



1
2
3
4
5
6
7 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**
8 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**
9

10 **ATA DA CENTÉSIMA QÜINQUAGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO**
11 **NACIONAL DE SAÚDE – CNS**
12

13 **ITEM 1 – ABERTURA** – Aos doze, treze e quatorze dias do mês de abril do ano de dois mil e cinco, no
14 Plenário “Omilton Visconde”, do Conselho Nacional de Saúde, localizado no Ministério da Saúde, Bloco G,
15 Edifício Anexo, 1º andar, ala B, na cidade de Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima
16 Qüinquagésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde (CNS). As Conselheiras
17 **Solange Gonçalves Belchior** e **Cleuza de Carvalho Miguel** assumiram a coordenação dos trabalhos,
18 convidando o Ministro Interino da Saúde, **Antônio Alves de Souza**, para abrir oficialmente os trabalhos e
19 o Secretário de Atenção à Saúde **Jorge José Pereira Solla**, para compor a mesa. O Ministro Interino da
20 Saúde, **Antônio Alves de Souza**, procedeu à abertura dos trabalhos, manifestando-se nos seguintes
21 termos: “Bom dia a todos conselheiros e conselheiras. Novamente, gostaria de manifestar a minha
22 satisfação em estar aqui, representando o Ministro da Saúde que, neste momento, encontra-se na África,
23 acompanhando o Presidente da República. Inicialmente, eu quero cumprimentar o Conselho pelas suas
24 iniciativas na última semana, em especial a visita ao Congresso, contribuindo para que o Conselho fique
25 mais conhecido, levando reivindicações, estabelecendo, inclusive, relacionamento com a Presidência da
26 Câmara, a Comissão de Seguridade Social e outros órgãos. Acredito que, além dessas visitas, a
27 audiência com o Presidente da República em exercício, **José Alencar**, foi muito importante. Gostaria de
28 enfatizar a importância dessa iniciativa, pois possibilitou que o Conselho divulgasse as suas atividades e
29 seu trabalho, que, infelizmente, não é reconhecido por muitas instâncias. Então, quero cumprimentar
30 aqueles que participaram dessa iniciativa e destacar que eu tive o prazer e a oportunidade de
31 acompanhá-los à visita ao Congresso. Acredito que essa poderia ser uma atividade anual do Conselho
32 Nacional de Saúde. Eu também gostaria de aproveitar esse momento para prestar contas ao Conselho
33 sobre o que está ocorrendo no Rio de Janeiro. O Secretário **Solla** fará um breve relato sobre como a
34 situação hoje. Infelizmente, o Ministério teve que intervir nessa questão, já que desde o ano passado a
35 prefeitura do Rio de Janeiro vinha tentando com alguns documentos devolver as unidades que haviam
36 sido municipalizadas. Apesar de várias tentativas de negociação, nós não conseguimos avanço. Por isso,
37 nós fomos levados a adotar uma medida na contramão do SUS, dado o trabalho visando à consolidação
38 do Sistema Único de Saúde, com adoção da política da descentralização e definição dos papéis. O
39 Ministério da Saúde tem um papel muito definido nessa coordenação de apoio financeiro, de apoio
40 técnico, ou seja, de acompanhamento, controle e fiscalização, mas nunca de execução. Contudo, devido
41 à situação, nós tivemos que assumir extraordinariamente esse papel. O Secretário **Solla** falará sobre essa
42 questão. Também gostaria de tratar sobre a matéria publicada ontem no Jornal “Folha de São Paulo” e ler
43 uma nota do Ministério da Saúde, que foi distribuída à Imprensa, que expressa o pensamento do
44 Ministério com relação a esse tema. Não sei se todos acompanharam essa questão. Ontem, saiu
45 reportagem na capa da “Folha de São Paulo”, afirmando que o governo estaria implementando diretrizes
46 para decidir sobre quem devia ou não ir para a UTI. A idéia da matéria é que o governo estaria
47 normatizando essa questão, tirando a competência que é do profissional que está lá na ponta do Sistema
48 e tem uma avaliação com o gestor do próprio serviço. Isso teve uma repercussão muito negativa tanto na
49 imprensa quanto no Congresso. Por essa razão, o Ministério elaborou uma nota que eu gostaria de ler
50 para que o Conselho tomasse ciência sobre o que está acontecendo: “Com relação às Políticas Nacionais
51 de Terapia Intensiva e de Tratamento ao Paciente Crítico, o Ministério da Saúde esclarece que: **1)** o
52 objetivo do Ministério da Saúde com essas políticas é humanizar o atendimento e ampliar o acesso, a
53 qualidade e o uso racional dos serviços de saúde oferecidos aos pacientes críticos; **2)** Desde o início de
54 2003, o Ministério já implantou 2.257 novos leitos de UTI em todo Brasil, permitindo que o país esteja
