanência estão sendo objeto de debate para a definição de uma Portaria com o Conselho Nacional do Idoso, para que nós possamos ampliar o acesso por intermédio do Programa de Saúde da Família e que possamos definir normas cada vez mais claras e humanizadas de funcionamento dessas instituições. Então, eu me comprometo que, na próxima reunião do Conselho, a SAS apresentará a nossa Política de Atenção ao Idoso para que possa ser objeto de discussão. Com relação à retirada da alíquota zero para órteses e próteses, eu encaminhei essa questão para a SAS e também para o INTO. Eu me comprometo a mandar uma resposta por escrito a respeito dessa questão, porque esse é um fator de preocupação. Essa área tem tido uma atenção especial do Ministério. Esse ano, por exemplo, nós vamos implantar o laboratório para controle de qualidade das órteses e próteses no Brasil. Já estamos com os recursos reservados para o INTO e o laboratório só não foi implantado ainda porque não sabemos se o INTO ficará onde está ou se vamos mudar. Como isso implica em toda uma estrutura para a implantação do laboratório, nesses próximos 15 ou 20 dias nós vamos ter essa decisão e vamos poder avançar na licitação e implantação. Em relação às questões levantadas pelos Conselheiros **Júnior** e **Maria Eugênia**. Vocês têm razão, de fato, não está ali, mas não quer dizer que estamos priorizando a farmácia popular em relação à distribuição de medicamentos gratuitos pelo SUS. Essa não é a nossa intenção, ao contrário, nós estamos crescendo progressivamente no que diz respeito à distribuição gratuita de medicamentos pelo Sistema único de Saúde. Para se ter uma idéia, esse ano, nós vamos chegar perto de R\$ 1 bilhão de gastos do Ministério da Saúde com medicamentos excepcionais, inclusive, mudando uma série de procedimentos importantes. Agora, nós estamos fazendo o registro de preços e acredito que esse já foi até concluído para vários medicamentos excepcionais. Além disso, estamos fazendo a compra centralizada da hemiglucece, que é um dos medicamentos mais caros, estamos fazendo a transferência de tecnologia

616 de Cuba para a produção tanto da ribavirina quanto do interferon e estamos fazendo um sistema de
617 licitação e registro de preço para o interferon peguilaTo, que, agora, saímos para a definição do preço de
618 dose por indivíduo, permitindo que tenhamos padrão de comparação e, de fato, uma concorrência. Nós
619 já aprovamos na Comissão Intergestores Tripartite o novo pacto da atenção básica onde o Ministério
620 assume a responsabilidade pela garantia do acesso universal aos medicamentos de hipertensão,
621 diabetes, asma e os medicamentos contraceptivos. A partir do segundo semestre isso vai começar a ser
622 feito. É óbvio que teremos uma fase de transição.. Agora, queremos que cada um tenha o seu papel até
623 para que a população possa cobrar; caso haja falta de medicamentos para hipertensão vamos cobrar do
624 Ministério da Saúde, mas isso não será da noite para o dia, vai ser um processo progressivo, associado
625 ao Cartão SUS, ao cadastramento de todas as pessoas, mas já estamos caminhando nessa linha. Além
626 dos medicamentos dos programas estratégicos, estamos implementando uma série de outras ações. É
627 lógico que a política de assistência farmacêutica não pode ser voltada meramente na questão da
628 distribuição do remédio, mas esse é o centro. Nós temos que ter um balanço feito pelo próprio Ministério,
629 mas posso afirmar que temos ampliado o acesso a medicamentos, em uma situação de que, conforme
630 números, 30% da população não tinha acesso a medicamento no Brasil. Então, nós vamos ter que
631 continuar trabalhando nessa política. Com relação ao PSF, eu acredito que era preciso uma discussão
632 muito aprofundada, pois o Programa tem condições de apresentar resultados muito consistentes de
633 redução de mortalidade infantil, de redução das doenças mais comuns e de organização do
634 funcionamento dos Sistemas de Saúde. Eu continuo absolutamente convencido de que é a estratégia
635 adequada para a ampliação do acesso e principalmente para a organização da Atenção Básica. O
636 Ministério não está fechado a outras formas de garantia da Atenção Básica; a discussão pode
637 permanecer aqui no Conselho Nacional e acho que é importante promover um debate sobre o PSF como
638 um todo, mas uma decisão administrativa nós temos que tomar, porque nós precisamos ampliar essa
639 cobertura e, na verdade, os princípios que nós buscamos é a territorialidade, a responsabilidade sanitária
640 e o atendimento integral, por tempo integral. Nós vamos ter que implementar, ainda que a discussão
641 continue, até para que possamos discutir outros modelos de Atenção Básica. Nós vamos incorporar o
642 ginecologista, o pediatra e o clínico geral. Temos que fazer essa discussão, sem dúvida, mas não
643 podemos ficar parados, porque queremos garantir acesso à população. A respeito da questão do
644 Concurso Público e PCC do SUS, nós já temos alguns concursos públicos previstos e o plano de cargos
645 e carreira do Ministério está em debate. Nós estamos discutindo uma alternativa para o SUS, que é esse
646 debate de como nós vamos resolver o problema de recursos humanos e a fixação de profissionais. A
647 nossa política em relação ao trabalho passa pela política de educação continuada. O Ministério está
648 preocupado com isso e muita coisa foi feita. No seminário que nós fizemos essa semana, discutimos
649 intensamente como aperfeiçoar a Política de Educação Continuada. Isso não está colocado em segundo
650 plano e também nós já demos passos importantes a respeito da garantia da chegada de profissional às
651 áreas de desassistência. Nós aprovamos a Bolsa-trabalho e a residência multiprofissional integrada, que
652 contém, entre as suas normas, a obrigatoriedade de que esses profissionais cheguem até as
653 comunidades onde não há acesso da população a esses serviços. Sobre o PCC, uma coisa interessante
654 é que estamos acompanhando um concurso que está sendo feito no Estado do Ceará para a
655 contratação de profissionais para o PSF, com a interveniência do governo estadual que pode nos ajudar
656 a pensar mecanismos para que possamos ter uma carreira SUS, onde os cidadãos se submetam a
657 concurso e possam ser alocados em uma determinada região e, de acordo com os seus méritos e o
658 tempo de trabalho, possam ser deslocados e, com isso, possamos garantir acesso a todos. Ainda no que
659 diz respeito à questão dos medicamentos, já discutimos profundamente esse tema da dependência e de
660 uma política de medicamentos para o Brasil, mas vocês sabem que houve um hiato de quase um ano
661 onde nossa política de assistência farmacêutica não pôde avançar e nós ficamos realmente sem
662 condições de dar continuidade ao que estava sendo feito. Agora, nós estamos retomando essa questão
663 e já tivemos um papel importante na discussão da política industrial na área de fármacos no Brasil e isso
664 vai ter continuidade. Com relação ao Rio de Janeiro, essa é uma situação que realmente nos preocupa
665 profundamente porque o Ministério tem feito um grande esforço para resolver a situação. Eu espero que
666 hoje nós possamos ter uma solução, mas é impossível fazer um acordo quando dois não querem. O
667 Ministério da Saúde apresentou duas propostas à prefeitura do Rio de Janeiro para discussão dos
668 recursos para o Município e mostramos que quase 5% do recurso do Ministério da Saúde é gasto na
669 cidade do Rio de Janeiro - desde o repasse para prefeitura, para o estado, o gasto com os nossos
670 hospitais, os recursos humanos que nós pagamos, com a Atenção Básica - quase R\$ 2 bilhões são
671 gastos na cidade do Rio de Janeiro. Quero deixar claro que é somente na Cidade e não no Estado do
672 Rio de Janeiro, portanto, é preciso que se construa um movimento conjunto para resolver essa questão.
673 Eu estive em mais de uma oportunidade com a sociedade organizada na cidade do Rio de Janeiro,
674 inclusive, com o Conselho Municipal e Estadual de Saúde e nós queremos encontrar uma solução que
675 seja definitiva. O que eu me pergunto e perguntei ao pessoal de lá é se a desabilitação resolveria,
676 porque o que vai acontecer é que a gerência do sistema municipal vai continuar na mão da prefeitura, as
677 unidades que são da prefeitura vão continuar na mão dela; ela vai continuar gerindo, só que a gestão do

678 recurso vai passar para o estado do Rio de Janeiro: será que essa é a solução para o problema? O que
679 estamos querendo é encontrar uma saída negociada, que o Ministério Público do Rio de Janeiro e o
680 Poder Judiciário do Rio de Janeiro estabeleçam uma intermediação e que haja um compromisso do
681 Ministério da Saúde e da Prefeitura Municipal com a solução do problema, inclusive, com metas para a
682 ampliação da Atenção Básica, implantação do SAMU, regulação. Não adianta ficar cobrando recurso,
683 nem o Ministério disponibilizar mais dinheiro se não há, de fato, um compromisso de contrapartida em
684 relação a essa questão. Eu espero que hoje haja uma solução, porque desde a semana passada nós
685 estamos insistindo para que o Município do Rio de Janeiro responda à proposta que nós apresentamos.
686 Ontem, eu mandei uma pessoa para o Rio de Janeiro que só vai sair de lá quando tiver um acordo feito
687 ou uma saída para essa questão. Eu disse ao Secretário Municipal de Saúde que nós vamos tornar
688 pública a nossa proposta se não houve negociação para se chegar a uma solução no dia de hoje. Daí a
689 população do Rio de Janeiro que vai ter que julgar, porque lamentavelmente o que alguns órgãos de
690 imprensa têm colocado é que há uma disputa entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura e a população
691 está sofrendo, quando o que nós queremos desde o início é encontrar uma solução urgente para essa
692 questão. Às vezes, parece que não há essa mesma compreensão do sofrimento da população. Eu vou a
693 essa audiência no Rio de Janeiro e acho que o Conselho Nacional deveria enviar, o mais rápido
694 possível, uma comissão até o Rio de Janeiro para conversar, ver o que está acontecendo e saber, de
695 fato, de quem é a responsabilidade e porque até agora não se chegou a uma solução definitiva. Com
696 relação ao tema da hanseníase, eu acho que é perfeitamente possível um acompanhamento mais de
697 perto pela Comissão de Conselho. Eu tenho tomado por norma não trazer para dentro do Gabinete a
698 execução de nenhuma política, nós fazemos o monitoramento mais quem tem que me prestar conta é a
699 SVS, mas nós podemos sentar para ver como o Conselho pode participar mais diretamente do
700 acompanhamento dessas metas que, felizmente, estão indo muito bem. A Dra. **Zilda** levantou algumas
701 questões importantes em relação ao tema da saúde indígena. Nós temos que discutir a atenção integral
702 à população indígena, pois a saúde, infelizmente, chega no momento que a situação já está complicada.
703 É preciso que estejamos juntos - prefeitura, governo do estado, Ministério da Saúde, Ministério do
704 Desenvolvimento Social, FUNAI, Ministério da Agricultura, Ministério do Desenvolvimento Agrícola -
705 porque não adianta ficar recebendo a criança desnutrida colocando no hospital e tentando salvar, se não
706 há a possibilidade de sensibilizar essas comunidades para uma mudança de alguns padrões culturais.
707 Se não for possível mudar esses padrões culturais, o Ministério Público tem que estar junto conosco
708 para garantir que nós possamos prestar assistência às crianças e às pessoas que estão doentes e, de
709 fato, dar uma resposta integral. Com relação ao tema da Biodiversidade, eu acho que poderíamos
710 aproveitar esse debate que estamos fazendo nesse momento sobre a possibilidade de quebra de
711 patentes para discutir questões como essa. Debater a nossa Lei de Patentes, que possui imperfeições,
712 principalmente no que diz respeito à possibilidade de patenteamento de seres vivos ou de plantas,
713 daquilo que compõe a nossa biodiversidade e precisamos investir nisso. Dentro da nossa política de
714 investimento em pesquisas, estão abertas alternativas para quem deseja fazer pesquisas nessa linha. O
715 Ministério tem financiado alguns programas, inclusive em parceria com movimentos de trabalhadores
716 sem-terra. Eu vou incorporar essa preocupação de termos um olhar mais focado nesse debate do
717 aproveitamento da nossa biodiversidade. Em relação ao tema da Organização dos Estados Americanos
718 (OEA), o que acontece é que existe uma comunidade indígena na região do Vale do Jequitinhonha que,
719 de fato, tem condições extremamente precárias e graves de desintegração social. Além disso, boa parte
720 da população é alcoólatra, o índice de desnutrição e de mortalidade infantil é muito elevado e o mais
721 grave é que há uma rejeição muito forte da comunidade em relação às ações de saúde que se tenta
722 fazer no local. Para vocês terem uma idéia, no ano passado, vários veículos da FUNASA foram
723 incendiados, nossos profissionais foram agredidos e chegaram a ser detidos pelos próprios índios e nós
724 apelamos a FUNAI para que garantisse a segurança para que os nossos profissionais trabalhassem. Na
725 verdade, o que aconteceu foi que a FUNAI fez um levantamento da situação e entregou ao Ministério
726 Público que por sua vez, fez um inquérito, uma avaliação sobre a situação no local, quando o que
727 precisamos é encontrar uma solução para essa desintegração que, às vezes, acontece entre FUNAI e
728 FUNASA. Realmente, é um quadro muito complicado e existe esse componente cultural muito forte, que
729 é a rejeição às ações do poder público pela própria comunidade, mas o Dr. **Valdir** pode explicar melhor
730 essa situação. Por último, com relação ao tema da gestão e da gestão democrática. Em relação à gestão
731 e ao processo de descentralização, vocês estão acompanhando a nossa proposta do pacto de gestão
732 que está em fase de conclusão. Quando estiver definitivamente pronta, nós vamos trazer aqui para
733 discussão, para definição das responsabilidades a respeito da ampliação do Controle Social no que diz
734 respeito à fiscalização das responsabilidades de cada um. Isso é parte de um componente desse projeto
735 do monitoramento. Sobre a gestão participativa, nós temos não somente fortalecido a relevância dos
736 Conselhos, das Conferências, como temos procurado criar instrumentos para que os cidadãos possam
737 fazer também um controle social, por meio da política de ouvidorias. Nesse momento, há todo um
738 processo elaborado em funcionamento a partir de um trabalho da Secretária de Gestão participativa e
739 me parece que o Conselho está pautando esse debate. Nós estamos abertos a ouvir as propostas e

sugestões do Conselho e aprofundar esse debate. Infelizmente, vou precisar sair agora, porque às 2 horas eu tenho uma participação na marcha dos prefeitos para falar sobre as políticas de saúde. Na próxima reunião de Conselho, nós podemos dar continuidade a essa discussão e também podemos debater as definições do Conselho em relação a qualquer tema emergencial ou não. Então, eu quero pedir desculpas a vocês, porque realmente eu tenho que ir. Muito Obrigado!” Conselheira **Zilda Arns Neumann** agradeceu o Ministro da Saúde e passou a palavra ao Presidente da FUNASA, **Valdir Camarcio Bezerra**, que fez comentários sobre as questões levantadas pelo Plenário a respeito da saúde indígena. Inicialmente, destacou que a intersetorialidade e a integração das ações de saúde é fundamental para resolver os problemas de saúde dos povos indígenas. Explicou que as equipes de saúde realizavam trabalho de conscientização das famílias das crianças internadas no Centro de Referência de Reabilitação Nutricional, mas, apesar disso, 30% dessas, voltavam para as unidades de tratamento em virtude da desnutrição. Informou que estavam sendo discutidas ações intersetoriais conjuntas (FUNASA, FUNAI, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério do Meio Ambiente, Casa Civil, entre outros) que, inicialmente, eram voltadas para os guarani-Kaiowá e, posteriormente, seriam estendidas aos demais povos indígenas da região. A respeito da denúncia feita à Organização dos Estados Americanos, explicou que a FUNASA enfrentava dificuldades para implementar as ações de saúde na comunidade dos maxacalis, localizada no Vale do Jequitinhonha, já que essa população não aceitava a atuação das equipes de saúde na comunidade e respondiam com atitudes de violência. Disse que, diante do alto índice de mortalidade infantil no local, a FUNASA vinha atuando com ênfase no diagnóstico e na implementação de ações de vigilância alimentar e nutricional. Ressaltou que a FUNAI era a responsável por responder à denúncia, contudo, enfatizou que a FUNASA encontrava-se à disposição para apresentar a sua política, caso fosse notificada. Explicou que as famílias das crianças com peso inadequado para a idade eram aconselhadas sobre as práticas alimentares saudáveis como, por exemplo, o incentivo ao aleitamento materno e recebiam suplementar alimentar, conforme o caso. Concluindo, enfatizou que era preciso compreender e respeitar a cultura de cada etnia indígena, para possibilitar o desenvolvimento e a otimização das ações em várias áreas. Conselheiro **Ary Paliano** desculpou-se por não ter participado do debate a respeito da saúde indígena e sinalizou a precariedade dos serviços prestados às populações indígenas, apesar da disponibilidade de recursos. O Presidente da FUNASA, **Valdir Camarcio Bezerra**, reconheceu a importância de se avançar na otimização das ações de saúde indígena, contudo, salientou que a FUNASA vinha trabalhando para implementar uma política que garantisse a aplicação dos recursos repassados em ações de saúde para essa população. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou ao Presidente da FUNASA que fosse disponibilizado ao CNS o quadro de Recursos Humanos da Fundação e a planilha de execução orçamentária das ações de saúde indígena e de saneamento básico referente ao primeiro bimestre de 2005. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** reforçou o pedido de que fosse disponibilizada a planilha de execução orçamentária da FUNASA relativa ao saneamento básico, a fim de ser analisada pela Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente (CISAMA). Conselheira **Zilda Arns Neumann** informou que havia sido distribuída, a fim de ser apreciada pelos Conselheiros, uma proposta de Recomendação, solicitando aos órgãos públicos, nas três esferas de governo, que desenvolvessem ou planejassem atividades em áreas indígenas no país, considerando os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como referência territorial, organizacional e de articulação entre as esferas de governo. Conselheiro **Eni Carajá Filho** enfatizou a importância de maior articulação das ações de saúde indígena da FUNASA e da Secretaria de Saúde de Minas Gerais. Além disso, apresentou emenda à proposta de Recomendação nos seguintes termos: “que haja plena articulação entre os Conselhos de Saúde Indígena e os Conselhos de Saúde das três esferas de governo, visando o fortalecimento do Controle Social para a execução das ações de saúde indígena.” Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou espaço para apresentar encaminhamento a respeito da fala do Ministro da Saúde sobre o Programa Saúde da Família. Devido ao adiantado da hora, Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que esse ponto fosse retomado no período da tarde, a fim de garantir a apresentação de encaminhamento sobre o PSF, pela Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** e a apreciação da proposta de Recomendação, com a emenda apresentada pelo Conselheiro **Eni Carajá Filho**. Acatada a sugestão, suspendeu os trabalhos do período da manhã, agradecendo a presença do Presidente da FUNASA. Conselheira **Zilda Arns Neumann** retomou os trabalhos e apresentou a proposta de Recomendação aos órgãos públicos, nas três esferas de governo, para que desenvolvessem ou planejassem atividades em áreas indígenas no país, considerem os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como referência territorial, organizacional e de articulação entre as esferas de governo, os Conselhos de Saúde Indígenas e os Conselhos de Saúde, visando o fortalecimento do Controle Social para a execução das suas ações. **Não havendo destaques, a proposta de recomendação foi aprovada por unanimidade, com 22 votos a favor.** Na sequência, fez uso da palavra a Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** que informou a sua participação na audiência pública na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, que discutiu o Projeto de Lei que propõe a criação de novo ente no SUS: o consórcio da região metropolitana I, que congrega dezenove municípios do Rio de Janeiro. Explicou que, conforme o Projeto, o consórcio seria responsável por gerenciar a Rede