55 próximo de alcançar os níveis mínimos necessários; **3)** Com a Política Nacional de Terapia Intensiva, o
56 governo brasileiro tem buscado também corrigir distorções, enfrentando a baixa oferta de leitos e de
57 profissionais qualificados nas regiões menos desenvolvidas. O Ministério da Saúde ampliou os
investimentos para a abertura de novos leitos e está definindo financiamentos para a formação de
profissionais intensivistas, principalmente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que ainda
apresentam déficits na oferta dos serviços; **4)** outro aspecto fundamental das novas políticas é a

58 discussão de protocolos clínicos que contribuam na tomada de decisão dos profissionais médicos e
59 serviços de saúde sobre a melhor forma de cuidar dos pacientes críticos. Nesses casos, os profissionais
60 podem optar por um tratamento em unidades de terapia intensiva, semi-intensiva, em enfermaria ou pelo
61 atendimento domiciliar, entre outros; **5)** Visando construir esses protocolos clínicos, o Ministério da Saúde
62 vem se reunindo com gestores de saúde e especialista para elaborar uma norma técnica nacional que
63 apresente consensos sobre terapia intensiva e sobre como garantir o acesso e a qualidade dos serviços
64 de saúde oferecidos aos pacientes críticos. Essa normatização só estará pronta nos próximos meses,
65 após ser apresentada também ao Conselho Nacional de Saúde, que é composto por representantes da
66 sociedade civil; **6)** Diversos países já adotam normas para regular a utilização dos leitos de UTI. A
67 regulação é fundamental para melhorar a ocupação dos leitos e efetivamente salvar vidas; **7)** De forma
68 alguma, a norma técnica restringirá o acesso de pacientes críticos ao tratamento em Unidades de Terapia
69 Intensiva; **8)** O Ministério da Saúde ressalta que não vai determinar quais pacientes ou quando eles
70 deverão ser internados em UTI. A decisão continua e continuará cabendo aos profissionais médicos e
71 aos serviços de saúde. A norma técnica que o Ministério pretende elaborar tem como objetivo contribuir
72 tecnicamente na tomada dessa decisão, definindo parâmetros; **9)** A norma que será elaborada faz parte,
73 inclusive, de um conjunto mais amplo de discussões sobre a utilização dos leitos hospitalares, sejam eles
74 intensivos ou não. O Ministério da Saúde tem trabalhado, por exemplo, na capacitação das Secretarias de
75 Saúde sobre a gestão dos leitos, sobre a implantação de centrais de regulação que otimizem a ocupação
76 deles, garantindo o acesso e salvando vidas." Essa foi a nota distribuída ontem, em resposta à matéria
77 publicada na capa do Jornal "Folha de São Paulo", onde, de forma maldosa, é explicitada a acusação de
78 que o Ministério da Saúde tivesse trabalhando para elaborar norma que definisse quem deve ou não
79 morrer. Além disso, gostaria de informar aos Conselheiros e Conselheiras que, há cerca de dois meses,
80 nós elaboramos um decreto, permitindo o fracionamento de medicamentos e esse processo exige uma
81 regulamentação por parte da ANVISA. Então, foi elaborada resolução, que foi colocada em consulta
82 pública e amanhã, quarta-feira, a ANVISA estará promovendo uma audiência pública para ouvir, inclusive,
83 sugestões para melhorar a norma. Essa norma tem por objetivo permitir o fracionamento, a partir das
84 regras estabelecidas. Por exemplo, as receitas terão que ser prescritas por profissionais de saúde e o
85 estabelecimento deverá ter condições adequadas para isso. Todos esses pontos estarão contemplados
86 na resolução da ANVISA. É importante que o Conselho tome conhecimento e discuta essa questão. Além
87 disso, a audiência pública poderá ser acompanhada por membros desse Conselho. Vou passar a palavra
88 ao Secretário **Solla** que vai fazer breve relato sobre a situação do Rio de Janeiro - o que aconteceu, como
89 está a situação hoje e a nossa perspectiva para normalizar a situação no município." O Secretário de
90 Atenção à Saúde/MS, **Jorge José Pereira Solla**, inicialmente, acrescentou que a matéria publicada no
91 Jornal "A Folha de São Paulo" sinalizava o modo irresponsável como os meios de comunicação tratavam
92 temas importantes para a assistência à saúde. Enfatizou que, ano invés de restringir a utilização de leitos
93 de UTI, o Ministério da Saúde estava discutindo com estados e municípios a implantação das Centrais de
94 Internação, para resolver o problema da ocupação de leitos, já que havia ociosidade de leitos de UTI em
95 determinadas Unidades e pacientes críticos necessitando de internação em UTIs em outros hospitais.