Hospitalar do Rio de Janeiro, a Política Hospitalar e as áreas de atuação no âmbito das regiões. Ressaltou que ficou preocupada com essa proposta e solicitou que o Conselho se manifestasse sobre o seu mérito. Também registrou o seu desconforto com a afirmação do Ministro da Saúde de que a proposta de transição das equipes do PSF seria encaminhada, independente da discussão que seria feita no âmbito do CNS, por entender que essa posição abriria um precedente perigoso para que as decisões dos Conselhos, nas três esferas de gestão, não fossem consideradas. Diante disso, solicitou que a discussão do PSF fosse incluída na pauta da reunião, a fim de que o CNS formalizasse o seu posicionamento sobre a matéria. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** enfatizou a necessidade de o CNS verificar o encaminhamento em relação ao seu posicionamento pela desabilitação do Distrito Federal em Gestão Plena, a fim de evitar que o Conselho não ficasse desautorizado a tomar decisões, por exemplo, a respeito da situação do Rio de Janeiro. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** sugeriu que o Secretário de Assistência à Saúde, **Jorge José P. Solla** ou o Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Antônio Alves de Souza** fosse convidado a participar do debate sobre a equipe de transição do PSF. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que o Ministério da Saúde assumiu o compromisso, no Plenário do CNS, de que a proposta de transição das equipes de transição do PSF somente seria implementada, caso fosse aprovada pelo Plenário. Nesse sentido, endossou a proposta de incluir a matéria na pauta da reunião e sugeriu que a Secretaria-Executiva do CNS comunicasse essa decisão ao Ministério da Saúde, que indicaria ou não representante para participar do debate. Conselheiro **André Luiz B. de Carvalho** informou que o Ministério da Saúde estava acompanhando a discussão do Projeto de Lei que propõe a criação do consórcio da região metropolitana I. A propósito do PSF, disse que seria importante a participação dos responsáveis pela proposta de transição no debate sobre a matéria para prestar eventuais esclarecimentos. **Feitas essas considerações, o Plenário decidiu retomar o debate da proposta de transição das equipes do PSF na manhã do terceiro dia de reunião.**

ITEM 2 – ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO (OSCIPs) – Conselheira **Silvia Marques Dantas** assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou o Conselheiro **Francisco Batista Júnior** para a apresentação do tema. Inicialmente, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que o Plenário aprovou o documento “As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs como instrumento de gestão pública na área da saúde”, produzido pelo GT do CNS sobre OSCIPs e decidiu que deveria ser elaborada proposta de resolução, manifestando a posição do Conselho, nos termos desse documento. Ressaltou que a apreciação da proposta de resolução, atendendo à solicitação do Governo, na última reunião do CNS, havia sido adiada para aquela reunião, a fim de possibilitar que o Ministério da Saúde realizasse estudo sobre a realidade das OSCIPs no país e que a decisão do CNS pudesse ser, de fato, aplicada. Informou que, em reunião com representantes do Governo, foi discutida a questão da terceirização nas suas várias formas e houve acordo sobre a apresentação de proposta de deliberação ao Plenário, contemplando a posição que consta no documento elaborado pelo GT. Feitos esses esclarecimentos, submeteu à apreciação do Plenário essa proposta de deliberação, que manifesta a posição contrária do CNS à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou outros mecanismos com objetivo idêntico, e ainda, a toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); e estabelece o prazo de doze meses, a partir do mês de março de 2005, para que os órgãos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) adotem medidas para o cumprimento desta determinação. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para manifestações do Plenário a respeito do texto da deliberação. Conselheiro **Fernando Passos C. de Barros** chamou a atenção para a necessidade de maior reflexão sobre a matéria, destacando, inclusive, as dificuldades dos gestores, nas três esferas, em cumprir diplomas legais que limitavam gastos com pessoal, por exemplo. Ressaltou, também, que havia várias experiências exitosas no país de gestão delegada a Organizações Sociais, permitindo a expansão das ofertas de serviços. Nessa linha, disse que era importante ponderar a possibilidade dessa deliberação prejudicar a prestação de serviços, feita de forma indireta. Conselheiro **Eni Carajá Filho** defendeu a aprovação da proposta de deliberação, haja vista que reafirmava os dispositivos da Constituição Federal e das Leis nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, sobre a gestão na área da saúde. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** manifestou o seu apoio à proposta de deliberação e propôs que fosse distribuída aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** perguntou se a proposta de deliberação contemplava a questão dos acordos internacionais. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** registrou o apoio da COBAP à proposta, por entender que a terceirização não era a melhor alternativa para a prestação de serviços do SUS. Conselheiro **Fernando Passos C. de Barros** fez uso da palavra para esclarecer que o CONASS não estava defendendo a terceirização dos serviços, mas entendia ser necessário considerar a existência de outras leis (Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Camata, por exemplo, que determinavam o patamar de gasto com pessoal), a fim de evitar eventuais prejuízos de prestação de serviços aos cidadãos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que as preocupações levantadas pelo Conselheiro **Fernando Passos C.**

de Barros foram discutidas e, por esse motivo, foi definido o prazo de um ano para que os órgãos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) adotassem medidas para o cumprimento da deliberação do CNS. Além disso, esclareceu que a proposta de deliberação contemplava todo e qualquer tipo de terceirização, inclusive os acordos internacionais. **Feitos esses esclarecimentos, colocou em votação a proposta de deliberação, que foi aprovada com 24 votos a favor e duas abstenções. A deliberação será amplamente divulgada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.** Definido esse ponto, foi iniciada a discussão sobre a Secretaria de Gestão Participativa. **ITEM 3 – SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA/MS** – Os Conselheiros **Carlos Alberto Duarte** e **Solange Gonçalves Belchior** assumiram a coordenação dos trabalhos e convidaram para compor a mesa o Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Antônio Alves de Souza** e o Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto**, Secretário de Gestão Participativa. Em seguida, definiram a dinâmica para o debate a respeito da Secretaria de Gestão Participativa (SGP), matéria que já havia sido objeto de discussão no CNS. Inicialmente, o Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Antônio Alves de Souza**, apresentou um breve histórico sobre o projeto do Ministério da Saúde para a Secretaria de Gestão Participativa (SGP). Explicou que a idéia de criação da Secretaria de Gestão Participativa surgiu a partir do debate da equipe de transição sobre o modelo de implementação do Programa do Governo Lula e da necessidade de se formar uma cultura de gestão participativa do SUS, envolvendo os trabalhadores, a sociedade organizada e os governos. Disse que a intenção era que a Secretaria de Gestão Participativa não fosse um órgão permanente da estrutura do Ministério da Saúde, uma vez que a gestão participativa, após ser consolidada, deveria ser uma estratégia transversal e permear as Secretarias desse Ministério em todas as esferas de gestão. Todavia, enfatizou que a Secretaria de Gestão Participativa deveria continuar existindo na estrutura do Ministério da Saúde, já que a prática da gestão de participativa do SUS não estava consolidada. Além disso, enfatizou que a gestão participativa visava apoiar e fortalecer a consolidação do Controle Social no país, logo, era preciso identificar e discutir os eventuais pontos de conflito entre a Secretaria de Gestão Participativa e o CNS. Prosseguindo, Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** acrescentou que a Secretaria de Gestão Participativa foi criada no início do Governo Lula, com a finalidade de consolidar e aperfeiçoar os espaços existentes de participação e Controle Social e de estimular novas formas de participação social na gestão do SUS. Sob esse aspecto, salientou que o Presidente da República elegeu a participação social como uma das cinco prioridades de seu governo e criou o Fórum Governamental de Participação Social. Informou que estava em discussão uma Política para a Gestão Participativa, que, após ser aprimorada, seria submetida à apreciação do CNS, já que o novo ciclo democrático do SUS afirmava a gestão participativa como um componente estratégico a influir e interagir com outros fundamentos do processo de democratização como a descentralização, a regionalização e a mudança de cultura da gestão e da prestação de serviços. De tal forma, disse que a gestão participativa não deveria ser atributo de uma única Secretaria, mas sim, constituir-se em uma estratégia transversal presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, em todas as esferas e instâncias. Contudo, afirmou ser essencial a existência da Secretaria de Gestão Participativa, no momento, pois seria responsável por definir novos instrumentos de participação social e Controle Social, além daqueles já definidos. Enfatizou que, primeiramente, era preciso identificar as eventuais competências da SGP que conflitavam com as atribuições do CNS, dado que, após análise preliminar, do ponto de vista jurídico-institucional, não foi possível identificá-las. A partir daí, disse que poderiam ser feitas as correções de rumos necessárias para que Controle Social e Secretaria de Gestão Participativa caminhassem como parceiros, visando o objetivo comum de consolidar os espaços de participação e Controle Social existentes e estimular novas formas de participação social na gestão do SUS. Após essas considerações iniciais, foi aberta a palavra para intervenções dos Conselheiros sobre a matéria. Conselheira **Zilda Arns Neumann** manifestou o seu apoio à Secretaria de Gestão Participativa, dada a sua importância para o fortalecimento da participação social na gestão do SUS. Nessa linha, enfatizou a importância de o Ministério da Saúde ampliar o quadro de pessoal da Secretaria, na perspectiva de garantir a implementação da Política de Gestão Participativa nas três esferas de governo. Conselheiro **Eni Carajá Filho** solicitou maiores esclarecimentos sobre as atividades da Secretaria com a ANEPs. Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira** destacou que a gestão participativa consistia em uma importante estratégia de governo, entretanto, ressaltou que era preciso garantir maior articulação da SGP com o CNS, visando o fortalecimento dos espaços de participação e Controle Social. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse reconhecer a importância da Secretaria de Gestão Participativa na implementação de novas formas de participação social na gestão do SUS, entretanto, preocupava-lhe o fato dessa Secretaria estar desempenhando ações de responsabilidade dos Conselhos de Saúde, a exemplo das iniciativas voltadas para capacitação de Conselheiros, intervenção dos Conselheiros e da sociedade civil no Controle Social, entre outras. Em resposta às intervenções do Plenário, Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** explicou que, por uma série de fatores, a Secretaria de Gestão Participativa começou a funcionar, efetivamente, em março de 2004, com uma configuração diferente daquela inicialmente proposta. Por isso, disse que era importante apresentar ao Plenário as ações e as dificuldades de cada uma das suas áreas. Prosseguindo, explicou que, apesar de estar prevista na Legislação como competência da SGP, a

capacitação de Conselheiros, na prática, estava sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES). Contudo, defendeu que essa matéria fosse debatida e conduzida, conjuntamente, pelo CNS, SGP e SGTES. Informou que os seminários de gestão participativa, realizados em regiões metropolitanas e macrorregiões, não se confundiam com as Plenárias de Conselhos de Saúde, uma vez que tinham por objetivo definir agenda pública de metas sociais em saúde, compartilhada com parceiros locais, envolvendo os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, os COSEMs e as Associações de Prefeitos. Finalizando, disse que os resultados desses seminários eram publicados nos chamados Cadernos Metropolitanos, que serviriam de subsídios para a política de fomento à gestão participativa na saúde. O Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Antônio Alves de Souza**, destacou que, diante das falas, não havia conflito entre as atribuições do Conselho e da SGP. Além disso, ressaltou que a SGP somente alcançaria a sua missão de fortalecer a gestão participativa no SUS, com o apoio do CNS. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** enfatizou que o CNS não era contrário à concepção de gestão participativa como estratégia para estimular novas formas de participação social na gestão do SUS, contudo, entendia que faltou pactuação com as instâncias já existentes de Controle Social na implementação das ações da SGP, nas diversas esferas de gestão. Nesse sentido, disse que seria importante que a SGP apresentasse ao CNS o seu plano de trabalho, a fim de fazer as necessárias correções de rumo. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** ressaltou que a SGP deveria trabalhar para que os gestores reconhecessem a importância da participação do Controle Social na gestão do SUS, de forma a evitar conflitos entre gestão e Controle Social. Encaminhando, propôs que fosse constituído um GT para reformular a Portaria que define as atribuições da SGP e redefinir o seu plano de ação. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** disse que a criação da Secretaria de Gestão Participativa representava um avanço e, a propósito, perguntou sobre as ações e programas da SGP para a interação dos atores do SUS. Conselheira **Neimy Batista da Silva** disse que a gestão participativa consistia em uma importante estratégia, pois explicitava o princípio da gestão democrática popular, com a descentralização do poder gerencial. Nessa linha, enfatizou a necessidade de serem revistas as competências da Secretaria de Gestão Participativa que conflitavam com o Controle Social, para que ambos trabalhassem como parceiros visando o objetivo comum de garantir a gestão democrática popular do SUS. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** destacou ser necessário sistematizar os problemas a respeito das atribuições da Secretaria de Gestão Participativa e a partir daí definir estratégias de ação para resolvê-los. Além disso, destacou que o Governo deveria apresentar um documento, explicitando a sua concepção sobre gestão participativa e as estratégias para fortalecer os espaços de Controle Social e a participação social na gestão do SUS, com a finalidade de resolver as polêmicas e unir esforços para se alcançar a gestão almejada. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** ressaltou que a implementação da gestão participativa era uma proposta inovadora e importante do novo Governo e as suas diretrizes ainda estavam em construção. Ressaltou que o cadastramento dos Conselhos de Saúde existentes no país, feito pela Secretaria de Gestão Participativa, consistia em um importante instrumento que subsidiaria a definição de estratégias para avançar na consolidação do SUS e no fortalecimento da gestão participativa e do Controle Social. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** afirmou que a Secretaria de Gestão Participativa representava um avanço, na medida que buscava ampliar o debate com os vários segmentos sociais, no sentido de democratizar a gestão, logo, os Conselhos deveriam contribuir com esse propósito. Além disso, ressaltou que era preciso trabalhar a cultura do gestor, uma vez que a gestão participativa seria viável, caso os gestores estivessem abertos à participação social. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** registrou o seu apoio à Secretaria de Gestão Participativa, uma vez que havia voltado a atenção para patologias até então esquecidas como a doença celíaca. Disse que era preciso verificar e resolver os eventuais problemas de superposição de papéis entre a SGP e CNS e divulgar as ações dessa Secretaria para as várias instâncias de Controle Social. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, inicialmente, lançou questionamentos para a reflexão do Plenário: Por que o CNS não participou do debate da Secretaria de Gestão Participativa já que esta teria a missão de consolidar os espaços existentes de participação e Controle Social? Por que o orçamento do CNS compõe o orçamento da Secretaria de Gestão Participativa? Qual a interlocução do CNS com a SGP, inclusive, quando esta promove atividades nos estados e municípios? É possível garantir a gestão participativa no âmbito de um Ministério que é vertical, autoritário e não garante a participação dos trabalhadores no processo de decisão? Prosseguindo, disse que era preciso definir se a gestão participativa seria implementada como uma política do Ministério da Saúde, a fim de garantir que fosse uma estratégia transversal. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ressaltou que o conflito entre CNS e Gestão Participativa começou quando o Governo propôs como eixo da 12ª Conferência Nacional de Saúde “Gestão Participativa” e não Controle Social. Enfatizou que o conceito sobre Controle Social estava claro, logo, reforçou a solicitação de que o Governo apresentasse a sua concepção sobre gestão participativa, a fim de resolver esses conflitos. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** enfatizou que a criação da Secretaria de Gestão Participativa representava um avanço, dado o seu propósito de otimizar a participação social na gestão do SUS. Entretanto, disse estar havendo equívocos no conceitos entre gestão participativa e Controle Social, já

que aquela consistia em um modelo de administração, organização, planejamento e avaliação e visava assegurar a inclusão de novos atores políticos no processo de gestão. Por esse motivo, enfatizou ser necessário repensar o papel da SGP, tendo como foco principal otimizar e criar uma cultura de gestão participativa no SUS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que, primeiramente, era preciso reconhecer a existência de conflitos em relação às competências do Controle Social e da Secretaria de Gestão Participativa e a partir daí equacioná-los. Em seguida, era preciso reformular o escopo de atuação e as atribuições dessa Secretaria. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou que, ao ser apresentado o organograma do Ministério da Saúde, percebeu que havia conflitos a respeito do entendimento do Governo sobre o que era gestão participativa. Nessa linha, reforçou a solicitação que o Governo apresentasse documento, explicitando o que entende por gestão participativa. Diante das intervenções do Colegiado, Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** destacou que o Governo do Presidente Lula elegeu a participação social como uma prioridade e, por essa razão, criou a Secretaria de Gestão Participativa. Ressaltou que as atribuições da SGP foram definidas com base nos preceitos do movimento da reforma sanitária brasileira, visando à ampliação dos mecanismos de participação popular nos processos de gestão do SUS, de forma a garantir sua consolidação como uma política de inclusão social e conquista popular e a adoção de mecanismos de prática de gestão participativa, nas três esferas de gestão do SUS, envolvendo gestores, prestadores e trabalhadores de saúde e usuários. Disse que o foco da Secretaria era a mobilização da comunidade para a participação dos processos de gestão do SUS e a construção de um pacto de promoção dessa gestão entre as três esferas de governo. Diante da complexidade do tema, sugeriu que fosse realizado seminário sobre gestão participativa, com vistas a promover a participação social, redefinir conceitos e delimitar políticas e ações do Ministério da Saúde nesse campo. Na sequência, fez uso da palavra o Secretário-Executivo do CNS, **Antônio Alves de Souza**, que ratificou a proposta de criar um GT do CNS para definir as diretrizes de gestão participativa para o SUS, com base nos estudos já existentes. A partir daí o Ministério da Saúde identificaria os pontos de conflito com o Controle Social e, caso fosse necessário, redefiniria o escopo de atuação da Secretaria de Gestão Participativa. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** reforçou o seu pedido para que o Governo apresentasse documento, explicitando a sua concepção a respeito de gestão participativa para subsidiar o trabalho do GT. O Secretário-Executivo do CNS, **Antônio Alves de Souza**, comprometeu-se a apresentar esse documento e solicitou que os segmentos que compõem o CNS também apresentassem as suas concepções acerca de gestão participativa, na perspectiva de servir de subsídio para o Grupo. Diante dessas proposições, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: **constituir um GT, composto por oito integrantes (cinco Conselheiros do CNS e três representantes do Governo), que terá a finalidade de definir as diretrizes de gestão participativa para o SUS. Os segmentos que compõem o CNS (usuários; trabalhadores da saúde; e gestores e prestadores de serviço) e o Governo deverão apresentar as suas concepções acerca de gestão participativa, na perspectiva de subsidiar o trabalho do Grupo. Os resultados parciais do debate deverão ser apresentados na Reunião Ordinária do mês de abril de 2005. Não havendo posições contrárias, o encaminhamento foi aprovado.** Conselheiro **Núncio Manalla** fez uso da palavra para registrar o seu descontentamento com a forma de condução da votação. Finalizando, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** agradeceu a presença do Secretário-Executivo do CNS, **Antônio Alves de Souza**, e do Secretário de Gestão Participativa, **Crescêncio Antunes da S. Neto**, e convidou os Conselheiros, e demais participantes da reunião a participarem da confraternização em comemoração ao Dia Internacional da Mulher. **ITEM 4 – INDICAÇÕES – 1) Comissão de Comunicação e Informação em Saúde do CNS – Até o momento, foram indicados os seguintes nomes para compor a Comissão: a) Usuários: Conselheira Maria Helena Baumgarten; e Conselheiro Geraldo Adão Santos; b) Trabalhadores da Saúde: Conselheiras Geusa Dantas Lelis (titular); e Maria Thereza M. C. Rezende (suplente); e c) Gestores e Prestadores de Serviço: Sra. Ilara Sosi, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Os usuários deverão indicar dois nomes para a Comissão, que deverá reunir-se nos próximos dias. 2) VI Conferência Municipal de Saúde de Marabá – Data: 7 a 9 de abril de 2005 – Local: Marabá/PA. O Conselheiro Luiz Augusto Ângelo Martins foi indicado para acompanhar o evento e proferir palestra no dia 8 de abril sobre o tema "Avaliação e Perspectiva do Controle Social no SUS". 3) O Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul realizará nos dias 30 e 31 de março a III Plenária Estadual de Conselhos de Saúde, na Universidade Católica Dom Bosco. O Conselheiro Francisco Batista Júnior foi indicado a participar do evento. INFORMES – 1) Seminários Regionais de Integração com o SUS, promovidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - Conforme definido pelo Plenário, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, solicitou informações sobre os Seminários Regionais de Integração com o SUS ao Diretor-Presidente da ANS, que se comprometeu a enviar os documentos que serviram de base para os debates nesses eventos e reforçou o convite para participar das últimas três fases dos seminários (Nordeste, Centro-Oeste e Sul). Após analisar os documentos, o Plenário definiria se indicaria nomes para participar dessas etapas. 2) Comissões e GTs do CNS - Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** informou que o Plenário teria que indicar os coordenadores das seguintes Comissões e GTs do CNS: a) GT de capacitação de Conselheiros; b) GT de "Transição" PSF;**

c) GT das Águas; e d) Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Também teria que definir: a) Comissão de Coordenação Geral: um representante do segmento dos usuários; e b) GT de Monitoramento, Avaliação e Controle das Ações e dos Recursos Financeiros Transferidos aos Estados, Municípios e Instituições no âmbito do SUS (normatização): um representante do segmento dos usuários e um dos trabalhadores da Saúde. Além disso, teria que referendar os coordenadores já indicados para as seguintes Comissões: a) Comissão Intersetorial de Redução da Morbimortalidade por Trauma e Violência: Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**; b) Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase: Conselheira **Maria Leda de R. Dantas**; e c) Comissão de Comunicação Social: Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**. Também disse que era preciso avaliar os resultados dos trabalhos das Comissões e GTS em 2004 e solicitou que esses apresentassem os seus planos de trabalho para 2005 na próxima reunião do CNS. 3) Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que participara da reunião da Comissão Organizadora do Simpósio de Política Nacional de Saúde, no dia 9 de março de 2005, e a idéia da Frente Parlamentar da Saúde era lançar o Simpósio no Dia Mundial da Saúde (7 de abril de 2005) e realizá-lo entre os dias 18 e 20 de maio de 2005. Destacou que, na ocasião, o Presidente da Frente Parlamentar de Saúde, Deputado **Rafael Guerra**, informara que havia sido iniciado, no dia 8 de março de 2005, movimento nacional em defesa do cumprimento da EC nº 29 e solicitara que o CNS enviasse o relatório com os dados sobre o cumprimento da Emenda nos últimos anos. Sugeriu que o Plenário definisse sobre a sua participação nesse movimento nacional, enviasse os relatórios da COFIN/CNS com os dados sobre o cumprimento da EC nº 29 ao Deputado **Rafael Guerra**, e convidasse a Frente Parlamentar a participar da próxima reunião para apresentar a proposta desse movimento. Com isso, o CNS poderia estreitar relações com a Frente Parlamentar de Saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, propôs que a Frente Parlamentar de Saúde fosse convidada a apresentar a sua agenda de trabalho, além da proposta de movimento nacional em defesa do cumprimento da EC nº 29. Após considerações, foi acordado que um grupo da COFIN/CNS iria à Câmara dos Deputados para apresentar ao Presidente da Frente Parlamentar de Saúde, **Rafael Guerra**, o relatório da reunião da Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS, realizada no dia 3 de fevereiro de 2005, que, dentre outras questões, apresentava análise da execução orçamentária do 4º trimestre de 2004. Além disso, a Frente Parlamentar de Saúde seria convidada a participar da próxima reunião do CNS para apresentar a sua agenda de trabalho e a proposta de lançamento de movimento nacional em defesa da EC nº 29. A Plenária de Conselhos de Saúde também seria convidada a participar do movimento nacional em defesa da EC nº 29. Esse convite à Frente Parlamentar de Saúde visava, dentre outras questões, estreitar a relação do CNS com o Congresso Nacional. ITEM 5 – ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO POR ANENCEFALIA – A Secretária-Executiva, **Eliane Aparecida da Cruz**, assumiu a coordenação dos trabalhos, lembrando que, na última reunião do CNS, o Plenário deliberou por adiar o debate a respeito da antecipação terapêutica do parto por anencefalia, por entender que era preciso ouvir posições distintas, do ponto de vista técnico, ético e jurídico sobre a matéria, antes de posicionar-se. Feito esse esclarecimento inicial, apresentou os especialistas convidados para tratar sobre a matéria: Dr. **Jorge Andalafit Neto**, Presidente da Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção da Gestão da FEBRASGO; Dr. **Rodolfo Acatuassú Nunes**, Professor da UNIFERJ e do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Dr. **Paulo Silveira Martins Leão Júnior**, Procurador do Estado do Rio de Janeiro e Presidente da União dos Juristas Católicos do Rio de Janeiro; e Dr. **Luís Roberto Barroso**, Professor de Direito Constitucional da UERJ. Na sequência, definiu a dinâmica de debate do tema e abriu a palavra para as apresentações dos convidados. Inicialmente, Dr. **Jorge Andalafit Neto**, da FEBRASGO, agradeceu o convite do CNS para tratar sobre a antecipação terapêutica do parto em caso de anencefalia fetal e explicou que a FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) congregava 22 mil ginecologistas e estabelecia protocolos de rotina para esses especialistas por meio das suas revistas científicas, Congressos e discussões. Ressaltou que o abortamento era objeto de ampla discussão pelos ginecologistas, por conta de várias demandas, em especial, de mulheres com gestação de fetos portadores de anomalias, dentre elas, a anencefalia. Nessa linha, disse que faria uma abordagem técnica a respeito da anencefalia, demonstrando o ponto de vista dos ginecologistas ao tratarem de uma mulher com gestação de feto anencéfalo. Feitos esses esclarecimentos iniciais, passou a explanação do tema. A princípio, explicou que a anencefalia era a mais freqüente má-formação fetal atualmente diagnosticada e consistia em um defeito de fechamento do tubo neural ou defeito do tubo neural aberto. Ressaltou que os defeitos do fechamento do tubo neural tinham freqüente associação com a espinha bífida (coluna vertebral aberta) e as suas variações anatômicas (meningocele; menigomielocele; e mielocele) que, por si só, inviabilizavam a vida fetal. Prosseguindo, disse que a anencefalia se apresentava quando o tubo neural não se fechava na base do crânio e tinha ocorrência entre os primeiros 15 e 30 dias da gestação e os fetos femininos apresentavam maior possibilidade de apresentar a patologia (70%) em relação aos masculinos (30%). Explicou que essa má-formação possivelmente estava ligada à deficiência de ácido fólico e outras substâncias como galactoflavinas, riboflavinas, tiamina, ácidos nucléicos, solventes químicos e

1112 radiações. Ressaltou que a incidência de anencefalia não era uma questão bem estabelecida, uma vez
1113 que as suas causas não poderiam ser conhecidas previamente (80% dos casais com casos de fetos
1114 anencéfalos não possuíam antecedentes familiares de anencefalia). Citou dados sobre a incidência da
1115 anencefalia da CDC, USA, de 1994: Arkansas: 7,8/10.000 nascidos; Washington: 30/10.000 nascidos;
1116 Irlanda: 4,2/1.000 nascidos; Inglaterra: 4,5/1.000; e incidência geral: 0,5 a 4,5/1.000. Explicou que a
1117 gestação de fetos anencéfalos trazia uma série de intercorrências, dentre elas, polihidrânio (aumento
1118 do volume do líquido amniótico); doença hipertensiva da gravidez (DHEG); síndrome de insuficiência
1119 vascular periférica; e alterações psicológicas maternas. Disse que os fetos anencéfalos apresentavam
1120 abertura da parte posterior do crânio, ausência de ossos na região anterior e laterais da cabeça,
1121 preguiçamento das orelhas, fenda palatina às vezes aberta até a cavidade nasal e defeitos cardíacos
1122 congênitos. Ressaltou que o diagnóstico da anencefalia poderia ser laboratorial (utilizando o líquido
1123 amniótico para observar a dosagem de alfafetoproteína, a dosagem de acetilcolinesterase e realizar
1124 estudo genético-cromossômico) ou por imagem (ultrasonografia, que utiliza ondas sonoras de alta
1125 frequência e um computador para criar imagens dos órgãos, sendo o mais freqüente método de
1126 diagnóstico a partir de 12 semanas; e a ressonância magnética). Continuando, falou sobre os aspectos
1127 obstétricos da parturição de fetos anencéfalos. Explicou que o pólo cefálico ausente levava à falta de
1128 dilatação do colo uterino e à incidência maior de apresentações anômalas (pélvica e transversa). Com
1129 isso, o trabalho de parto era prolongado, observava-se hiperdistensão do segmento inferior do útero,
1130 maior incidência de parto por cesariana e maior incidência de rotura uterina quando havia cesáreas
1131 anteriores. Em relação aos aspectos do puerpério imediato e tardio, esclareceu que havia um aumento
1132 do sangramento por hipotonia uterina, aumento do uso de ocitócitos por via endovenosa, maior
1133 incidência de infecção puerperal devido a manipulações, necessidade de bloqueio de lactação e de
1134 apoio psicoterápico e uso de antidepressivos com maior frequência. No caso de fetos anencéfalos
1135 natimortos, disse que eram necessárias outras providências, sendo, sepultamento do corpo fetal (peso
1136 maior 500g); ou encaminhamento para estudo necroscópico e genético (poucas instituições estão
1137 preparadas para fazer esse tipo de estudo). Prosseguindo, explicou que, para as gestações futuras, no
1138 caso de gestação anterior de feto anencéfalo, era feito estudo genético do casal, de forma a verificar as
1139 possibilidades dessa má-formação na próxima gestação e era feita a prescrição de ácido fólico com
1140 início três meses antes da concepção e três meses durante a gravidez (administração de 0,40mg por dia
1141 ou associado a polivitamínicos). Com isso, a chance de um feto anencéfalo em uma segunda gestação
1142 era de 28% a 30%. Ressaltou que a anencefalia possuía associação com outras má-formações como
1143 sistema gênito urinário (4 a 26%); cardiocirculatório (2 a 8%); espinha bífida (10 a 16%); e hipoplasia de
1144 supra renal (>30%). Dando seqüência, citou as reflexões do Professor **Dílio Procópio Drumond**
1145 **Alvarenga** sobre a falta de definição legal do aborto em fetos anencefálicos e suas implicações perante a
1146 Constituição Federal: punibilidade ou impunibilidade? Ressaltou que a partir da anencefalia era preciso
1147 discutir o conceito de morte encefálica ou cerebral (ausência ou nulidade de traçado) e morte clínica
1148 (cardiorespiratória - parada irreversível dos batimentos cardíacos). Explicou que, conforme a Lei nº
1149 5.479/68, que dispõe sobre a remoção e transplante de órgãos, eram quesitos para afirmação de óbito: a
1150 ausência de atividade cerebral e a ausência de batimentos cardíacos por mais de 5 minutos.
1151 Acrescentou que a Lei nº 9.434/97 utilizava o conceito de morte cerebral ou morte encefálica para
1152 autorizar a retirada de órgãos para transplante. Assim, à luz da Legislação Brasileira, o anencéfalo era
1153 um morto cerebral que esperava apenas o nascimento para morrer clinicamente (morte clínica), portanto,
1154 seus órgãos poderiam ser utilizados para transplante ou tratamento. Explicou que o Conselho Federal de
1155 Medicina, por meio da Resolução nº 1.752/04, de 8 de setembro de 2004, também apresentou
1156 regulamentação para a doação de órgãos. Acrescentou que a United Nations Organ Sharing (UNOS)
1157 considerava possível a doação de órgãos do anencéfalo, levando em conta apenas os órgãos saudáveis
1158 e irrigados até a ocorrência do óbito e considerava ser necessário analisar eticamente e de acordo com
1159 as leis vigentes o conceito de "doador falecido". Concluindo, disse que a doação de órgãos de fetos
1160 anencéfalos envolvia aspectos médicos, técnicos, éticos e jurídicos e apresentava-se como alternativa
1161 ao aborto, possibilitando conforto psicológico para a gestante ao saber que a morte de seu filho ajudaria
1162 outras crianças a sobreviver, contudo, deveria ser analisada a viabilidade da solicitação e o pedido
1163 deveria partir dos pais. Na seqüência, fez uso da palavra o Dr. **Rodolfo Acatauassú Nunes**, Professor da
1164 UNIFERJ e do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do
1165 Estado do Rio de Janeiro, que iniciou agradecendo o convite do CNS para abordar a antecipação
1166 terapêutica do parto por anencefalia. A princípio, explicou que o nome mais apropriado para a
1167 anencefalia era meroanencefalia (meros =arte), já que consistia em uma afecção congênita em que
1168 havia ausência de parte do encéfalo, dos ossos do crânio e do couro cabeludo. Disse que a anencefalia
1169 apresentava os seguintes aspectos anátomo-patológicos: os hemisférios cerebrais eram ausentes ou
1170 extremamente rudimentares; a área cerebrovasculosa possuía vasos e massas irregulares de tecido
1171 cerebral; o tronco encefálico e o diencefalo podiam estar presentes em proporções variáveis; o cerebelo
1172 podia ser normal ou mal-formado; e quanto maior a ausência óssea menos tecido nervoso era achado na
1173 base do crânio. Explicou que a anencefalia correspondia a um defeito de fechamento da porção anterior

do tubo neural e a espinha bífida (coluna vertebral aberta) na porção posterior, ocorridos, nos 25º e 27º dias, respectivamente. Disse que a patogênese era multifatorial (componente genético que interage com fatores de risco específicos), decorrente de defeito no metabolismo do ácido fólico, com origem mesenquimal, sendo originada pela exencefalia. Ressaltou que a prevenção da anencefalia poderia ser feita com a adição do ácido fólico às farinhas de trigo e de milho, sendo ministrada dose maior para as mulheres que tiveram gestação anterior com defeito do tubo neural, diabetes e epiléticas em uso de ácido valpróico. Informou que, nos Estados Unidos, houve declínio significativo de 23% na incidência de defeitos de fechamento do tubo neural, a partir desse processo de prevenção. Ressaltou que o diagnóstico da anencefalia poderia ser feito por meio da ultrasonografia, a partir da 14ª semana de gestação e, conforme trabalhos de 2005, já era possível verificar a má-formação (exencefalia) a partir da 10ª semana. Prosseguindo, informou que, segundo dados da Maternidade do Hospital de Clínicas da UFMG, de 18.807 partos consecutivos, realizados em dez anos, houve 18.258 nascidos vivos, 549 natimortos e 89 apresentaram casos de defeitos do tubo neural (incidência de 4,73 a cada 1.000) e, desse total, 76 nascidos vivos (4,16 a cada 1.000) e treze natimortos (23,7 a cada 1.000). Acrescentou que dos 89 nascidos vivos com defeitos de tubo neural: 42 casos de mielomeningocele (47,2%); 24 casos de anencefalia (26,9%); quinze casos de encefalocele (16,9%); cinco casos de meningocele (5,6%); e três casos de associação de defeitos (3,4%). Dos 13 natimortos com defeitos de Tubo Neural: cinco casos de anencefalia isolada (38,5%); sete casos de anencefalia associada (53,9%); e um caso de Síndrome de Meckel-Gruber (7,7%). Em relação à sobrevida dos fetos com anencefalia, explicou que, para crianças nascidas com mais de 2.500g, 47% morreram no primeiro dia, 44% entre um dia e uma semana, 8% entre uma semana e um mês e 1% com cerca de três meses, ocasionalmente de sete a dez meses e a maior sobrevida registrada era de um ano e dois meses. Na seqüência, falou sobre a evolução geral do quadro dos fetos anencefálicos: instabilidade imediata e insuficiência respiratória (minutos); estabilidade e depois insuficiência respiratória (horas); estabilidade e depois instabilidade por insuficiência hipofisária e supra-renal (dias ou semanas); estabilidade e alta hospitalar; e instabilidade por infecção respiratória (semanas ou meses). Destacou que as manifestações clínicas dependiam do grau de desenvolvimento do encéfalo remanescente e a sobrevida, do grau de desenvolvimento do tronco encefálico e da qualidade dos cuidados paliativos. Prosseguindo, falou sobre as características clínicas do neonato com anencefalia: chora e movimenta extremidades; suga e deglute; realiza expressões faciais aos estímulos gustativos; responde a estímulos auditivos, vestibulares e dolorosos; e apresenta quase todos os reflexos primitivos do recém-nascido. Ressaltou que os cuidados paliativos dos fetos anencefálicos eram de extrema importância, com abordagem ativa e total na tarefa do cuidar, abrangendo elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais, com foco no aumento da qualidade de vida para a criança e suporte para a família, devendo ser iniciados precocemente, já com o diagnóstico. Destacou que, a exemplo da anencefalia, havia várias afecções congênitas letais, a exemplo dos problemas genéticos (trisomia do cromossomo 13, 15 ou 18, triploidia, osteogenesis imperfeita letal); problemas renais com oligodramino e hipoplasia pulmonar; problemas neurológicos: anencefalia, holoprosencefalia, encefaloceles amplas, hidroanencefalia, atrofia muscular espinhal; problemas cardíacos: anomalias inoperáveis, pentalogia de cantrel, hérnia da frangmática e pulmões com hipoplasia; e gêmeos inoperáveis. Ressaltou que a antecipação terapêutica do parto visava salvar a vida do binômio materno fetal, sendo que a antecipação assumia como inevitável o nascimento indesejável de um prematuro e a terapêutica visava ter as menores taxas possíveis de morte para a mãe e para o feto. Disse que havia um problema ético a respeito da antecipação terapêutica, uma vez que não se justificava quando uma terapêutica acarretava uma mortalidade imediata em 100% dos casos. Além disso, enfatizou que a terapêutica não deveria ser pior do que a evolução natural da doença, mesmo que ela fosse grave e invariavelmente letal. Destacou, ainda, que era preciso garantir a indicação correta nesses casos, dado que a realização de um procedimento terapêutico, sem essa indicação, poderia expor o paciente a um risco desnecessário. Ressaltou que intercorrências como polidramnio, doença hipertensiva da gravidez, vasculopatia periférica, distúrbios emocionais, dificuldades na apresentação, hipocontratibilidade uterina pós-parto e infecções pós-cirúrgicas ocorriam com relativa frequência nas gestações ou parto, independentemente da anencefalia, e usualmente não eram consideradas causa de antecipação terapêutica do parto para salvar a vida da gestante. Dessa forma, enfatizou que o grande foco seria a condição neurológica do feto: seria um “natimorto cerebral”? Explicou que havia duas condições básicas para o nascimento do feto com anencefalia: natimorto – não tem movimentos espontâneos ou reflexos; não tem movimentos respiratórios; não tem batimentos cardíacos ou pulso arterial; e pode ser feita a necropsia e/ou sepultado; e nascido vivo - apresenta movimentos e reflexos; chora; respira espontaneamente; tem batimentos cardíacos e pulso arterial; e não pode ser feita necropsia ou ser sepultado. Diante disso, afirmou que a situação neurológica de uma criança com anencefalia não era de natimorta, uma vez que nascia viva, com tronco encefálico funcionante (encéfalo posterior e médio), podendo ter ou não restos do encéfalo anterior (hemisférios cerebrais e diencéfalo). Continuando, disse que o neonato com anencefalia não possuía equivalência a uma pessoa com morte encefálica, pois ele possuía o tronco encefálico funcionante. Acrescentou que a prova irrefutável de que o tronco encefálico