96 Além disso, registrou que jamais houvera tamanho investimento para ampliação do número de leitos de
97 UTI como nos últimos dois anos. Enfatizou que a definição de normas técnicas para regular a utilização de
98 leitos de UTI era fundamental otimizar a ocupação dos leitos de UTI e, efetivamente, salvar vidas.
99 Continuando, falou sobre a situação da saúde do Município do Rio de Janeiro, agradecendo, a princípio, a
100 participação do CNS na audiência que discutiu a questão. Explicou que, desde 2003, o Ministério da
101 Saúde vinha implementando uma série de ações para melhorar a gestão do SUS no estado do Rio de
102 Janeiro, mas, apesar dos esforços, as iniciativas não tiveram êxito, devido à posição da gestão municipal.
103 Ressaltou, diante do agravamento dos problemas locais e do grau de desassistência à população, no mês
104 fevereiro de 2005, o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, reuniu-se com o Prefeito do Rio
105 de Janeiro e manifestou o interesse de viabilizar as condições para melhorar a situação do sistema
106 municipal de saúde, com acréscimo de mais de R\$ 300 milhões no repasse federal para financiamento do
107 SUS no Rio de Janeiro (que possuía o melhor financiamento do SUS do país). Todavia, nenhuma das
108 propostas apresentadas foi aceita pela gestão municipal. Em face disso, foi publicado Decreto
109 Presidencial, declarando estado de calamidade pública do Sistema Hospitalar do SUS no Município do
110 Rio de Janeiro e, a partir daí foram tomadas duas medidas: desabilitação do Município, passando a
111 gestão do sistema para o Estado; e requisição de seis hospitais municipais para que o Ministério pudesse
112 recuperar a capacidade de assistência hospitalar. Explicou que, a partir dessas medidas, tomadas há um
113 mês, foi possível recuperar a rede instalada, com incremento para sua ampliação; desafogar a
114 assistência, com o apoio das forças armadas; abastecer os hospitais; recompor o quadro de Recursos
115 Humanos; normalizar o pagamento dos prestadores de serviços; e garantir o funcionamento das
116 emergências. Além disso, ressaltou que todos os postos de trabalho estariam preenchidos até o final da
117 semana e, até o final do mês de abril de 2005, estariam funcionando o SAMU e a Central de Atendimento
118 e, na próxima semana, seria desencadeado mutirão de cirurgias eletivas para dar conta da demanda
119 represada. Por fim, ressaltou que o Município vinha criando obstáculos para recuperação dos serviços e

120 aguardava-se o posicionamento do Supremo Tribunal Federal sobre a ação do Município, alegando a
121 inconstitucionalidade do Decreto Presidencial. Em seguida, o Ministro Interino da Saúde, **Antônio Alves**
122 **de Souza**, fez uso da palavra para acrescentar as seguintes informações: "Gostaria de informar ao
123 Plenário que a auditoria realizada pela CGU, sobre a Operação Vampiro, foi concluída na semana
124 passada. A CGU analisou as compras e processos administrativos de 1999 a 2004, propôs dezessete
125 aberturas de processos administrativos disciplinares, que serão encaminhados – inclusive, alguns nós já
126 tínhamos tomado providências - e propôs também duas tomadas de contas especiais que o Ministério vai
127 estar encaminhando. A maior parte das medidas apresentada pela CGU já tinha sido implementada pelo
128 Ministério que é a mudança de processos, mudanças de rotinas, de pessoas dentro da Subsecretaria
129 Administrativa e também da CGRL. Também gostaria de agradecer o apoio do Conselho e das Entidades
130 ao Ministro da Saúde durante o processo da reforma ministerial, o que se configurou em um
131 reconhecimento da importância da política encaminhada pelo Ministro. Então, gostaria de manifestar o
132 nosso agradecimento também por essa manifestação." Concluídos os pronunciamentos, foi aberta a
133 palavra para manifestações dos Conselheiros. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** perguntou quais seriam
134 as providências do Ministério da Saúde em relação aos recursos repassados ao Município do Rio de
135 Janeiro e não aplicados. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** indagou qual era a posição do CONASS, do