funcionava era a respiração espontânea e nenhuma pessoa com morte encefálica respirava espontaneamente. Explicou que, caso a morte passasse a ser definida pela ausência de funcionamento dos hemisférios cerebrais, seria necessário mudar o conceito de morte e todas as pessoas com afecções adquiridas ou congênitas, em estado vegetativo persistente e que respiravam seriam consideradas mortas. Também afirmou que não seria aceitável que a condição de não funcionamento dos hemisférios cerebrais valesse apenas para a anencefalia, pois como essa má-formação se desenvolvia muito cedo na vida embrionária, diferentemente dos adultos que perderam de modo irreversível a função cerebral, havia a possibilidade de que houvesse algum mecanismo em que neurônios de outras localizações dessem alguma forma de sensações ou uma espécie de “consciência primitiva”. Prosseguindo, disse que o Conselho de Ética da Associação Médica Americana, em maio de 1995, colocava a anencefalia como uma situação de exceção, argumentando que a criança com anencefalia nunca experimentara e nunca experimentaria consciência. Contudo, em dezembro de 1995, esse Conselho reconsiderou a sua posição, chamando a comunidade científica para envolver múltiplas disciplinas na investigação do verdadeiro estado da consciência em crianças com anencefalia para uma melhor compreensão dessa condição e progressão dos interesses desses indivíduos e de suas famílias. Enfatizou que era preciso realizar estudos com tecnologia moderna, uma vez que estudos funcionais de neuroimagem revelavam a ativação cerebelar em tarefas de processamento não motor e resultados de meta-análises dava suporte à hipótese relacionada à topografia da cognição e emoção no cerebelo humano. Disse que, recentemente, foi proposto o uso da ressonância nuclear magnética no escopo do estudo do neonato com anencefalia, conforme já era solicitado pelo Conselho de Ética da Associação Médica Americana. Explicou que o primeiro caso de utilização de moderna técnica ultra-rápida em um neonato com anencefalia mostrou um primórdio de cerebelo e não foi feita a ressonância funcional. Enfatizou a necessidade de dar continuidade a esses estudos, adotando uma postura de prudência, conservadora, enquanto se aguardavam os resultados de pesquisa médica sobre a capacidade de consciência desses indivíduos. Salientou que o diagnóstico de morte era feito utilizando dois princípios básicos: eliminar o erro em classificar o indivíduo vivo como morto; e permitir o menos possível em classificar um corpo morto como vivo. Diante dessas considerações, apresentou as seguintes conclusões em relação à matéria: necessidade de maiores estudos com tecnologia moderna para melhor esclarecer a condição neurofisiológica e a intimidade das vias nervosas centrais na anencefalia; importância de se respeitar a vida do feto, mesmo com esta grave malformação; necessidade de os cuidados paliativos obedecer a alto padrão de qualidade e serem iniciados pelo suporte dos pais; e o melhor caminho é a prevenção. Finalizando, destacou que a legislação brasileira não previa a interrupção da gravidez quando complicada por fetos com esta malformação, o que reforçava a necessidade de se conhecer a fundo a sua evolução e as possíveis inovações terapêuticas para esses casos. Prosseguindo, fez uso da palavra o Dr. **Paulo Silveira Martins Leão Júnior**, Procurador do Estado do Rio de Janeiro e Presidente da União dos Juristas Católicos do Rio de Janeiro, que, inicialmente, agradeceu a oportunidade de tratar sobre a matéria no Conselho e parabenizou o Plenário pela iniciativa acertada de ouvir posições distintas a respeito da antecipação terapêutica do parto, para posicionar-se sobre o assunto. Começou a sua explanação enfatizando a importância de priorizar a prevenção da anencefalia, já que os artigos 196 e 198, I, da Constituição Federal, dispõem sobre o dever do Estado em priorizar a prevenção das doenças. Disse que a prevenção da anencefalia e outras malformações do tubo neural era possível com a administração de dosagem reforçada de ácido fólico na gravidez, um medicamento de custo muito baixo e de fácil utilização. Ressaltou que essa malformação atingia principalmente as mulheres de baixa renda que não tinham acesso aos meios de prevenção. Afirmou que reconhecia o sofrimento dos pais no caso de fetos com malformação incompatível com a vida, contudo, ponderou se não era pior para os genitores antecipar a morte do seu filho doente, por meio do aborto. Falou sobre os depoimentos de mães que decidiram levar a gravidez até o fim e perceberam maior união da família para superar a dor da perda. Prosseguindo, comentou sobre o livro “Vidas que não valem a pena ser vividas”, escrito pelo jurista e pensador alemão, Karl Biden e pelo médico psicólogo, Alfred Horf, que afirma que determinadas pessoas não mereciam viver porque eram muito onerosas para a sociedade e, nessa linha, perguntou se o mesmo deveria ser feito em relação à anencefalia e outros casos de malformação. Ressaltou que a Constituição da República Federativa do Brasil possuía por princípio o respeito à vida humana expresso, em especial, nos artigos 1º, VI (dignidade da pessoa humana); 3º, IV (fundamentos da República, sendo um deles promover o bem de todos, sem qualquer forma de discriminação, incluindo a idade); e 5º, *caput* (garantia da inviolabilidade do direito à vida). Continuando, destacou que, cientificamente, a vida iniciava-se no momento da concepção, quando havia a fusão das duas células germinativas (gameta feminino e gameta masculino) e, gradativamente, descobria-se que, a partir da concepção, havia todo um determinismo biológico estabelecido que afetava a vida futura de todos os seres humanos. Destacou que uma ponderação de princípios constitucionais não poderia desconsiderar o princípio primeiro e indissolúvel do direito à vida. Além disso, destacou que a experiência da civilização, especialmente ocidental, demonstrava que o aborto constituía-se em uma tragédia, uma vez que trazia graves complicações psicológicas e físicas

para as mulheres. Do ponto de vista jurídico, afirmou que há muito tempo sabia-se da existência de fetos inviáveis, embora, atualmente, a detecção pudesse ser feita de forma mais precisa. Nessa linha, citou trecho do parecer do Ministro do STF, **José Neri da Fonseca**, sobre o assunto, no qual faz alusão ao jurista **Clóvis Bevilacqua** “O Código Civil afastou as questões antiquadas da viabilidade da forma humana. Ao direito civil, essas questões não devem prevalecer. Pode um indivíduo ser considerado incapaz de viver e, no entanto, por isso mesmo que vive, merece a proteção do direito. Imagine se o indivíduo malformado, que os peritos declaram inapto para a vida, não obstante, durar alguns dias, se alguém o matar, comete ou não um crime? Ninguém responderá pela negativa, pois esse indivíduo é um ser humano.” Afirmou que os argumentos que justificavam a interrupção da gravidez tinham por base princípios que deixavam em um segundo plano o preceito maior do direito à vida, em razão de outras questões. Destacou que a prevenção com a administração de ácido fólico, iniciada no SUS, poderia evitar essa má-formação, uma vez que, na Europa do Norte, a utilização dessa substância vinha diminuindo gradativamente os casos de má-formação (anencefalia e de espinha bífida). Concluindo, propôs que a prevenção da anencefalia, com a utilização de ácido fólico, fosse um ponto de consenso do debate. Prosseguindo, fez uso da palavra o Dr. **Luís Roberto Barroso**, Professor de Direito Constitucional da UERJ, que, inicialmente, manifestou satisfação por estar participando do debate sobre a anencefalia no Conselho e cumprimentou os expositores que o antecederam. Informou que era o advogado que oferecera, em nome da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS), com o apoio técnico e institucional da ANIS (Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero), a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) ao Supremo Tribunal Federal (STF), visando garantir à gestante o direito de optar pela antecipação terapêutica do parto na hipótese de feto anencéfalo. Explicou que a anencefalia era incompatível com a vida extra-uterina, sendo fatal em 100% dos casos, já que uma vez diagnosticada a má-formação, a ciência médica nada poderia fazer para salvar o feto. Destacou que o Direito Penal Brasileiro, como era sabido, previa como crime o aborto praticado pela gestante e pelo médico. Assim, antes ADPF, as mulheres que desejavam interromper a gravidez de fetos anencéfalos, individualmente, tinham que buscar autorização judicial para poderem submeter-se à antecipação terapêutica do parto e, muitas vezes, a demora inerente aos trâmites processuais, tornava inócua a eventual decisão favorável à gestante, pois a gravidez chegava a termo. Além disso, ressaltou que, ao analisar os pedidos, o STF era extremamente conservador e entendia que os juízes não deveriam autorizar a interrupção da gestação nesses casos. Portanto, diante desse cenário, disse que foi proposta a ADPF, em nome da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS), para que o STF produzisse decisão nacional e homogênea para todos. Ao analisar a Ação, o Ministro do STF, **Marco Aurélio**, concedeu liminar favorável, contudo, o Colegiado do Supremo, no final de 2004, solicitou pedido de vistas à matéria, suspendendo a liminar para a análise e votação posteriormente. Com isso, a matéria estava pendente, aguardando julgamento do Supremo Tribunal Federal. Destacou que o debate jurídico sobre a anencefalia envolvia duas grandes questões: **1)** de mérito: a antecipação do parto nesses casos deveria ou não ser tratada como uma providência legal, se a gestante assim desejasse; e **2)** institucional: o Supremo Tribunal Federal era a instância com legitimidade para se pronunciar sobre a questão ou a matéria deveria ser definida por Lei Ordinária Específica do Congresso Nacional. Em relação às questões de mérito, explicou que a ADPF, apresentada ao STF, sustentava que a antecipação do parto no caso de fetos anencéfalos deveria ser autorizada, com base nas seguintes teses jurídicas: potencialidade da vida do nascituro; e a liberdade e autonomia individual da gestante. Em relação à potencialidade da vida do nascituro, explicou que a antecipação do parto no caso de fetos anencéfalos não caracterizava aborto, uma vez que o aborto pressupunha a potencialidade de vida extra-uterina do feto, o que era inviável nesses casos. Além disso, enfatizou que, para definição de morte, o Direito Brasileiro adotava como critério a morte encefálica e o feto anencéfalo não tinha, sequer, o cérebro formado, logo, nos termos da legislação brasileira, não era considerado um ser vivo. Desse modo, a antecipação terapêutica do parto, nesses casos, era um fato atípico e não poderia ser punido pelo Código Penal. Ressaltou que a antecipação do parto no caso de fetos anencéfalos só não havia sido expressamente abrangida no artigo 128 do Código Penal como excludente de punibilidade (ao lado das hipóteses de risco à mãe; e resultante de estupro), porque em 1940, época que a norma fora editada, não havia tecnologia capaz de diagnosticar, com precisão e segurança, anomalias fetais incompatíveis com a vida. Nessa linha, disse que uma lei, ao entrar em vigor, passava a ter uma existência objetiva e precisava ser interpretada de acordo com as condições sociais de cada tempo. Explicou que a ADPF indicava como preceitos vulnerados: o artigo 1º, IV (a dignidade da pessoa humana), princípio assegurado na Constituição Brasileira e relacionado ao direito à integridade física, englobando o direito à vida, e à integridade moral; o artigo 5º, II (princípio da legalidade, liberdade e autonomia da vontade), determina que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”. A liberdade consiste em ninguém ter que se submeter a qualquer vontade que não a de lei, e, mesmo assim, desde que seja ela formal e materialmente constitucional; e artigo 196, da Constituição Brasileira (direito à saúde), “é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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”. A respeito da liberdade e autonomia individual da gestante, destacou que impor à mulher o dever de carregar por nove meses um feto que sabia, com plenitude de certeza, que não sobreviveria, causando-lhe dor, angústia e frustração, importava em violação de ambas as vertentes da dignidade humana: a potencial ameaça à integridade física e os danos à integridade moral e psicológica. Diante desse conjunto de razões jurídicas, explicou que, perante o STF, sustentava-se a tese de não criminalizar a conduta de uma mulher que não desejava ou não suportava uma gestação sofrida e inviável. Do ponto de vista institucional, explicou que se discutia se o Supremo Tribunal Federal era a instância com legitimidade para se pronunciar sobre a questão ou se a matéria deveria ser submetida à deliberação do Congresso Nacional. Ressaltou que a polêmica concentrava-se nos seguintes eixos: interpretar a Constituição Federal e a Legislação em vigor; ou criar uma nova hipótese de aborto no Direito Penal Brasileiro. Na sua visão, a interpretação da Constituição Federal e do Código Penal, à luz desta, levava a não incidência dos dispositivos de aborto para a hipótese de antecipação do parto, no caso de feto anencéfalo. Destacou que não era razoável dizer, do ponto de vista da moderna teoria democrática, que a Câmara dos Deputados tinha legitimidade para debater a questão, uma que vez que o STF, além da legitimidade, tinha o dever de colocar essa matéria em discussão e dizer à sociedade se a interrupção da gravidez de fetos anencéfalos era uma hipótese legítima. Afirmou que não havia certeza científica sobre o momento de surgimento da vida, portanto, era definida de acordo com a fé de cada um, devendo ser respeitada as diferentes posições, logo, uma das premissas do debate deveria ser: o feto anencéfalo não chegaria a ter vida extra-uterina. Acrescentou que a religião deveria reinar no espaço da vida privada e não no debate racional, compreendendo que cada confissão religiosa poderia pregar o seu dogma em relação à matéria, mas não universalizar a sua crença e criminalizar a conduta de quem pensava diferente. Concluindo, destacou que o pedido ao STF era que fosse assegurado às mulheres o direito subjetivo de optar ou não pela antecipação terapêutica do parto, no caso de gravidez de fetos anencéfalos, respeitando-se os seus interesses pessoais e suas convicções morais e religiosas. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, agradeceu os expositores pelas apresentações e abriu a palavra para intervenções dos Conselheiros. Conselheira **Zilda Arns Neumann** discordou da afirmação de que não havia certeza científica sobre o momento de surgimento da vida. Enfatizou que a vida iniciava-se no momento da concepção, com a definição do DNA, portanto, a antecipação da gravidez configura a prática de aborto. Além disso, destacou que a anencefalia não era, necessariamente, incompatível com a vida extra-uterina, haja vista os casos na literatura de fetos anencéfalos que viveram durante dias, meses e até por um ano. Ressaltou que deveriam ser considerados os preceitos religiosos da população no debate dessa matéria e, a propósito, citou dados do IBOPE, explicitando que a maior parte da população brasileira era contra o aborto. Além disso, afirmou que era dignificante para uma mãe levar a termo a gravidez de um feto com malformação e que as consequências do aborto eram mais graves que o sofrimento da gestante, nesses casos. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, na condição de enfermeira obstetra, falou sobre o sentimento do trabalhador da saúde que tinha que realizar os procedimentos disponíveis, muitos deles agressivos, para garantir a vida da criança, em qualquer circunstância e confortar os pais de fetos com vida extra-uterina inviável. Enfatizou que a gravidez de fetos anencéfalos envolvia interesses de pesquisadores que desejavam levar a gestação até o fim, para realizar pesquisas, utilizando os órgãos desses fetos e interesses de grupos sociais. Na sua visão, o Estado e a Nação não poderiam cercear o direito da gestante em decidir por antecipar uma gravidez de feto anencéfalos. De tal forma, disse que o Plenário deveria posicionar-se sobre a garantia do direito à gestante de optar pela antecipação da gravidez e, caso essa posição fosse favorável, deveria apontar a necessidade de serem definidas regras de segurança que garantissem os exames adequados para a detecção dessa malformação. Conselheira **Neimy Batista** iniciou a sua intervenção destacando pontos para a reflexão do Plenário: qual o tipo de vida está se referindo, em abundância, com dignidade e direito ou da vida que se encerra até quatorze meses, que prolonga a tortura e a violência psicológica? Defesa de qual ética, daquela fundamentada na moral, na espiritualidade, na culpa, no cerceamento? A defesa da ética está sendo feita a partir do princípio da liberdade ou de crenças subjetivas? Na sua visão, o Plenário deveria fazer a defesa intransigente dos direitos humanos e da liberdade de decidir, reafirmar os direitos da sexualidade e reprodutivos de homens e mulheres e regulamentar o atendimento às mulheres que decidam por antecipar a gravidez de fetos anencéfalos. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** chamou a atenção para a riqueza do debate, uma vez que possibilitava ao Conselho exercer o seu papel de ouvir posicionamentos diferentes e contrários sobre a matéria, que serviriam de subsídio para a definição de posicionamento em benefício da sociedade. Na sua concepção, o CNS teria que se manifestar por assegurar aos pais o direito de optar ou não pela antecipação terapêutica do parto no caso de gravidez de feto anencéfalo, respeitando as crenças e convicções de cada pessoa e pela necessidade de se garantir suporte e condições necessárias àqueles que decidissem interromper a gravidez ou levá-la a termo. Conselheira **Silvia Marques Dantas** destacou que o debate acerca da antecipação terapêutica no caso de anencefalia não deveria ser pautado em convicções religiosas, tendo que vista que, nem mesmo

a religião majoritária no Brasil, possuía posição de consenso sobre a matéria. Nessa linha, ressaltou que a intenção era universalizar o direito de antecipar a gravidez nesses casos, uma vez que três mil mulheres já haviam realizado esse procedimento, mediante autorização judicial. Com isso, as mulheres poderiam optar ou não por esse procedimento, segundo os seus interesses pessoais e suas convicções religiosas e morais. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, inicialmente, cumprimentou os expositores pelas explanações, por entender que contribuíram para balizar o posicionamento dos Conselheiros. Enfatizou que a religiosidade deveria nortear a discussão, pois influenciava a conduta e o posicionamento das pessoas. Nessa linha, manifestou-se contrário à legalização da antecipação do parto, nos casos de fetos anencéfalos, por entender que, sob o aspecto religioso, não tinha a condição de autorizar a interrupção da vida. Dessa forma, sugeriu que a anencefalia fosse tratada na linha da prevenção. Conselheiro **Moisés Goldbaum** saudou os convidados pelas brilhantes abordagens sobre a matéria, por entender que possibilitariam ao CNS posicionar-se sobre a matéria. Ressaltou que a antecipação terapêutica era uma matéria pública e, ao mesmo tempo, individual, logo, era preciso respeitar cada uma das concepções, mas não se furtar de oferecer à população o conhecimento científico e os serviços de saúde que garantam a integridade física e moral das pessoas, respeitando o direito de opção. Conselheiro **Gilca Ribeiro S. Diniz** explicou que o Ministério da Educação não possuía debate acumulado acerca da matéria, assim, se manifestaria enquanto profissional de saúde, médica pediatra, que tratava de crianças há 25 anos. Relatou que a anencefalia era uma experiência traumática para a gestante e para a família como um todo, já que trazia grande dor, angústia e frustração e causava sofrimento físico e mental e as mulheres, sendo necessário expressivo suporte psicológico. Diante desse argumento, defendeu que fosse garantido às mulheres o direito democrático de optar pela antecipação terapêutica da gravidez, no caso de fetos anencéfalos. Conselheiro **José Caetano Rodrigues** ratificou que a hipótese de antecipação terapêutica do parto teria sido contemplada no Código Penal ao lado das legais possibilidades de aborto (gestação que ofereça risco de morte à gestante ou resultante de estupro), se à época que foi editado (1940), houvesse instrumental técnico e científico para diagnosticar com precisão essa anomalia incompatível com a vida, uma vez que previa o aborto no caso de potencialidade de vida extra-uterina do feto. Disse que esse tema afetava não apenas o direito das gestantes, mas também a liberdade pessoal e profissional dos prestadores da saúde, que se sujeitam à ação penal pública, no caso de realizarem o procedimento de antecipação terapêutica do parto, sem autorização judicial. Diante dessas argumentações, solicitou que o CNS, a exemplo de vários setores da sociedade, se manifestasse favoravelmente ao direito da família em optar pela antecipação terapêutica do parto, uma vez essa matéria relacionava-se à saúde da população e, conseqüentemente, ao Sistema Único de Saúde. Após essas considerações, foi aberta a palavra para considerações dos convidados a respeito das intervenções dos Conselheiros. Dr. **Luís Roberto Barroso**, Professor de Direito Constitucional da UERJ, iniciou a sua intervenção, registrando que reconhecia o trabalho desenvolvido pela Conselheira **Zilda Arns Neumann**, contudo, discordava das suas considerações sobre a antecipação terapêutica do parto. Explicou que não estava defendendo o aborto, já que a antecipação terapêutica do parto em casos de gravidez de fetos anencefálicos não era caracterizada como tal, conforme tipificado no Código Penal, uma vez que, no aborto, a morte do feto era resultado direto dos meios abortivos, o que não ocorria na anencefalia, já que a morte do feto era decorrente da má-formação congênita. Nessa linha, disse que o Estado teria que definir políticas públicas de educação e planejamento familiar e de prevenção dessa malformação, considerando a inviabilidade da vida fetal extra-uterina e não com base em casos isolados de fetos anencéfalos que sobreviveram alguns dias fora do útero materno. Ressaltou que respeitava as posições contrárias à antecipação do parto nesses casos, contudo, discordava da posição de criminalizar a conduta de quem era favorável a esse procedimento e desejava submeter-se a ele. Destacou que reconhecia a importância da religião na vida das pessoas, mas, entendia que deveria reinar soberana no espaço da ética privada da vida de cada um. Já nos espaços onde a matéria estava sendo debatida deveria vigorar a razão pública. Concluindo, enfatizou que, do ponto de vista social, a não legalização da antecipação terapêutica do parto no caso de gravidez de fetos anencéfalos poderia condenar às gestantes, principalmente as baixa renda, à clandestinidade e a métodos primitivos de aborto. Dr. **Paulo Silveira Martins Leão Júnior**, Procurador do Estado do Rio de Janeiro e Presidente da União dos Juristas Católicos do Rio de Janeiro, inicialmente, disse que seria importante ação do CNS no sentido de garantir a promoção de ações de prevenção da anencefalia e outras malformações fetais com a administração de ácido fólico. Ratificou a necessidade de considerar as diferentes concepções no debate, por constituir-se em um fundamento democrático, contudo, afirmou que era preciso respeitar o fundamento de respeito à vida do outro e a proposta de antecipação terapêutica do parto não preservava a frágil vida dos fetos com anencefalia. Ressaltou que as políticas públicas de saúde também deveriam considerar as conseqüências dos atos praticados na saúde física e psicológica da gestante e na vida dos fetos. Além disso, salientou que não deveria ser desconsiderada a capacidade de consciência do feto anencefalo, conforme declaração de Organismos Internacionais. Concluindo, cumprimentou a iniciativa pioneira do CNS de promover um debate democrático sobre a matéria, avaliando as posições distintas, do ponto de vista ético, jurídico e técnico. O Dr. **Rodolfo Acatauassú Nunes**, Professor da UNIFERJ e do

Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, utilizou parte do seu tempo para apresentar e comentar um vídeo que apresenta o relato de uma jovem, de 19 anos, que, aos três meses de gestação, descobriu que o seu filho era anencéfalo e, ainda assim, decidiu levar a gravidez a termo. Segundo a mãe, a gravidez foi tranquila, sem nenhuma alteração e, apesar do pouco tempo de vida (menos de um dia), o nascimento do filho trouxe-lhe grandes benefícios, o que demonstrava outra forma de encarar a gravidez de feto anencéfalo. Conforme o professor da UNIFERJ, os estudos neurofisiológicos, realizados até o momento, não permitiam afirmar que o feto anencéfalo não possuía nenhuma forma de consciência daí a necessidade de a vida ser respeitada no seu mais alto grau. Prosseguindo, Dr. **Jorge Andalafit Neto**, Presidente da Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção da Gestão da FEBRASGO, explicou que as mulheres com gravidez de fetos anencéfalos recebiam atendimento médico e psicológico, passavam por exames de ultra-sonografia e, conforme o entendimento do Judiciário, tinham o direito de optar por interromper a gravidez, uma vez que haviam sido expedidos três mil alvarás autorizando esse procedimento. Acrescentou que 70% dos alvarás concedidos referiam-se à autorização de interrupção da gravidez por anencefalia e, desse total, 90% haviam sido outorgados em primeira instância. Esclareceu que, apesar, de ser possível, não tinha conhecimento de nenhum caso no Brasil de transplante de órgãos de fetos anencéfalos. Concluindo, disse que era preciso garantir que a rede pública de saúde oferecesse a antecipação terapêutica da gravidez no caso de fetos anencéfalos, a fim de evitar que as mulheres, principalmente aquelas de baixa renda, recorressem a métodos clandestinos para a interrupção da gravidez. Conselheiro **Ciro Mortella** cumprimentou os expositores e salientou a necessidade de o Conselho adotar esse formato democrático de debate ao abordar outras questões polêmicas. Ressaltou que, além de refletir sobre a criminalização da antecipação terapêutica de fetos anencéfalos, o CNS teria que discutir quais seriam as políticas públicas a serem implementadas visando dar suporte à gestante, no caso dela decidir pela antecipação da gravidez ou por levá-la a termo. Ressaltou que a indústria não tinha posição fechada acerca da matéria, contudo, defendeu a diversidade das opiniões e a garantia do direito de escolha, com amparo do Estado. Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira** declarou que, do ponto de vista metodológico, o debate sobre a anencefalia havia sido um dos melhores que ocorreram no Conselho. Diante das explanações, propôs que o CNS se manifestasse, por meio de resolução, favorável a que seja assegurado à gestante o direito de optar pela antecipação terapêutica ou não do parto, no caso de gravidez de fetos anencéfalos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, inicialmente, ratificou o acerto do CNS em ouvir posições distintas a respeito da matéria, para posicionar-se. Destacou que as intervenções do CNS apontavam para a necessidade de priorizar a prevenção da anencefalia e outras malformações fetais e, nessa linha, disse seria importante trabalhar com o Governo e com as demais instâncias de Controle Social a partir dessa ótica. Enfatizou que, naquele momento, não seria possível chegar a consenso sobre pontos relacionados a anencefalia (conceito de morte encefálica, momento de início da vida, entre outros) e, por essa razão, defendeu que o CNS se manifestasse a partir da realidade atual, que apontava um quadro preocupante sobre a situação das mulheres com gravidez de fetos anencéfalos. Concluindo, disse que o CNS não tinha o direito de cercear o direito da mulher em optar pela antecipação ou não do parto, nesses casos. Conselheira **Júlia Maria Roland** também elogiou o formato e o conteúdo do debate e sugeriu que o CNS adotasse essa metodologia quando fossem discutidas outras questões polêmicas. Na sua visão, a religiosidade do povo brasileiro deveria ser respeitada e a prevenção deveria ser intensificada, a fim de evitar casos de malformações fetais. Todavia, disse que a prevenção não poderia impedir a adequação da legislação em vigor aos atuais conhecimentos. Nesse sentido, afirmou que o CNS deveria defender que todas as mulheres tivessem o direito e a condição de decidir por antecipar ou não a gravidez de fetos anencéfalos. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** enfatizou que o aborto também deveria ser objeto de discussão no CNS, dado o alto índice de realização desse procedimento, em condições extremamente precárias. Ressaltou que deveria prevalecer no debate o direito de liberdade da mulher de decidir por aquilo que melhor representava os seus interesses pessoais e suas convicções. Por fim, solicitou maiores esclarecimentos sobre a possibilidade dessa má-formação na próxima gestação, no caso de gestação anterior de feto anencéfalo. Conselheiro **Núncio Manalla** defendeu que o Conselho se manifestasse favoravelmente à garantia do direito à gestante de optar, de forma esclarecida e informada, pela antecipação terapêutica ou não do parto, no caso de gravidez de fetos anencéfalos. Conselheiro **Volmir Raimondi** comentou sobre a questão de transplante de órgãos de fetos anencéfalos, afirmando que não considerava justo levar a termo uma gravidez que causava sofrimento e dor para amenizar o sofrimento de outra pessoa. Além disso, disse que era preciso considerar, no debate, que a rede pública de saúde, nos moldes atuais, não tinha condições de oferecer o suporte necessário às mulheres que optassem por levar a gravidez de fetos anencéfalos até o final. Finalizou defendendo que fosse assegurado o direito de opção às mulheres, nesses casos. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** enfatizou que o CNS deveria manifestar-se no sentido de garantir à gestante portadora de feto anencéfalo o direito subjetivo de optar por submeter-se ao procedimento médico adequado para interrupção da gravidez. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** disse que o CNS deveria tratar a

antecipação terapêutica do parto de fetos anencéfalos como uma questão de saúde pública e reafirmar o direito da mulher de utilizar o livre arbítrio para optar ou não por esse procedimento. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** cumprimentou o CNS pelo debate, por entender que se constitui em um verdadeiro exercício da democracia. Além disso, manifestou-se favorável a que fosse assegurado à gestante o direito de optar pela antecipação terapêutica ou não do parto, no caso de gravidez de fetos anencéfalos. Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** destacou que aquele era um momento ímpar no Conselho, dada a possibilidade de apresentação de posições distintas a respeito de um tema polêmica e a oportunidade de um debate democrático. Explicou que a Federação Nacional das Associações Pestalozzi considerava extemporânea uma posição definitiva sobre a matéria, uma vez que muitas mulheres não tinham acesso a diagnóstico seguro de malformação fetal, com realização de ressonância magnética. Além disso, ressaltou que deveriam ser levadas em consideração a possibilidade de erro de diagnóstico e a real condição da mãe em optar pela antecipação do parto, uma vez que o seu estado emocional era afetado diante da notícia de gravidez de feto anencéfalo. Também destacou que, independente do posicionamento em relação à matéria, o CNS teria que afirmar a importância de ações que visassem à prevenção da anencefalia e outras malformações fetais, de forma a garantir que a geração da vida fosse segura. Conselheira **Zilda Arns Neumann** fez uso da palavra para propor que o CNS incentivasse a promoção de debate democrático a respeito da antecipação terapêutica do parto, no caso de fetos anencéfalos, nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e, posteriormente, a matéria retornasse Plenário do CNS para posicionamento. Além disso, sugeriu que, no momento, o CNS elaborasse recomendação ao Ministério da Saúde para que implementasse políticas de prevenção da anencefalia, com a utilização de ácido fólico. Conselheira **Silvia Marques Dantas** disse que a sociedade civil já havia se manifestado sobre a matéria, logo, não se justificava o pedido de adiamento da posição do CNS. Conselheiro **Gerônimo Paludo** destacou que não era possível prever o transtorno psíquico de cada gestante no caso de gravidez de feto anencéfalo, portanto, era preciso garantir às mulheres o direito de optar por levar ou não a gravidez, nessas condições, até o final. Conselheira **Maria Thereza M. C. Rezende** cumprimentou a mesa pela explanação e parabenizou os Conselheiros pela riqueza do debate. Enfatizou que o posicionamento do CNS deveria ser no sentido de assegurar às famílias o direito de opção esclarecida e consciente pela antecipação terapêutica do parto, no caso de gravidez de fetos anencéfalos, uma vez que o nascimento de um feto incompatível com a vida extra-uterina trazia grande sofrimento e dor para a gestante e sua família. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** enfatizou que não havia colocado a questão da religiosidade para influenciar a decisão das pessoas ou se furtar de posicionar-se sobre a matéria, uma vez que possuía posição contrária à antecipação do parto, nos casos de gestação de feto anencéfalo. Diante da complexidade da matéria, sugeriu que o CNS escutasse a posição dos Conselhos Estaduais e Municipais e debatesse o assunto sobre outros aspectos para, em seguida, posicionar-se. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, diante das manifestações do Plenário, apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: que o CNS firmasse a sua posição sobre a antecipação terapêutica do parto no caso de gravidez de fetos anencéfalos e a partir daí fosse elaborada uma resolução, manifestando essa posição, a ser divulgada, de forma a estimular o debate em outros fóruns de Controle Social. Conselheira **Cleuza de Carvalho** Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** relatou o caso de sua filha que, ao três meses de gravidez, recebeu a notícia de que o feto estava morto e enfrentou várias dificuldades para submeter-se ao procedimento adequado. Nesse sentido, defendeu que fosse garantido à gestante o direito de optar pela antecipação terapêutica do parto, no caso de gravidez de fetos anencéfalos. Além disso, perguntou se o erro no cromossomo 15 poderia ser causa de aborto espontâneo. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** informou que havia sido distribuída ao Plenário Nota Técnica do Ministério da Saúde sobre a antecipação terapêutica do parto em caso de anencefalia fetal. Segundo a Nota, o Ministério da Saúde era favorável à interrupção da gravidez de fetos anencéfalos, quanto fosse o desejo da mulher e, para garantir que as mulheres que desejassem antecipar o parto, nesses casos, tivessem acesso a serviços qualificados, atuaria em três vertentes: orientação técnica, definição de remuneração específica dos procedimentos e divulgação das definições acerca do procedimento. Além disso, a Nota informa que, no Brasil, desde o dia 18 de junho de 2004, as empresas produtoras de farinha de trigo e de milho eram obrigadas a adicionar ácido fólico e ferro a seus produtos, visando à prevenção da anencefalia. Na sequência, foi aberta a palavra para as considerações finais dos expositores. Dr. **Luís Roberto Barroso**, Professor de Direito Constitucional da UERJ, explicou que a legalidade ou não da antecipação do parto no caso de gravidez de feto anencéfalo seria definida pelo STF, portanto, uma deliberação do CNS manifestaria a sua posição do Colegiado sobre a matéria. Enfatizou que a matéria era uma questão de saúde pública e não de política criminal, logo, não deveria ser imposto à mulher o dever de carregar por nove meses um feto incompatível com a vida uterina e aquelas que interrompessem a gravidez, nesses casos, não deveriam responder criminalmente por isso, já que a pena para esse caso era de um a três anos de prisão. Acrescentou que a interrupção da gravidez de feto anencéfalo deveria ser reservada à ética privada para que cada pessoa, de acordo com os seus interesses e convicções, pudesse decidir se desejava ou não levar a gravidez até o final. Concluindo, enfatizou que o STF era a instância legítima e única para decidir sobre a matéria. Dr.

Rodolfo Acatauassú Nunes, Professor da UNIFERJ e do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, inicialmente, falou sobre a questão de transplante de órgãos de fetos anencéfalos, explicando que, conforme a literatura, não havia segurança técnica para a retirada de órgãos de um feto anencéfalo que respirava, mexia-se e chorava, para serem transplantados. Ressaltou que o valor religioso era parte da composição dos valores da própria sociedade, logo, não poderiam ser desconsiderados no debate. Comentou também sobre a prevenção de malformações fetais com administração de ácido fólico, destacando que, nos Estados Unidos, houve uma redução dos casos de anencefalia e de espinha bífida, utilizando esse procedimento. Contudo, disse que não ter encontrado na literatura resposta sobre o grau de ação do ácido fólico nos casos de malformações. Enfatizou que era preciso aprofundar as pesquisas neurofisiológicas acerca dos fetos anencéfalos, a fim de oferecer informações técnicas seguras para que as pessoas pudessem optar pela antecipação ou não. Disse ser importante respeitar o livre arbítrio das mulheres, todavia, lembrou que a liberdade de um terminava quando começava a do outro. Por fim, salientou que a rede pública de saúde deveria oferecer às mães apoio para o desfecho natural do processo de gestação. Dr. **Jorge Andalafit Neto**, Presidente da Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção da Gestão da FEBRASGO, inicialmente, explicou que os médicos, de um modo geral, não tinham objeção de consciência para interromper uma gravidez de feto anencéfalo, o que demonstrava o reconhecimento do direito das mulheres de exercício da cidadania e do livre arbítrio. Em relação à incidência de gravidez de feto anencéfalo, explicou que o erro genético da anencefalia poderia ser transmitido para uma segunda gestação daí a necessidade de se buscar as causas dessa malformação, a fim de ser evitada e realizar ações de prevenção. Informou, também, que 50% dos abortamentos espontâneos tinham origem genética e o erro do cromossomo 15 era uma dessas causas. Ressaltou que, nesses casos, a mulher, após submeter-se a tratamento preventivo, poderia ter uma gravidez normal. Prosseguindo, disse que a medicina vinha sendo exercida a partir dos princípios da bioética e, no país, vigia a norma legal de consentimento livre e informado de cada procedimento a ser realizado. Além disso, enfatizou que o Código de Ética determinava que deveria ser oferecida ao paciente a melhor alternativa de tratamento possível, colocando à disposição de todos os meios para o diagnóstico das doenças. Ressaltou que a Medicina e o Direito possuíam concepções distintas sobre o que era aborto, já que para este, qualquer interrupção da gestação, mesmo no nono mês de gravidez, significava aborto e, para aquela, o aborto acontecia quando a gravidez era interrompida até vinte semanas e a partir daí havia parto prematuro ou antecipação do parto. Disse que a maioria dos hospitais brasileiros, no caso de gravidez decorrente de estupro ou de risco para a mãe, realizava o aborto até doze semanas de gravidez, mas esse procedimento poderia ser feito até 20 semanas. Após esse período, cada situação era muito discutida nos hospitais. Além disso, ressaltou que as unidades hospitalares enfrentavam dificuldades diante da falta de insumos farmacológicos para indução do parto, obrigando as mulheres a ficarem internadas por maior tempo. Nessa linha, solicitou que o Ministério da Saúde tratasse dessa questão junto com a indústria farmacêutica. Concluiu destacando que a Medicina fornecia às pessoas informações sobre a sua doença, permitindo que essas tomassem decisões informadas. Dr. **Paulo Silveira Martins Leão Júnior**, Procurador do Estado do Rio de Janeiro e Presidente da União dos Juristas Católicos do Rio de Janeiro, inicialmente, questionou a informação de que haviam sido concedidos três mil alvarás judiciais, autorizando o aborto de fetos anencéfalos, uma vez o Judiciário vinha negando a autorização para esse procedimento, tanto na primeira quanto na segunda instância. Ressaltou que a interrupção da gravidez consistia em um ato tendente a abreviar a vida do feto, logo, teria repercussões físicas e psicológicas para a mãe daí a necessidade da prevenção dessa e de outras malformações fetais. Explicou que a adição de ácido fólico às farinhas de trigo e de milho e a outros produtos alimentícios não era suficiente para prevenir essa má-formação, sendo necessário suplemento específico dessa substância no período pré-gestacional e durante a gravidez. Disse que a anencefalia envolvia a defesa do maior bem que era a vida do feto anencéfalo, assim, perguntou se na antecipação terapêutica, a criança, que teria o parto induzido, seria tratada como ser humano e teria os cuidados necessários. Concluindo, destacou que o feto anencéfalo, por ser um ser humano, deveria ser tratado como tal e sua vida ser respeitada. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, agradeceu os expositores e passou à definição dos encaminhamentos sobre a matéria, destacando as propostas apresentadas pelos Conselheiros: que, naquele momento, o CNS firmasse a sua posição acerca da matéria, por meio de instrumento a ser definido (resolução, recomendação, moção); e que o debate fosse remetido às bases e, posteriormente, voltasse ao Plenário para posicionamento. Na sequência, abriu a palavra para a apresentação de outros encaminhamentos. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** apresentou as seguintes propostas: elaborar resolução, manifestando a posição do CNS sobre a matéria, contemplando a questão da prevenção e a garantia de orientação e suporte às gestantes que optassem por interromper ou por levar a gravidez até o final; e divulgar esse documento, de forma a incentivar o debate dessa matéria nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Conselheira **Zilda Arns Neumann** sugeriu que o CNS elaborasse recomendação ao Ministério da Saúde para a implementação de políticas de prevenção da anencefalia, com a utilização de ácido fólico e fosse remetido documento, apresentando posições