136 CONASEMS sobre a situação do Rio de Janeiro e como essa questão estava sendo tratada na Tripartite.
137 Também perguntou se novamente haveria falta de medicamentos para tratamento da AIDS na rede, haja
138 vista a Nota Técnica, distribuída pelo Dr. **Pedro Scheker**, apresentando recomendações para substituição
139 de esquemas e interrupção de tratamento anti-retrovirais em situações emergenciais. Conselheira **Maria**
140 **Natividade G. S. T. Santana** parabenizou o Ministério da Saúde pelo enfrentamento da situação crítica da
141 saúde pública no Rio de Janeiro, reafirmando a responsabilidade desse Ministério com o controle,
142 supervisão e monitoramento das ações realizadas nos estados e municípios. Enfatizou a necessidade de
143 o Ministério da Saúde investir na capacitação dos gestores, a fim de evitar problemas como o ocorrido no
144 Município do Rio de Janeiro. Por fim, solicitou informações sobre a gestão do Distrito Federal, dada a
145 manifestação do CNS favorável à desabilitação do DF em gestão plena e a situação irregular do Conselho
146 de Saúde do DF. Conselheiro **Volmir Raimondi** cumprimentou o Ministério da Saúde pelas iniciativas de
147 resolver a situação do Rio de Janeiro e perguntou se estavam previstas novas ações, envolvendo os
148 Conselhos de Saúde Estadual, Municipal e Distritais do Rio de Janeiro. Também solicitou pronunciamento
149 do Ministro Interino da Saúde sobre a falta recorrente de medicamentos essenciais para o tratamento da
150 AIDS, da hepatite e para pacientes transplantados. Conselheiro **Ary Paliano** também parabenizou o
151 Ministro da Saúde pelas iniciativas concernentes ao Município do Rio de Janeiro e propôs que essa
152 intervenção fosse feita em outros municípios com problemas semelhantes na rede pública de saúde.
153 Conselheira **Marisa Fúria** disse ser importante que o CNS acompanhe a implementação da proposta de
154 normas técnicas para regular a utilização dos leitos de UTI. Além disso, solicitou que o autismo fosse
155 incluído nas Portarias nºs 1.318, de 27 de julho de 2002, e 921, de 25 de novembro de 2002, a fim de
156 garantir a dispensação do medicamento para o tratamento dessa patologia na rede pública. Conselheiro
157 **José Eri Medeiros**, representante do CONASEMS, inicialmente, apresentou-se ao Plenário e manifestou
158 a sua satisfação por participar novamente do Conselho. Além disso, cumprimentou o Ministro da Saúde e
159 demais representantes do Governo. Informou que, pela premência de se resolver a situação no Município
160 do Rio de Janeiro, o CONASEMS posicionou-se favorável às iniciativas do Ministro da Saúde, apesar de
161 ter havido discussões a respeito da forma como a intervenção foi feita, haja vista a autonomia dos estados
162 e municípios. O Ministro Interino da Saúde, **Antônio Alves de Souza**, respondeu os questionamentos do
163 Plenário, manifestando-se nos seguintes termos: "Inicialmente, quero manifestar a satisfação de termos
164 aqui o companheiro **Eri**, que tem uma história no movimento sanitário nacional e ocupou vários cargos na
165 gestão pública. A sua presença engrandece o Plenário desse Conselho. Sobre os questionamentos, além
166 das questões que nós tivemos que assumir para garantir a execução das ações de saúde - com o apoio
167 da Aeronáutica e da Marinha, com dois hospitais de campanha que foram montados - o Ministério também
168 está realizando um conjunto de ações a partir dos resultados da nossa auditoria. Os primeiros indícios
169 apontam um verdadeiro descalabro com o recurso público. Com a finalização desses trabalhos, nós
170 pretendemos estudar que medidas poderão ser adotadas para responsabilizar aqueles que tem a
171 responsabilidade de aplicar da melhor maneira esses recursos públicos. O DENASUS, com um conjunto
172 de auditores, vem fazendo um trabalho de investigação minucioso na questão das ações, na questão de
173 equipamentos, medicamentos, bem como na aplicação do fundo municipal de saúde. Com relação à
174 pergunta do Conselheiro **Carlos**, primeiro, foi explícita a posição do CONASEMS. Inclusive, o Ministro
175 **Humberto** conversou antes com o **Gilson Cantarino**, consultou o CONASS e a discussão foi a mesma,
176 mas entendendo que era um processo de calamidade, a própria ação do Presidente definiu e não permitiu
177 o seguimento para a instância Bipartite. O conselho Municipal de Saúde já tinha aprovado a desabilitação
178 e a questão não fora encaminhada para a Bipartite nem para Tripartite porque a emergência já foi
179 caracterizada pelo próprio Decreto. O CONASS também concordava com essa ação, embora discordasse
180 da forma, por não ter seguido um rito normal, que é o rito da desabilitação. Com relação a medicamentos,
181 nós estamos fazendo um levantamento geral de todo, a fim de determinar a suplementação que será

182 necessária para aquisição não só de medicamentos para AIDS, já que assumimos o compromisso de
183 distribuir medicamentos para hipertensão, diabetes, asma e anticoncepcionais, além daqueles que já são
184 distribuídos hoje. A equipe da área de orçamento está finalizando esse estudo e nós vamos discutir a
185 questão com o Ministro, assim que ele retornar da viagem, para definirmos o que é possível remanejar
186 internamente e o que vamos buscar para suplementação. Dada a urgência, isso deverá ser encaminhado
187 na semana seguinte, para que o Ministro discuta com a Presidência da República, entendendo que deverá
188 haver suplementação orçamentária para garantir os medicamentos, já que o que foi previsto no orçamento
189 suporta até o mês de setembro. Inclusive, os contratos já estão assinados e nós estamos trabalhando
190 com os laboratórios oficiais para garantir um fluxo permanente já que nós temos convênio de um ano com
191 eles. Nós fizemos uma reunião ontem no Rio de Janeiro para que os Laboratórios Oficiais Federais
192 participem conosco nessa tarefa de estar produzindo e garantindo o fornecimento desses medicamentos
193 que serão distribuídos pelo Ministério da Saúde. Com relação à nota técnica, o Dr. **Pedro** está
194 encaminhando e, assim que chegar, eu farei a leitura para que todos tenham conhecimento. Nós estamos
195 trabalhando para garantir que esses medicamentos não faltam no mercado. Inclusive, o Ministro
196 encaminhou três avisos aos laboratórios que produzem quatro medicamentos, solicitando licença
197 voluntária. Dentro do prazo para a resposta, um deles já se pronunciou, dizendo que não concede; um
198 quer sentar para negociar e o outro não manifestou posição clara. Desse modo, assim que o Ministro
199 **Humberto** chegar, nós vamos fazer os estudos jurídicos necessários e definir um encaminhamento, caso
200 não seja possível a licença compulsória, já que esses medicamentos consomem 70% do nosso
201 orçamento. Essas são medidas importantes e o apoio do Conselho vai ser estratégico nesse processo. A
202 Conselheira **Natividade** traz um tema que eu não me referi na introdução, mas que é importante e vamos
203 trazer posteriormente para discussão, que é construção da Lei de Responsabilidade Sanitária. Já está
204 tramitando no Congresso um projeto de lei, de autoria do Deputado Roberto Gouveia e o Ministério está
205 concluindo uma série de discussões para, em colaboração com o Deputado, enriquecer esse projeto e, ao
206 mesmo tempo, articular com o governo para seja colocado em regime de urgência. A partir do projeto,
207 será possível evitar o que aconteceu no Rio de Janeiro, já que a única medida encontrada legalmente foi
208 a Constituição quando o Presidente declara a calamidade pública dos hospitais e concede ao Ministério o
209 poder de fazer a requisição administrativa dos hospitais, que estavam sob a gestão do município. Fora
210 isso, nós não temos instrumentos jurídicos que ampare o Ministério nesse tipo de ação. A discussão e a
211 aprovação dessa Lei de Responsabilidade Sanitária é de extrema importância, já que ela prevê, inclusive,
212 a possibilidade de um “termo de ajuste sanitário” e outras medidas como a perda dos direitos políticos do