distintas sobre a antecipação terapêutica do parto, no caso de fetos anencéfalos aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, a fim subsidiar debate democrático a respeito da matéria e, posteriormente, o assunto retornasse ao Plenário do CNS para posicionamento. Não havendo consenso sobre os encaminhamentos, a Secretária-Executiva do CNS, colocou em votação as seguintes alternativas: **1) o CNS deveria manifestar-se sobre a matéria na reunião; e 2) o CNS não deveria manifestar-se acerca da matéria na reunião. A proposta número um foi aprovada com 27 votos a favor. A proposta número dois recebeu dois votos. Houve uma abstenção.** Diante desse resultado, a Secretária-Executiva do CNS, colocou em votação os seguintes encaminhamentos: **1) o Plenário deveria manifestar-se favorável a que seja assegurado à gestante o direito de optar, de forma esclarecida e informada, pela antecipação terapêutica ou não do parto, no caso de gravidez de fetos anencéfalos; e 2) o Plenário deveria manifestar-se contrário a que seja assegurado à gestante o direito de optar, de forma esclarecida e informada, pela antecipação terapêutica ou não do parto, no caso de gravidez de fetos anencéfalos. A proposta número um foi aprovada com 27 votos favoráveis. A proposta número dois recebeu três votos.** Após essa votação, foi aberta a palavra para declaração de voto. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** declarou que a Federação Nacional das Associações Pestalozzi era contrária à antecipação terapêutica do parto, no caso de gravidez de fetos anencéfalos, por entender que o acesso ao diagnóstico seguro, com auxílio de exames de ressonância magnética, não era uma realidade para a maioria das mulheres brasileiras; por considerar que a gestante, diante do diagnóstico de que o seu filho possui uma malformação, encontra-se em situação emocional vulnerável, fora da consciência de si mesma, podendo decidir pela antecipação do parto, influenciada por essa condição; e pelo direito à diversidade das formas de vida, sejam elas vidas curtas ou longas e de pessoas perfeitas ou imperfeitas. Conselheira **Zilda Arns Neumann** declarou que, respaldada em bases científicas e antropológicas, reconhecia que o embrião ou feto era um ser humano, com dignidade, e devia ser respeitado como qualquer outro ser humano já nascido. Ressaltou que entre os direitos do embrião ou do feto, em qualquer situação de saúde, por ser uma pessoa humana, encontrava-se o direito à vida. De tal forma, qualquer atentado contra o direito do embrião ou feto constitua-se em uma violação dos direitos humanos. Ressaltou que o direito à vida de qualquer embrião ou feto era um direito indisponível, cabendo ao Estado o dever de tutelá-lo, protegê-lo e preservá-lo de qualquer ameaça ou risco. Reafirmou que a consequência direta da relativização da vida sob quaisquer argumentos levava à banalização da mesma, o que poderia desembocar em uma seleção desumana dos menos capazes ou improdutivos, como os idosos e as pessoas com deficiências. Feitas essas declarações de voto, a Secretária-Executiva do CNS, colocou em discussão o instrumento pelo qual o Plenário manifestaria a sua posição, lembrando que poderia ser por recomendação, resolução, deliberação ou moção. Por solicitação do Plenário, colocou em votação as seguintes propostas: **1) o CNS deveria manifestar-se por meio de resolução; ou 2) deveria manifestar-se por meio de recomendação. A proposta número um foi aprovada com 25 votos a favor. A proposta número 2 recebeu dois votos.** O Plenário delegou aos Conselheiros **Clóvis A. Bouffleur, José Caetano Rodrigues e Sílvia Marques Dantas**, a elaboração de resolução, com base nas deliberações do Plenário sobre a matéria. No terceiro dia de reunião, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou a minuta de Resolução, elaborada pelo Grupo, que resolve: assegurar à gestante o direito de optar, de forma esclarecida e informada, pela antecipação terapêutica ou não do parto, no caso de gravidez de fetos anencéfalos; reafirmar que o Supremo Tribunal Federal é a instância com legitimidade democrática para se pronunciar acerca da matéria; e atribuir ao Ministério da Saúde a responsabilidade de promover ações que visem a prevenção da anencefalia, com a oferta de ácido fólico no período pré-gestacional e gestacional e a inclusão de ácido fólico nos insumos alimentícios. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** destacou que a resolução deveria prever que o Sistema Público de Saúde deveria oferecer as condições para que as gestantes pudessem interromper a gravidez ou levá-la a termo. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** sugeriu que fosse incluído item enfatizando a importância de o Ministério da Saúde assegurar à mãe o acesso a diagnóstico seguro dessa malformação fetal. **Acatadas essas sugestões de mérito e as propostas de ajustes redacionais ao texto, a Secretária Executiva colocou em votação a proposta de resolução, que foi aprovada com 19 votos a favor e dois contrários. ITEM 6 – COFIN/CNS –** Os Conselheiros **Fernando Luiz Eliotério e Júlia Maria Roland**, integrantes da COFIN/CNS, assumiram a coordenação dos trabalhos e o Conselheiro **Gerônimo Paludo**, integrante da COFIN/CNS, fez a apresentação do relatório da reunião da Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS (COFIN/CNS), realizada no dia 3 de março de 2005, que tratou dos seguintes temas: análise da execução orçamentária do 1º bimestre de 2005; 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. Iniciando, o Conselheiro apresentou a análise da execução orçamentária referente ao 1º bimestre de 2005, que foi feita com base nos seguintes critérios, considerando os dados da Tabela “Execução Orçamentária e Financeira – 2005 – Consolidado – Ministério da Saúde – Posição Fevereiro (atualizado até 28 de fevereiro de 2005)”: **a) adequado: valor de empenho igual ou acima de 17% do valor da coluna “Orçamento Aprovado-2005”; b) regular: valor de empenho igual ou acima de 13% e abaixo de 17% do**

valor da coluna “Orçamento Aprovado-2005”; e **c)** inadequado: valor de empenho abaixo de 13% do valor da coluna “Orçamento Aprovado-2005”. Conforme esses critérios, disse que os percentuais totais de empenho e liquidação dos 74 itens/programas que integram as Ações e Serviços de Saúde – OCC (Outros Custeio e Capital) atingiram 25,16% (R\$ 8.246.157.942,00) e 11,81% (R\$ 3.871.440.437,00), respectivamente. Considerando os critérios fixados anteriormente, disse que o nível de execução orçamentária no 1º bimestre de 2005 fora adequado, entretanto, houvera variação de desempenho por unidade, tendo como percentuais de empenho, liquidação e nível de execução orçamentária, respectivamente: **1)** FNS: 26,82%; 12,47%; e adequado; **2)** ANVISA: 8,05%; 3,61%; e inadequado; **3)** FUNASA: 6,56%; 5,23%; inadequado; **4)** FIOCRUZ: 5,56%; 2,76%; inadequado; **5)** ANSS: 20,51%; 5,59%; adequado; e **6)** GHC: 32,50%; 10,48%; adequado. Explicou que a análise do nível de execução orçamentária dos itens/programas podia ser resumida da seguinte forma: **a)** adequado para 21 deles (28,4% do total dos itens) com valores empenhados de R\$ 7.985.354.424,00 (96,8% do total empenhado) e liquidados de R\$ 3.707.065.901,00 (95,8% do total liquidado); **b)** regular para três deles (4,1% do total dos itens) com valores empenhados de R\$ 33.309.880,00 (0,4% do total empenhado) e liquidados de R\$ 26.601.156,00 (0,7% do total liquidado); e **c)** inadequado para cinquenta deles (67,6% do total dos itens) com valores empenhados de R\$ 227.493.638,00 (2,8% do total empenhado) e liquidados de R\$ 137.773.380,00 (3,6% do total liquidado). Em síntese, destacou que quase a totalidade dos valores empenhados (96,8%) estava relacionada a 21 itens/programas (28,4%), com nível de execução orçamentária classificado como adequado, enquanto que 2,8% dos valores empenhados estavam relacionados a cinquenta itens/programas (67,6%), com nível de execução classificado como inadequado. Disse que os membros da COFIN/CNS consideraram razoável o nível de execução orçamentária, pois a aprovação da Lei Orçamentária de 2005 e a edição do Decreto com a definição do contingenciamento haviam ocorrido recentemente. Ressaltou que o contingenciamento havia sido reduzido para as dotações orçamentárias relativas às Ações e Serviços de Saúde (OCC) e, segundo representante da SPO/MS, o orçamento aprovado era de R\$ 32.780.290.403,00 e a disponibilidade orçamentária de R\$ 32.772.600.000,00. Ressaltou que os membros da COFIN/CNS questionaram sobre a inclusão dos itens/programas 36 e 72 (Farmácias Populares) no cômputo das despesas classificadas como Ações e Serviços de Saúde e o representante da SPO/MS esclareceu que tais valores não deveriam ser computados, logo, seriam retirados na planilha a ser apresentada no mês de abril de 2005. Considerando esta exclusão, correspondente a R\$ 56.229,00 de empenho, disse que os valores empenhados em Ações e Serviços de Saúde foram de R\$ 8.246.101.713,00 e, como não houvera liquidação de despesa para esses itens, o valor liquidado continuava o mesmo apresentado no início da análise. Entretanto, sinalizou que o valor do Orçamento aprovado para Ações e Serviços de Saúde ficara reduzido em R\$ 347.960.000,00, sendo os novos valores de OCC e Total, respectivamente, de R\$ 32.432.330.403,00 e R\$ 36.478.022.500,00. Desta forma, ressaltou que o nível de execução orçamentária do 1º bimestre, em termos gerais, continuava adequado (25,4% para os valores empenhados e 11,9% para os valores liquidados). Continuando, apresentou a análise por Unidades e Itens/Programas, sendo: **1)** Adequada: Enquadraram-se nesse critério 21 itens/programas (28,4% do total) com valores empenhados de R\$ 7.985.354.424,00 (96,8% do total) e liquidados de R\$ 3.707.065.901,00 (95,8% do total), a saber: **a)** FNS (R\$ 7.861.071.426,00 e R\$ 3.618.965.669,00): 16 (Incentivo para Controle de Endemias); 25 (Programa de Prevenção das DST/AIDS); 27 (Média e Alta Complexidade – MAC – AIH/SAI/SUS); 28 (Medicamentos Excepcionais); 29 (Piso Assistencial Básico – PAB); 30 (Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS/PSF); 34 (Farmácia Básica – PAB); 38 (Aquisição e Distribuição de Medicamentos); 39 (Aquisição e Distribuição de Medicamentos/DST/AIDS); 43 (Assistência Médica a Servidores); e 44 (Sentença Judicial – Custeio); **b)** ANVISA (R\$ 3.060.000,00 e R\$ 435.387,00): 50 (Auxílios ao Servidor); e 51 (Assistência Médica a Servidores); **c)** FUNASA (R\$ 80.558.333,00 e R\$ 72.832.379,00): 60 (Auxílios ao Servidor) - o elevado nível de empenho (81,96%) e de liquidação (74,10%) aponta para a necessidade de suplementação no curto prazo e, nesse sentido, foram solicitados esclarecimentos sobre as providências a serem adotadas; **d)** FIOCRUZ: (R\$ 17.148.101,00 e R\$ 7.897.843,00): 65 (Manutenção Administrativa); **f)** ANSS (R\$13.402.908,00 e R\$ 3.671.718,00); 77 (Administração da Unidade); 78 (Assistência Suplementar de Saúde); e 80 (Auxílios ao Servidor); **g)** GHC (R\$ 10.113.656,00 e R\$ 3.262.906,00): 83 (Atenção Hospitalar da Unidade); 84 (Auxílios ao Servidor); e 85 (Sentença Judicial – Custeio); **2)** Regular: Enquadraram-se nesse critério três itens/programas (4,1% do total), com valores empenhados de R\$ 33.309.880,00 (0,4% do total) e liquidados de R\$ 26.601.156,00 (0,7% do total), a saber: **a)** FNS (R\$ 20.013.865,00 e R\$ 19.329.201,00): 42 (Auxílios ao Servidor); **b)** ANVISA (R\$ 8.111.665,00 e R\$ 4.546.371,00): 47 (Administração da Unidade); **c)** FUNASA – nenhum item selecionado; **d)** FIOCRUZ (R\$ 5.184.350,00 e R\$ 2.725.584,00): 71 (Outros Programas); **e)** ANSS: nenhum item selecionado; e **f)** GHC: nenhum item selecionado. **3)** Inadequado: Enquadraram-se nesse critério cinquenta itens/programas (67,6% do total) com valores empenhados de R\$ 227.493.638,00 (2,8% do total) e liquidados de R\$ 137.773.380,00 (3,6% do total), a saber: **a)** FNS (R\$ 169.661.175,00 e R\$ 103.968.085,00): 6 (Combate às Carências Nutricionais); 7 (Bolsa-Alimentação); 8 (Manutenção Administrativa); 9 (Manutenção de Unidades Operacionais); 10

(Hospitais Próprios); 11 (Instituto Nacional do Câncer – INCa); 12 (Pioneiras Sociais); 13 (Publicidade de Utilidade Pública); 14 (Serviço de Processamento de Dados – DATASUS); 15 (Programa Sangue e Hemoderivados); 17 (Sistema Nacional de Vigilância em Saúde/VIGISUS); 18 (Vacinas e Vacinação); 19 (Outros Programas); 20 (Qualificação Profissional do SUS); 21 (Fomento à Pesquisa e Tecnologia); 22 (Implantação do Cartão SUS); 23 (Programa de Estruturação Saúde da Família – PROESF), 24 (PROFAE), 26 (KFW – PI e CE); 31 (Programa Interiorização Trabalho em Saúde – PITS); 32 (Atenção Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem); 33 (Vigilância Sanitária – PAB); 35 (Atenção à Saúde Bucal); 36 (Farmácias Populares); 37 (Ações de Vigilância Epidemiológica); 40 (Participação em Organismos Internacionais); 41 (Reaparelhamento Unidades do SUS); e 45 (Emendas Nominativas); **b)** ANVISA (R\$ 3.528.036,00 e R\$ 1.616.054,00); 48 (Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços) e 49 (Programa Sangue e Hemoderivados); **c)** FUNASA (R\$ 44.941.439,00 e R\$ 27.118.658,00): 54 (Manutenção de Unidades Indígenas); 55 (Manutenção Administrativa); 56 (Sistema Nacional Vigilância em Saúde/VIGISUS); 57 (Controle de Endemias/Erradicação do AEDES); 58 (Saneamento Básico – Demais Ações); 59 (Outros Programas); 61 (Assistência Médica a Servidores); 62 (Sentença Judicial – Custeio); e 63 (Emendas Nominativas); **d)** FIOCRUZ (R\$ 9.215.915,00 e R\$ 5.047.451,00): 66 (Manutenção de Unidades de Pesquisa); 67 (Modernização de Unidades de Pesquisa); 68 (Adequação da Planta de Vacinas); 69 (Produção de Vacinas e Medicamentos); 70 (Estudos e Pesquisas); 72 (Farmácias Populares); 73 (Auxílios ao Servidor); 74 (Assistência Médica a Servidores); e 75 (Emendas Nominativas); **e)** ANSS (R\$ 147.073,00 e R\$ 23.132,00): 79 (Outros Programas); e 81 (Assistência Médica a Servidores); e **f)** GHC: nenhum item selecionado. Prosseguindo, destacou que, a respeito do cumprimento da EC nº 29/Resolução nº 322 (no período 2001/2004), foi novamente lembrado que havia 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. Sobre a estimativa para 2005, informou que o representante da SPO/MS explicou que aguardava a divulgação oficial da variação nominal do PIB de 2004 para refazer os cálculos da aplicação mínima prevista para 2005, o que deveria ocorrer no final de março de 2005. A propósito da tramitação do Projeto de Lei Complementar nº 01 de 2003, informou que o relator do Projeto na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), Deputado José Pimentel (PT-CE), apresentou parecer favorável e a próxima etapa era a votação desse Parecer no Plenário da CCJ. Disse que os membros da COFIN/CNS decidiram convidar o Deputado **José Pimentel** a participar da próxima reunião do CNS para prestar maiores esclarecimentos sobre o Projeto de Regulamentação da EC nº 29. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para manifestações do Plenário. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou que a COFIN/CNS apresentasse no próximo relatório explicações sobre o fato de a ANS utilizar recursos do Ministério da Saúde, apesar de possuir arrecadação própria. Conselheiro **Eni Carajá Filho** solicitou informações mais detalhadas do SIOPS sobre a aplicação de recursos na saúde pelos Estados. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** demandou maiores informações acerca dos investimentos da FUNASA e dos critérios utilizados para a classificação de itens e programas não selecionados. Em resposta, Conselheira **Júlia Maria Roland** explicou que o atraso na aprovação do orçamento de 2005 dificultou a avaliação qualitativa da execução financeira no início do ano, que poderia ser feita de forma mais detalhada a partir do primeiro trimestre. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou que, no próximo relatório da COFIN/CNS, fossem apresentadas informações sobre o montante dos recursos que eram investidos em gestão de pessoal, incluindo a conta da assistência, salário, entre outros aspectos. Concluído esse item, foi iniciada a discussão sobre o processo eleitoral do CNS. **ITEM 7 – PROCESSO ELEITORAL DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE** – Os Conselheiros **Moisés Goldbaum**, Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** e **Carlos Alberto Duarte** assumiram a coordenação dos trabalhos e definiram a dinâmica do debate a respeito do processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** iniciou o debate, lembrando que o Decreto de Composição do CNS não havia sido votado na reunião anterior, porque não ter havido acordo sobre o número de vagas para a representação das entidades nacionais patronais no segmento dos gestores e prestadores de serviços. Explicou que, conforme definição do Plenário, a Comissão do CNS, constituída para continuar as negociações sobre o número de vagas das entidades nacionais de empresários no Conselho, reuniu-se com os segmentos interessados e ratificou a decisão de incluir essa representação no segmento dos gestores e prestadores de serviços, com a ressalva de que, após a posse dos novos Conselheiros, em junho de 2005, o Plenário retomasse o debate sobre a conceituação dos segmentos que compõem o CNS. Por outro lado, disse que, apesar de amplo debate, a Comissão não chegou a consenso sobre o número de vagas para as entidades nacionais de empresários no Conselho (uma ou três). Diante desse cenário, apresentou a proposta de submeter à apreciação do Plenário o Decreto de Composição do CNS, conforme a composição aprovada na 29ª Reunião Extraordinária, realizada nos dias 14 e 15 de outubro de 2004, que destina uma das vagas do segmento dos prestadores de serviço às entidades nacionais de empresários. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** registrou que as representações do governo e dos prestadores de serviço não participaram da reunião do GT. Feito esse informe, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** enfatizou que o Plenário teria