213 gestor, tanto do prefeito, como do governador, secretários e o próprio ministro. Então, é importante que
214 tenhamos esse instrumento jurídico que possibilitará, inclusive, ter maior controle e acompanhamento da
215 aplicação dos recursos. Hoje, a distribuição dos recursos Fundo a Fundo, que corresponde a quase 90%
216 dos recursos federais, é um acordo político entre os entes e nós passamos a ter fragilidade no
217 acompanhamento da execução desses recursos. Essa é uma matéria importante que será trazida para a
218 discussão no âmbito do Conselho, já representará mais um avanço na construção do SUS. Capacitação
219 de gestores. O Ministério está discutindo essa questão e amadurecendo a idéia de construir uma escola
220 de gestores, semelhante ao que temos na educação, onde seriam formados gestores para o Sistema
221 Único de Saúde. É importante verificar se será possível construir nessa gestão do governo Lula essa
222 escola de gestores para o SUS. Com isso, nós teremos uma política de capacitação permanente dos
223 gestores públicos. Sobre a questão do DF, gostaria de lembrar que não tem Bipartite e a discussão é feita
224 na Tripartite. Como vocês sabem, a Tripartite decide por acordo, não existe votação. Quando não há
225 concordância entre os entes que a compõe - CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde – não é
226 possível encaminhar nenhuma matéria e, à época, o CONASS foi contra a retirada da Gestão Plena.
227 Assim, essa questão veio para o Conselho que aprovou a desabilitação do DF. Nesse momento, estava
228 em discussão uma ação, impetrada pelo Ministério Público Federal, que solicitava a intervenção do
229 Ministério da Saúde no DF. Ao ser consultado pelo Ministério Público, o Ministério da Saúde disse que
230 tinha condições de assumir, no primeiro momento, a gestão do recurso. Contudo, no momento do
231 julgamento da medida cautelar, o juiz não decidiu e essa ação continua em trânsito, ainda sem
232 julgamento. Por conta dessa questão estar *sub judice*, o Ministério não tomou a decisão de desabilitar o
233 DF, até porque isso traria para o Ministério a gestão do recurso, mas sem nenhum poder sobre a gestão
234 do sistema, que era o almejado pelo Ministério e para o que o Ministério se preparou naquela época.
235 Enquanto isso, foi assinado um termo de compromisso - não se chamou um termo de conduta porque
236 não foi feito no ministério. O DF já cumpriu alguns dos acertos colocados nesse termo, como a questão do
237 Programa Saúde da Família, do PROESF. O Secretário **Solla** poderá responder a questão colocada pelo
238 Conselheiro **Volmir** acerca das ações do Ministério da Saúde com relação ao Rio de Janeiro. Eu posso
239 adiantar que os Conselhos Municipal e Estadual de Saúde tem acompanhado de perto esse processo.
240 Sobre a falta de medicamentos, todos sabem que alguns medicamentos são assumidos pelo Ministério da
241 Saúde, como os anti-retrovirais, que o Ministério financia completamente, o kit básico do Programa de
242 Saúde da Família, entre outros. Para os medicamentos excepcionais, existe um co-financiamento entre o
243 Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. Assim, o Ministério repassa o recurso para os

244 estados e cabe a este fazer a gestão desses recursos, inclusive aportando mais recursos para fazer a
245 compra, que inclui alguns medicamentos colocados aqui. O Secretário **Solla** também pode complementar
246 essa informação. A respeito da fala do Conselheiro **Ary**, acho importante definir sistema para acompanhar
247 estados e municípios, mas ainda temos uma fragilidade com relação aos aspectos jurídicos, uma lei que
248 nos garanta completamente a implementação, do ponto de vista jurídico. Sobre a extensão dessa ação a
249 outros municípios, nós consideramos que essa ação do Rio de Janeiro foi excepcional. Trata-se de uma
250 ação que vai, inclusive, na contramão do próprio SUS. Não dá para discutir a possibilidade do Ministério
251 da Saúde reassumir a execução de ações lá na ponta, porque estaria totalmente contra o que prega a
252 Constituição e a própria Lei Orgânica da Saúde. Ao Ministério da Saúde, cabe o papel definido de
253 financiar, acompanhar, monitorar, capacitar e dar o apoio técnico. Não cabe ao Ministério executar as
254 ações. Mas consideramos que os municípios que se encontrarem na situação que se encontrava o Rio de
255 Janeiro e que não tiver qualquer ação no sentido de corrigir a situação, o Ministério, com a experiência do
256 Rio de Janeiro, não vai poder abrir mão do seu papel de garantir a execuções das ações de saúde. Caso
257 se chegue a esse ponto, infelizmente, o Ministério vai ter que tomar essa atitude. Esse não deve ser o
258 caminho. Antes do ocorrido no Rio de Janeiro, nós tentamos várias negociações que infelizmente não
259 tiveram resultado positivo, só por isso foi feita essa intervenção, essa requisição administrativa. Isso não
260 deve ser a rotina, mas o monitoramento tem que ser um papel do Ministério e também do estado. Na
261 discussão do novo pacto de gestão essa questão vem à tona e logicamente também vamos trazer ao
262 Conselho Nacional de Saúde. A respeito da solicitação da Conselheira **Marisa**, eu vou verificar essa
263 questão, porque, ao solicitar a inclusão de um medicamento, é necessário todo um ritual, que é seguido
264 no Ministério da Saúde. Assim que obtiver uma resposta, eu apresentarei. Novamente, com relação ao
265 Rio de Janeiro, o Solla vai trazer mais informações, inclusive as que o Plenário considerar importante.”
266 Conselheira **Marisa Fúria** solicitou que fossem disponibilizados os documentos sobre as normas técnicas
267 para regular a utilização dos leitos de UTI. Em resposta, o Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge José**
268 **Pereira Solla**, explicou que seria distribuído aos Conselheiros um relatório do Departamento de Atenção
269 Especializada que trata sobre a proposta para a área de terapia intensiva no SUS e dados de expansão
270 de leitos de UTI, já que não havia nenhum documento sobre normas técnicas para regular a utilização dos
271 leitos de UTI. Ressaltou que o Ministério da Saúde vinha discutindo com gestores da saúde e
272 especialistas a proposta de elaboração de norma técnica nacional que apresentasse consensos sobre
273 terapia intensiva e como garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos a pacientes
274 críticos. Disse que, posteriormente, seria constituído grupo técnico para elaborar e discutir as normas para
275 regular a utilização dos leitos de UTI e seria realizado um fórum, para o qual o CNS seria convidado, que
276 teria a finalidade de discutir essas normas. Esclareceu que uma jornalista do Jornal “A Folha de Saúde”
277 distorceu as informações, prestadas por representante do Ministério da Saúde, sobre a intenção do
278 Ministério da Saúde em constituir esse grupo de trabalho para discutir normas técnicas para regular a
279 utilização dos leitos de UTI, veiculando, na mídia, de forma equivocada, que havia uma decisão do
280 governo de restringir o acesso de pacientes críticos ao tratamento em Unidades de Terapia Intensiva. A
281 respeito dos medicamentos excepcionais, informou que, em 2002, foram gastos R\$ 400 milhões, sem
282 incluir os medicamentos para AIDS e, para 2005, o orçamento previsto chegaria a quase R\$ 1 milhão, o
283 que representava o aumento de 150% de 2002 para 2005. Ressaltou que o Ministério da Saúde estava
284 buscando aperfeiçoar mecanismos para otimizar os gastos desses recursos como compra centralizada de
285 determinados medicamentos, introdução de críticas no sistema de informação sobre determinados
286 medicamentos e reformulação da lista de medicamentos excepcionais (em construção). Sobre a situação
287 do Rio de Janeiro, registrou que o Conselho Municipal de Saúde teve um papel imprescindível nesse
288 processo de intervenção, uma vez que decidiu pela desabilitação do Município em Gestão Plena.