que levar em consideração que houve redução das vagas destinadas às representações das entidades nacionais de empresários no Conselho. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que o Decreto de Composição fosse colocado em votação, uma vez que haviam sido esgotadas todas as tentativas de negociação. Destacou, ainda, que não seria possível discutir os questionamentos feitos pelo segmento dos prestadores de serviços na última reunião, em virtude da ausência de representantes desse segmento. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** enfatizou que as entidades de empresários questionavam o fato de o número de vagas no Conselho ter sido ampliado de quarenta para 44 e, concomitantemente, vagas destinadas às Confederações (Comércio, Indústria e Agricultura) terem sido reduzidas de três para uma. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** esclareceu que, apesar de o Plenário ter indicado os nomes para compor a Comissão do CNS que continuaria as negociações sobre o número de vagas das entidades nacionais de empresários no Conselho, não participaram da reunião que tratou da matéria a representação dos prestadores de serviço, da Confederação do Comércio e do Governo. Feitas essas considerações, Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** fez a leitura da proposta de Decreto de Composição do CNS, conforme composição aprovada na 29ª Reunião Extraordinária, realizada nos dias 14 e 15 de outubro de 2004, e abriu a palavra para apresentação de sugestões para a melhoria do texto. Contemplando a preocupação levantada pelo Conselheiro **Francisco Batista Júnior** e a proposta do Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, o artigo 3º passou a ter a seguinte redação: “A eleição para a escolha das entidades e/ou movimentos representativos de cada segmento que comporão o Conselho Nacional de Saúde...”. **Não havendo outros destaques ao texto, a Conselheira Rozângela Fernandes Camapum colocou em votação a proposta de Decreto de Composição do CNS, que foi aprovada com 23 votos a favor, um voto contrário e uma abstenção.** Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** solicitou declaração de voto para enfatizar que considerava importante ampliar a representação do CNS, contudo, entendia que a redução do número de vagas das entidades nacionais de empresários no Conselho, apesar da ampliação do número de vagas, bem como a exclusão da representação das entidades médicas do segmento dos trabalhadores da saúde configurava-se em discriminação e exclusão dessas representações no Conselho. Prosseguindo, Conselheiro **Moisés Goldbaum** retomou a discussão do Regimento Eleitoral do CNS, destacando os pontos pendentes que precisavam de avaliação do Plenário: Capítulo III: artigo 4º; e Capítulo VIII: Artigo 11, §§ 8º e 9º. A propósito do artigo 4º, disse que a proposta era incluir § 4º, definindo o que se entende por entidades patronais de caráter geral. Não havendo outras sugestões, colocou em votação a redação, apresentada pela Secretária-Executiva do CNS, para o § 4º, do artigo 4º: “**Define-se como entidades patronais as Confederações Nacionais de caráter geral da Indústria, do Comércio e da Agricultura.**” **A redação foi aprovada com 21 votos a favor e uma abstenção.** Continuando, apresentou as propostas de redação para o § 8º, artigo 11: **1)** proposta original: “As Entidades e Movimentos Nacionais de uma mesma patologia ou deficiência terão direito a uma única vaga daquelas definidas no Decreto de Composição do Conselho e será considerado eleito somente o mais votado dentre eles, respeitado o número de sete vagas dessa representação.”; e **2)** nova redação: “As vagas destinadas às entidades nacionais de defesa dos portadores de patologias e deficiências serão divididas em: três vagas para entidades nacionais de defesa dos portadores de deficiência; e quatro vagas para entidades nacionais de defesa dos portadores de patologias, respeitando-se as indicações de pertinências feitas pelas entidades no ato de sua inscrição.” Além disso, apresentou a proposta de incluir novo parágrafo ao artigo 8º, com a seguinte redação: “A Comissão Eleitoral receberá as inscrições e as confirmará no final do prazo estabelecido. Em havendo duplicidade de inscrição de uma mesma patologia ou deficiência, a Comissão Eleitoral deverá convocar os inscritos para que definam entre si qual a entidade representará a patologia ou deficiência para votar e ser votado.” Na sequência, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que a proposta de dividir as vagas destinadas às entidades de portadores de patologias e deficiências (3 vagas para as de defesa dos portadores de deficiência; e 4 vagas para as de defesa dos portadores de patologias), conforme era feito no Fórum de Entidades de Defesa dos Portadores de Deficiências e Patologias, visava garantir que as entidades de uma mesma patologia ou deficiência chegassem a acordo sobre aquela que votaria e seria votada. Diante das preocupações do Plenário a respeito da duplicidade de entidades de patologias e deficiências no CNS, Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** sugeriu que fosse incluído novo parágrafo ao artigo 8º, definindo que, em não havendo acordo, nenhuma entidade das patologias ou deficiências seria habilitada para a eleição, de forma a garantir que houvesse um processo de pactuação e acordo entre as entidades e movimentos desse segmento. Conselheiro **Moisés Goldbaum** ponderou sobre os eventuais questionamentos jurídicos, no caso de as entidades serem impedidas de habilitar-se ao processo eleitoral. Nesse sentido, apresentou a proposta de incluir parágrafo, determinando que, em não havendo acordo entre as entidades de uma mesma patologia ou deficiência, a escolha das entidades seria feita, por meio de sorteio, a ser realizado pela Comissão Eleitoral. Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs que fosse incluído parágrafo determinando que o Fórum de Entidades de Defesa dos Portadores de Deficiências e Patologias seria o espaço onde seriam feitos os acordos a respeito das entidades de patologia ou deficiência que se habilitariam a participar do processo eleitoral. Conforme as sugestões e preocupações dos Conselheiros, Conselheiro **Moisés**

Goldbaum colocou em votação a seguinte proposta de redação para o § 8º, do artigo 11: **“As vagas destinadas às entidades nacionais de defesa dos portadores de patologias e deficiências serão divididas em: três vagas para entidades nacionais de defesa dos portadores de deficiência e quatro vagas para entidades nacionais de defesa dos portadores de patologias, respeitadas as indicações de pertinências feitas pelas entidades no ato de sua inscrição.”** A proposta foi aprovada por unanimidade, com 22 votos a favor. Continuando, colocou em discussão a proposta de incluir novo parágrafo ao artigo 8º, definindo que, em não havendo acordo, nenhuma entidade das patologias ou deficiências seria habilitada a participar da eleição. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou a proposta de incluir capítulo específico, definindo que haveria uma pré-eleição para a escolha das entidades que poderiam a participar do processo eleitoral. Diante dessa colocação, Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** sugeriu que o § 9º do artigo 9º fosse incluído no artigo 8º (Das Homologações das Inscrições), passando a ser o § 2º. Em face das propostas, Conselheiro **Moisés Goldbaum** endossou a proposta de incluir o § 9º do artigo 9 no artigo 8º (Das Homologações das Inscrições) e elaborar parágrafo único, contemplando especificamente o caso de duplicidade de inscrição de entidades de uma mesma patologia ou deficiência. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** perguntou se o parágrafo, que tratava da duplicidade de inscrição de entidades de uma mesma patologia ou deficiência não poderia ser aplicado a outros segmentos, nessa mesma situação. Conselheiro **Moisés Goldbaum** explicou que o parágrafo referia-se especificamente às entidades representantes de portadores de patologia e deficiência, a fim evitar a duplicidade de inscrição de entidades de uma mesma patologia e deficiência. Lembrou que, para evitar duplicidade de uma mesma entidade nos demais segmentos, foi definido que poderiam habilitar-se a participar do processo somente as entidades nacionais e de caráter geral. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou que, apesar de referir-se apenas às entidades representantes de portadores de patologia e deficiência, o parágrafo teria influência na correlação de força dos demais segmentos. Por essa razão, sugeriu que fosse incluído parágrafo, no capítulo “Das Homologações das Inscrições”, detalhando como se daria o processo pré-eleitoral para a escolha das entidades habilitadas a participar do processo eleitoral. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que o processo eleitoral seria norteado pela tentativa de acordo entre as diversas entidades que compõem os segmentos e pela determinação de que os segmentos definiriam as entidades eleitas. Dessa forma, disse que era preciso definir parágrafo específico, contemplando a especificidade do segmento de portadores de deficiências e patologias. Conselheiro **Moisés Goldbaum** explicou que, no caso de duplicidade de inscrição de entidade representante de uma mesma patologia ou deficiência, a comissão eleitoral teria trinta dias para convocar os inscritos para que definissem entre si qual a entidade representaria a patologia ou deficiência para votar e ser votada. Diante das propostas dos Conselheiros, Conselheiro **Moisés Goldbaum**, colocou em votação a inclusão dos parágrafos 2º e 3º no artigo 8º, nos seguintes termos: § 2º: “No Caso das entidades nacionais de defesa dos portadores de patologias e deficiências, a Comissão Eleitoral receberá as inscrições e as confirmará no final do prazo estabelecido. Em havendo duplicidade de inscrição de uma mesma patologia ou deficiência, a Comissão Eleitoral deverá convocar os inscritos, sem ônus para a Comissão Eleitoral, para que definam entre si qual a entidade representará a patologia ou deficiência para votar e ser votado”; e § 3º: “No caso de não haver acordo, nenhuma das entidades referidas no parágrafo anterior será habilitada ao processo eleitoral.” **Os parágrafos 2º e 3º, conforme supracitados, foram aprovados por unanimidade com 22 votos a favor. Com isso, o Parágrafo Único do artigo 8º passou a ser § 1º.** Não havendo outras pendências, foi concluída a apreciação da proposta de Regimento Eleitoral. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que a proposta de Regimento Eleitoral passaria por análise jurídica final antes de ser divulgada. Disse que o Decreto de Composição seria encaminhado de imediato ao Gabinete do Ministro da Saúde para os encaminhamentos necessários à publicação. Finalizando, disse que os segmentos teriam que indicar os nomes para compor a Comissão Eleitoral na reunião. **COMISSÃO ELEITORAL - Até o momento, os segmentos indicaram os seguintes nomes para compor a Comissão Eleitoral: a) Usuários: Sr. José Maria; Sra. Graça Maria Carvalho; Sra. Ana Maria Barbosa; Sra. Clair Castilhos Coelho; e b) Trabalhadores da Saúde: Conselheira Maria Natividade G. S. T. Santana; Sr. José Carrijo; e Sr. Geraldo Guedes.** Os segmentos deverão confirmar ou indicar os nomes que faltam nos próximos dez dias e a Comissão deverá reunir-se no dia 22 de março de 2005. **ITEM 8 – INFORMES DA COMISSÃO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - Item não apresentado. ITEM 9 – GTs SOBRE A CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE – APRESENTAÇÃO DOS GTs -** Os Conselheiros dividiram-se em dois grupos para analisar as propostas de Regimento da 3ª Conferência de Saúde do Trabalhador e da 1ª Conferência de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde. Contudo, devido à exiguidade de tempo, os GTs não conseguiram concluir os debates e apresentar os resultados ao Plenário. **Por essa razão, o Plenário aprovou a realização de Reunião Extraordinária, com a data indicativa de 17 de abril de 2005, para concluir a análise dos documentos concernentes às referidas Conferências Temáticas. ITEM 10 – APRESENTAÇÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA –** Conselheira **Silvia Marques Dantas**

assumiu a coordenação dos trabalhos, convidando a diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**, para compor a mesa e o assessor especial do Gabinete do Ministro da Saúde, **Norberto Rech**, para apresentar a proposta de assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Básica. O assessor especial do Gabinete do Ministro da Saúde, **Norberto Rech**, iniciou agradecendo a oportunidade de apresentar ao Plenário do CNS a proposta de pactuação da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Básica, que era parte integrante da Política de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, que havia sido aprovada pelo CNS. Disse que o processo de discussão da proposta estava ocorrendo com base na seguinte programação: **1)** apresentação da proposta inicial em estudo para o Colegiado do Ministério da Saúde; **2)** debate inicial na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); **3)** aprofundamento no âmbito das Câmaras Técnicas da CIT; **4)** debate no âmbito da CIT e identificação de consensos; e **5)** definição de pactuação. Enfatizou que a proposta de módulo básico da assistência farmacêutica visava superar as fragmentações dos diferentes Programas de Medicamentos do Ministério da Saúde, tendo por pressupostos: perfil epidemiológico da população; doenças prioritárias; embasamentos técnicos; pactuação entre gestores; relação: preços x recursos orçamentários; impacto do agravo nos custos financeiros do Sistema; e diagnóstico situacional. Explicou que o embasamento técnico e gerencial da proposta levou em consideração quatro itens fundamentais: seleção com base no conceito de essencialidade; disponibilidade de serviços de saúde; estruturação e organização dos serviços farmacêuticos; e capacidade de produção, logística de armazenamento e distribuição. Ressaltou que o pressuposto fundamental da proposta era a manutenção dos programas estratégicos do Ministério da Saúde na área da atenção farmacêutica, contemplando desde os medicamentos anti-retrovirais até a cobertura vacinal. Disse que, para a seleção do elenco dos medicamentos, foram utilizados os dados internacionalmente disponíveis para definição de medicamentos, priorizando o caráter de essencialidade (identificação do medicamento; classificação farmacológica do produto/indicações terapêuticas; biodisponibilidade e farmacocinética; posologia e administração; efeitos adversos e toxicidade/precauções especiais para o uso; e recomendações finais com base na análise dos dados anteriores). Enfatizou que o módulo deveria abranger os medicamentos destinados a hipertensão arterial; diabetes mellitus; asma leve e moderada; DST – Infecções oportunistas; saúde da mulher e planejamento familiar; e antitabagismo. Prosseguindo, apresentou os consensos identificados na CIT a respeito da proposta inicial do módulo da atenção básica, dentre os quais se destacam: **a)** a proposta aponta para o estabelecimento de pactos que visem a superação das fragmentações existentes entre diferentes programas que envolvem o planejamento, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos, bem como evitar as sobreposições de responsabilidades, a duplicação de elencos de medicamentos, além de contribuir para o entendimento da assistência farmacêutica não apenas como fornecimento de medicamentos, mas como um conjunto de ações inseridas no contexto mais amplo da atenção à saúde; **b)** a proposta do módulo da atenção básica aponta as condições necessárias à atribuição de responsabilidades no âmbito de um pacto tripartite, tendo como escopo a gestão democrática, hierarquizada e solidária do SUS e o contexto mais amplo da Assistência Farmacêutica Básica, o qual não está restrito à definição de elencos de medicamentos; **c)** considera-se que a aquisição centralizada de determinado elenco de medicamentos, no contexto da proposta do módulo da atenção básica, constitui mecanismo para o desenvolvimento de práticas e instrumentos que possibilitem, ao longo do tempo, a descentralização das ações de assistência farmacêutica básica, com resolubilidade no âmbito dos municípios; **d)** o estabelecimento do pacto deve ter como base a realidade (disponibilidade orçamentária, capacidade instalada da rede, capacidade e estrutura para a gestão, entre outras, nos diferentes níveis de gestão), ao mesmo tempo em que exige a definição de mecanismos adequados de acompanhamento e avaliação, o que envolve a identificação de indicadores também adequados e o estabelecimento de mecanismos para a revisão periódica das pactuações implementadas; **e)** a aquisição centralizada do elenco de medicamentos apontado como responsabilidade do gestor federal (MS) deve contemplar as necessidades de municípios e estados, traduzidas nas respectivas programações; **f)** o pacto relativo ao módulo da atenção básica deve incluir o processo de estabelecimento dos respectivos protocolos clínicos e das diretrizes terapêuticas, devendo ser considerada a necessidade de vinculação entre estes instrumentos e a prescrição dos medicamentos no âmbito do SUS; **g)** medicamentos para DST e infecções oportunistas: possibilidade de inclusão na atenção básica e necessidade de que sejam objetos de pactuação nas respectivas CIB. Tal pactuação poderia se dar após a seguinte ação: estabelecer agenda e prazo para que um GT Tripartite (incluindo as áreas técnicas específicas do Ministério da Saúde) construa proposta de incorporação de medicamentos para DST e infecções oportunistas no âmbito da Atenção Básica, com prazo 60 dias para a apresentação da proposta, após a definição da pactuação na CIT; **h)** a pactuação do módulo da atenção básica deve ser acompanhada da revisão do chamado elenco mínimo obrigatório, disposto na Portaria nº 16/MS, de dezembro de 2000 e tal revisão deverá ser objeto de avaliação de Grupo de Trabalho específico no âmbito da Assistência Farmacêutica da CIT; e **i)** financiamento e forma de viabilizar a pactuação: possibilidade de ampliação do Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica, considerada a disponibilidade orçamentária de R\$ 1,50 do gestor federal; no mínimo, R\$ 1,00 do gestor

estadual; e, no mínimo, R\$ 1,00 do gestor municipal. A diretora do DAB/SAS, **Afra Suassuna Fernandes**, acrescentou que a proposta representava um avanço, já que buscava acabar com a fragmentação dos *kits* de medicamentos, garantindo o acesso universal da população aos medicamentos e definir a responsabilização dos gestores, nas três esferas de governo, a respeito da assistência farmacêutica na rede básica de saúde. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para manifestações dos Conselheiros. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, inicialmente, perguntou se os estados e municípios estavam cumprindo o Piso de Atenção Básica. Ressaltou que era o estabelecimento desse novo pacto exigia a definição de mecanismos capazes de garantir que os gestores estaduais e municipais, de fato, seguissem os pontos pactuados, já que muitos estados e municípios não cumpriam os pactos firmados, a exemplo daquele relativo à disponibilização de medicamentos para doenças oportunistas e DSTs. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** cumprimentou o assessor do GMS, **Norberto Rech**, pela apresentação e, a princípio, manifestou o seu apoio às propostas de assistência farmacêutica básica e dos núcleos de atenção integral. Contudo, destacou que os recursos a serem destinados à proposta eram insuficientes para suprir as necessidades da população em relação aos medicamentos da atenção básica. Desse modo, sugeriu que a proposta considerasse os pressupostos da atenção farmacêutica, por entender que isso contribuiria para reverter a forma como o medicamento era visto no país. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** perguntou que encaminhamento o CNS deveria dar à matéria, uma vez que já havia sido pactuada na Tripartite e implementada. Em resposta, a diretora do DAB/SAS, **Afra Suassuna Fernandes**, informou que as propostas de assistência farmacêutica básica e dos núcleos de atenção integral haviam sido apresentadas e pactuadas na Tripartite, mas não haviam sido implementadas. Assim, estavam sendo submetidas à apreciação do CNS para contribuições e aprovação, se fosse o caso. O assessor do GMS, **Norberto Rech**, informou que as propostas de assistência farmacêutica básica e dos núcleos de atenção integral somente seriam implantadas após a apreciação do Plenário do CNS e a pactuação do elenco mínimo de medicamentos a serem destinados, no âmbito da Tripartite. Explicou que a proposta apontava a necessidade de racionalizar e otimizar a aplicação dos recursos e exigia a discussão de mecanismos adequados de auditoria, acompanhamento e avaliação para garantir isso. Em relação ao cumprimento das pactuações, destacou que a realidade era distinta de um estado para o outro, o que apontava para a necessidade de criar instrumentos adequados de suporte operacional para os municípios e de avaliação e acompanhamento dos indicadores. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou que, na próxima reunião do CNS, fosse distribuída lista de medicamentos pactuados na Tripartite e na Bipartite, uma vez que possibilitaria ao usuário cobrar da esfera responsável a dispensação dos medicamentos. Conselheira **Silvia Marques Dantas** sugeriu que o debate da proposta de pactuação da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Básica, na próxima reunião do CNS, na ocasião em que fosse apresentada a proposta dos Núcleos Integrals de Saúde. A diretora do DAB/SAS, **Afra Suassuna Fernandes**, endossou esse encaminhamento, contudo, solicitou a anuência do Conselho para deflagrar os processos administrativos e gerenciais necessários para que, em setembro de 2005, a pactuação estivesse acontecendo nos municípios e não houvesse desabastecimento da rede. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** enfatizou que o Ministério da Saúde poderia iniciar os processos administrativos e gerenciais necessários, já que a proposta não apresentava polêmica. **Diante dessas considerações, o Plenário decidiu retomar o debate da proposta de pactuação da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Básica, na próxima reunião do CNS, na ocasião em que for feita a apresentação da proposta dos Núcleos Integrals de Saúde. Nesse intervalo, o Ministério da Saúde irá deflagrar os processos administrativos e gerenciais necessários para implementação da proposta de pactuação da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Básica.**

ITEM 11 – ABERTURA DE NOVOS CURSOS NA ÁREA DA SAÚDE - Item não apresentado. **ITEM 12 – RESOLUÇÃO A RESPEITO DO PROJETO DE LEI Nº 4.332/04, QUE DISPÕE SOBRE O TÍQUETE-SAÚDE, DE AUTORIA DO DEPUTADO ADELOR VIEIRA** - Item não apresentado. **ITEM 13 – DIA MUNDIAL DE SAÚDE** - A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou a proposta do 1º Concurso Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Controle Social no SUS (Brasil), a ser realizado pelo CNS e Ministério da Saúde, com o objetivo de premiar e divulgar experiências dos Conselhos de Saúde. O lançamento será feito no dia 7 de abril de 2005 e a premiação no dia 7 de abril de 2006. **Não havendo posições contrárias, a proposta do 1º Concurso Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Controle Social no SUS (Brasil), foi aprovada.** Item extra pauta – **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA/TRANSIÇÃO DAS EQUIPES DO PSF** – As Conselheiras **Rosane Maria Nascimento da Silva** e **Nildes de Oliveira Andrade** assumiram a coordenação dos trabalhos e definiram a dinâmica para o debate da matéria. Inicialmente, Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** lembrou que o Programa Saúde da Família e a proposta de transição das equipes do PSF já haviam sido objeto de discussão no Plenário do CNS, que, na ocasião do debate, deliberou por constituir um GT, composto por Conselheiros do CNS e representantes do Governo, para aprofundar o debate a respeito do PSF e da proposta de transição. Ressaltou que o ponto foi incluído na pauta dado o pronunciamento do Ministro da Saúde, na abertura da reunião, sobre a implantação de novas equipes do PSF. Feitas considerações, passou a palavra à diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**,

2104 para esclarecimentos sobre a implantação de novas equipes do Programa Saúde da Família e a
2105 proposta de transição das suas equipes. A diretora do DAB/SAS iniciou informando que o GT,
2106 constituído na última reunião do CNS, deveria reunir-se nos próximos dias, para apresentar os
2107 resultados dos trabalhos na Reunião Ordinária de abril de 2005. A respeito do PSF, explicou que das 67
2108 mil unidades de saúde do Brasil, 17 mil já estavam trabalhando com a Estratégia Saúde da Família,
2109 desse modo, o objetivo da proposta de transição das equipes do PSF era induzir um processo de
2110 mudança na organização do território a partir da adscrição de clientela, como transição para a estratégia
2111 Saúde da Família na rede básica de saúde já existente, que congrega cerca de 50 mil unidades e um
2112 grande número de médicos das especialidades básicas, enfermeiros, dentistas, auxiliares de
2113 enfermagem, atendentes de consultório dentário e técnicos de higiene. Ressaltou que essa proposta não
2114 previa a contratação de profissionais de saúde, além dos já existentes nas unidades de saúde. Assim,
2115 seguiria a lógica de manter a contratualização e a carga horária desses profissionais que já atuavam na
2116 rede (médico, odontólogo e enfermeiro). Entretanto, disse que, caso fossem necessários novos
2117 enfermeiros ou agentes comunitários de saúde para cobertura do território definido, as contratualizações
2118 seriam feitas mediante concurso ou seleção pública, o que possibilitaria a expansão de quadros de
2119 servidores municipais. Explicou que havia uma grande expectativa dos gestores, principalmente aqueles
2120 dos grandes municípios, pela aprovação da proposta, para que, de fato, houvesse a transição para a
2121 estratégia Saúde da Família, garantindo a mudança na organização do território, a partir da adscrição de
2122 clientela. Afirmou que a proposta foi pactuada na Tripartite e, após um ano de sua adoção, o Ministério
2123 da Saúde avaliaria os seus resultados, podendo ou não prorrogá-la a partir daí. Concluída a
2124 apresentação, foi aberta a palavra para manifestação dos Conselheiros sobre a matéria. O Secretário-
2125 Executivo do Ministério da Saúde, **Antônio Alves de Souza**, a princípio, agradeceu, em nome do Ministro
2126 da Saúde, às entidades que subscreveram a carta, encaminhada ao Presidente da República,
2127 manifestando apoio à gestão do Ministério da Saúde. Falou sobre as suas dificuldades, enquanto gestor,
2128 na época do Governo **Cristovam Buarque**, de implantar a Estratégia Saúde da Família no Distrito
2129 Federal, dados os conflitos entre o PSF e a rede de saúde chamada de tradicional. Nessa linha, disse
2130 que a proposta contribuiria para resolver esses conflitos, uma vez que visava promover um processo de
2131 mudança na organização do território a partir da adscrição de clientela, como transição para a estratégia
2132 Saúde da Família na rede básica de saúde já existente, garantindo-se a integralidade da atenção.
2133 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** afirmou que a diferença entre a remuneração dos profissionais que
2134 atuam no PSF e dos que atuam nos postos fixos de saúde era uma dos problemas do Programa, que
2135 necessitava de solução. Também enfatizou a importância de as equipes do PSF e os profissionais da
2136 rede trabalharem articulados na prevenção das doenças e dos agravos. Além disso, disse que seria
2137 importante garantir que as equipes do PSF e as unidades fixas de saúde atuassem seguindo os eixos
2138 definidos pela Política de Humanização do SUS. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o CNS
2139 apresentasse ao Ministério da Saúde a proposta de realização de auditoria nacional do PACS e PSF,
2140 uma vez que possibilitaria fazer as correções necessárias nesses Programas. Enfatizou, ainda, a
2141 necessidade de o CNS apontar orientações aos municípios visando à despreciação das relações de
2142 trabalho das equipes do PSF. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, inicialmente, chamou a atenção para
2143 a postura responsável e democrática do CNS ao debater matérias polêmicas, principalmente aquelas
2144 encaminhadas pelo Governo. Diante disso, registrou o seu profundo desconforto diante da afirmação do
2145 Ministro da Saúde, na abertura da reunião, que a proposta de transição das equipes do PSF seria
2146 implementada, independente da posição do CNS, haja vista que o Governo assumiu o compromisso de
2147 que essa proposta não seria implementada, caso não fosse aprovada pelo Conselho. Destacou que a
2148 proposta de transição ia de encontro aos princípios do PSF, defendidos pelo CNS, ao propor, por
2149 exemplo, mudança de carga horária profissional. Disse que não era contra o PSF, apesar das distorções
2150 que sofrera durante o seu processo de implantação no país, mas discordava do fato de estar sendo
2151 transformado em um modelo de atenção, desconsiderando a possibilidade de se trabalhar na
2152 perspectiva de uma rede de referência integrada. Concluindo, defendeu que o CNS se manifestasse
2153 contrário à proposta de transição das equipes do PSF, dado os prejuízos que traria para os usuários do
2154 SUS. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** disse ser favorável à política do PSF, mas entendia
2155 que o Programa deveria ser discutido, avaliando a satisfação dos trabalhadores e a relação de
2156 humanização desses com os gestores. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** reiterou a necessidade de o
2157 GT aprofundar o debate sobre o PSF e a proposta de transição das equipes, a fim de responder as
2158 dúvidas levantadas pelo Plenário (O Programa está sendo implantado, conforme previsto? As equipes
2159 estão compostas como deveriam?) Concluiu destacando que era contrário à proposta de transição das
2160 equipes do Programa, nos moldes apresentados. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum**
2161 destacou que o PSF vinha sendo objeto de discussão nos vários fóruns dos trabalhadores e o
2162 diagnóstico da situação do Programa apontava problemas que precisam ser discutidos e solucionados.
2163 Nesse sentido, sugeriu que o GT fosse convocado imediatamente para discutir as distorções do PSF e a
2164 proposta de transição das equipes do Programa, a fim de apresentar soluções que possam corrigir os
2165 rumos do Programa e nortear o posicionamento do CNS. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** disse que

o Ministro da Saúde, conforme vinha demonstrando, não tomaria uma posição contrária ao posicionamento do CNS, haja vista o seu compromisso com as instâncias de Controle Social do SUS, em especial, com o Conselho Nacional da Saúde. Em relação à proposta transição das equipes do PSF, explicou que fazia parte de um conjunto de ações visando à ampliação do acesso da população à Atenção Básica e à qualificação desse nível de atenção, a partir da estratégia do Programa Saúde da Família. Além disso, enfatizou que a Estratégia Saúde da Família, quando implementada conforme as suas diretrizes, representava grande avanço na humanização da relação de trabalho. Nessa linha, salientou a importância do apoio dos Conselhos e demais instâncias de controle e fiscalização, para garantir o funcionamento do PSF, conforme se desejava. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** também manifestou preocupação com o fato de a Estratégia da Saúde da Família ser apontada como único modelo de Atenção Básica, haja vista os limites de atuação das equipes do Programa e a importância da referência física da unidade básica no Sistema. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, inicialmente, perguntou quais foram os nomes indicados pelo Ministério da Saúde para compor o GT, que discutiria a matéria e por que esse Grupo não havia sido convocado a reunir-se até aquele momento. Também indagou qual era o grau de compromisso do Governo em aguardar a conclusão dos debates do GT para implementar a proposta de transição das equipes do PSF ou qualquer proposta similar de ampliação do Programa. Concluindo, disse que era preciso definir de forma clara qual a responsabilidade do gestor na implementação do Programa, nos moldes propostos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, diante da reafirmação do compromisso do Governo em não implementar a proposta de transição das equipes do PSF, disse que concordava com a proposta de aguardar a conclusão dos trabalhos do Grupo, para que o CNS se posicionasse sobre a proposta, contanto que fosse definido prazo para a conclusão dos trabalhos. Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira** ressaltou que era preciso rever o PSF, de forma sistemática, com a participação popular e do Controle Social para a partir daí avaliar a proposta de ampliá-lo. Conselheiro **André Luiz B. de Carvalho** enfatizou que havia consenso sobre a importância da Estratégia Saúde da Família para a qualificação do SUS, o que não inviabilizava o aprofundamento do debate do PSF. Além disso, disse que os Estados e Municípios também tinham responsabilidade pela implementação dessa Estratégia e, na perspectiva de definir a responsabilidade da gestão, o Ministério da Saúde estava propondo uma série de iniciativas (aprovação de Lei de Responsabilidade Sanitária, definição de novo pacto de gestão, entre outros). Ratificou a proposta de esperar a conclusão dos resultados do trabalho do Grupo para que o Conselho se manifestasse sobre a matéria, a fim de, entre outras questões, não prejudicar o acesso da população aos serviços de Atenção Básica. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** enfatizou que o PSF não deveria ser a única estratégia de Atenção Básica, dada a necessidade de manutenção das redes básicas como retaguarda. Também destacou que era preciso garantir a atenção para os trabalhadores da saúde e garantir a participação desses profissionais na definição das políticas de saúde. Além disso, disse que desejava participar do GT instituído para discutir o PSF e a proposta de transição das suas equipes, por entender que poderia contribuir no debate. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** destacou que o GT deveria discutir também o fato de os trabalhadores da saúde não estarem contemplados nos Programas de Saúde, implementados pelo Ministério da Saúde. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que a proposta do PSF não era uma alternativa de substituição da Atenção Básica e os municípios poderiam optar ou não por implementar a proposta de transição das equipes do Programa. Destacou, ainda, que um dos grandes eixos de atuação do Ministério da Saúde era a despreciação do trabalho na saúde. Concluindo, sugeriu que o GT apresentasse os resultados do seu trabalho até o mês de maio de 2005. A diretora do DAB/SAS, **Afra Suassuna Fernandes**, explicou que havia combinado anteriormente com a Secretária-Executiva do CNS que, naquela reunião, apresentaria os representantes do Governo indicados para participar do GT e definiria o calendário de atividades do Grupo, já que não haveria tempo hábil para que o Grupo se reunisse no intervalo entre as Reuniões Ordinárias de fevereiro e março de 2005. Nessa linha, informou que foram indicados a participar do GT, representando o Governo, dois integrantes do DAB e um integrante da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde. Também ratificou a proposta de os resultados do trabalho do Grupo serem apresentados em maio e não em abril de 2005, conforme anteriormente previsto. Prosseguindo, reforçou que o Programa Saúde da Família consistia em uma estratégia para a organização da Atenção Básica, portando, somava-se aos demais modelos visando à ampliação do acesso da população a esse nível de atenção. Disse que, caso fosse aprovada, a proposta de transição das equipes do PSF, seria oferecida aos municípios que optariam por implantá-la ou não. Além disso, ressaltou que essa proposta deveria ser aprovada pelos Conselhos Municipais de Saúde e pactuada nas Comissões Intergestores Bipartite para a partir daí o Ministério da Saúde fazer as transferências Fundo a Fundo. Destacou, ainda, que havia vários mecanismos de avaliação, monitoramento e regulação da Atenção Básica no país. Daí a importância da participação do Controle Social no processo de avaliação do PSF. Concluindo, enfatizou a necessidade de definir o calendário de atividades do GT, uma vez que o resultado desse trabalho apresentaria maiores subsídios para avaliar o impacto da proposta. Conselheira **Maria Luiza Jaeger** informou que havia sido concluído o processo de definição das diretrizes do Plano de Carreira de Cargos e Salários para o SUS e, na sequência, a

proposta seria colocada sob consulta pública, a fim de receber contribuições. Além disso, explicou que estava sendo promovido amplo debate entre as três esferas de governo, visando à definição de estratégias para acabar com a precarização das relações de trabalho no SUS. **Após essas considerações, o Plenário aprovou a ampliação do GT, que passou a ser composto pelos Conselheiros** **Silvia Marques Dantas, Lílian Aliche, Gyséle Saddi Tannous, Geraldo Adão Santos, Francisco Batista Júnior, Solange Gonçalves Belchior, Francisco das Chagas Monteiro, Maria Thereza M. C. Rezende; dois representantes da SAS; e um representante da Secretaria-Executiva do MS e definiu que os resultados do trabalho do Grupo seriam apresentados até o mês de maio de 2005.** Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou que o Governo reafirmasse o compromisso de que não iniciaria o processo de implementação da proposta de transição das equipes do PSF nos estados e municípios até que o GT concluísse os seus trabalhos. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** solicitou que contasse em ata o compromisso do Ministro da Saúde em não implementar as propostas que não fossem aprovadas pelo CNS. Conselheiras **Rosane Maria Nascimento da Silva** concluiu a discussão desse item, agradecendo a participação da diretora do DAB/SAS, **Afra Suassuna Fernandes. ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou os trabalhos da 152ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: *Aos oito dias do mês de março de dois mil e cinco.* Titulares: **Carlos Alberto E. Duarte, Cibele G. de Mello Osório, Crescêncio Antunes da S. Neto, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gilca Ribeiro S. Diniz, Jorge Nascimento Pereira, Luiz Augusto Ângelofv Martins, Maria Eugênia C. Cury, Maria Natividade G. S. T. Santana, Moisés Goldbaum, Nildes de Oliveira Andrade, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rozângela Fernandes Camapum, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi, Wander Geraldo da Silva e Zilda Arns Neumann.** Suplentes: **Alcides Santos Ribeiro, André Luís Bonifácio de Carvalho, Ary Paliano, Ciro Mortella, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Fernando Luiz Eliotério, Fernando Passos C. de Barros, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, Lérida Maria dos Santos Vieira, Lílian Aliche, Lirce Lamounier, Marcelo de Avila Rosa, Maria Irene M. Magalhães, Maria Thereza M. de Carneiro Rezende e Núncio Manalla.** *Aos nove dias do mês de março do ano de dois mil e cinco.* Titulares: **Carlos Alberto E. Duarte, Augusto Alves de Amorim, Cibele G. de Mello Osório, Crescêncio Antunes da S. Neto, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gilca Ribeiro S. Diniz, Gyséle Saddi Tannous, Graciara Matos de Azevedo, Jorge Nascimento Pereira, Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Helena Baumgarten, Moisés Goldbaum, Nildes de Oliveira Andrade, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi, Wander Geraldo da Silva e Zilda Arns Neumann.** Suplentes: **Alcides Santos Ribeiro, Ary Paliano, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, José Caetano Rodrigues, Júlia Maria S. Roland, Lérida Maria dos Santos Vieira, Lílian Aliche, Lirce Lamounier, Maria Irene M. Magalhães, Maria Thereza M. de Carneiro Rezende e Núncio Manalla.** *Aos dez dias do mês de março do ano de dois mil e cinco.* Titulares: **Antônio Alves de Souza, Augusto Alves de Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Cibele G. de Mello Osório, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gilca Ribeiro S. Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Jesus Francisco Garcia, Jorge Nascimento Pereira, Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Helena Baumgarten, Maria Natividade G. S. T. Santana, Nildes de Oliveira Andrade, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Volmir Raimondi e Zilda Arns Neumann.** Suplentes: **Alcides Santos Ribeiro, André Luís Bonifácio de Carvalho, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, Júlio Strubing M. Neto, Lílian Aliche, Lirce Lamounier, Maria Irene M. Magalhães, Maria Thereza M. de Carneiro Rezende, Neimy Batista da Silva e Núncio Manalla.**