289 Enfatizou que essa era uma situação de excepcionalidade frente ao caos verificado e a incapacidade da
290 gestão municipal em superá-lo. Reafirmou que o problema do Município do Rio de Janeiro não era
291 financeiro, já que o Município possuía o maior financiamento federal do SUS. Além disso, ressaltou que,
292 após analisar as contas do Fundo Municipal de Saúde, verificou-se que a gestão municipal aplicou os
293 recursos no mercado financeiro e deixou de pagar pelos serviços de saúde. Conselheiro **Crescêncio**
294 **Antunes da S. Neto** informou que a Secretaria de Gestão Participativa realizou seminário na região
295 metropolitana do Rio de Janeiro, com a participação dos movimentos sociais organizados, dos Conselhos
296 de Saúde, iniciando processo de debate sobre a reorganização dos serviços de atenção à saúde no Rio
297 de Janeiro. Conselheiro **Luiz Augusto A. Martins** perguntou qual o posicionamento do Ministro Interino
298 da Saúde diante da retirada da alíquota zero para importação de órteses e próteses, já que o estoque
299 desses de equipamentos estavam se esgotando. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** enfatizou a
300 necessidade de o Ministério da Saúde definir uma norma operacional mais estruturante para o Sistema de
301 Saúde como um todo, definindo, inclusive, mecanismos de controle e avaliação da gestão. Conselheiro
302 **Carlos Alberto Duarte** enfatizou a necessidade de a Tripartite discutir a situação do Rio de Janeiro, na
303 perspectiva de evitar que outros municípios cheguem à situação semelhante. Disse que era preciso
304 rediscutir aspectos relativos à descentralização, uma vez que os gestores não estavam cumprindo o seu
305 papel, sendo necessária a intervenção direta do Ministério da Saúde. Além disso, solicitou maiores

306 esclarecimentos sobre a habilitação do Hospital de Base do Distrito Federal para a realização de
307 procedimentos de alta complexidade no tratamento da epilepsia. Conselheira **Solange Gonçalves**
308 **Belchior** explicou que denunciou a situação caótica da saúde no Município do Rio de Janeiro, por
309 entender que era preciso atuação direta do Ministério da Saúde. Registrou que o Conselho Municipal de
310 Saúde decidiu por desabilitar o Município do Rio de Janeiro em Gestão Plena, em virtude do silêncio da
311 Bipartite e da falta de providências do Ministério Público diante das denúncias. Enfatizou que essa
312 iniciativa não visava atingir o Prefeito, mas sim, fazer com que a saúde pública voltasse a funcionar.
313 Nesse sentido, lamentou o fato de o PSDB de Brasília ter manifestado apoio ao Prefeito e ter se
314 posicionado contra a intervenção, desconhecendo a realidade local. Disse que a intenção do CNS era
315 realizar audiência pública na Câmara Legislativa para discutir a situação antes da intervenção do
316 Ministério da Saúde, mas, por uma série de fatores, isso não foi possível. Afirmou que o Plano Estadual
317 de Saúde do Rio de Janeiro, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde/RJ, e as decisões das
318 Conferências não estavam servindo de referência para os debates. Salientou que a questão do Rio de
319 Janeiro não era afeta apenas ao Estado, mas sim, ao Sistema Único de Saúde como um todo. Destacou
320 que a intervenção do Ministério da Saúde deveria caminhar no sentido da repactuar e criar regras de
321 compromisso da gestão local, a fim de evitar que a saúde pública no local voltasse à situação caótica,
322 com a saída do Ministério. Por fim, solicitou que o Ministério da Saúde tornasse público o desvio de
323 verbas da saúde, repassadas pelo Governo Federal ao município do Rio de Janeiro. Conselheira **Lílian**
324 **Alicke** comentou sobre a situação crítica da atenção à saúde do idoso, denunciando que dos 74 Centros
325 de Referência de Atenção à Saúde do Idoso previstos, apenas 26 estavam funcionando e que a
326 dispensação de medicamentos excepcionais era irregular. O Ministro Interino da Saúde, **Antônio Alves**
327 **de Souza**, respondeu aos questionamentos do Plenário, manifestando-se nos seguintes termos: "Gostaria
328 de passar uma informação. Creio que a maioria dos Conselheiros sabia que estão sob consulta pública as
329 diretrizes para a elaboração do Plano de Cargo, Carreiras e Salário do SUS. Acho importante que o
330 Conselho acompanhe esse processo que significa uma luta grande para a questão do PCCS do SUS.
331 Sobre a questão da alíquota zero, eu solicitei um levantamento e vou apresentar quais as medidas
332 adotadas pelo Ministério da Saúde. A respeito da questão colocada pelo Conselheiro **Carlos**, eu gostaria
333 de ler uma circular encaminhada pelo Dr. **Pedro** aos Coordenadores Estaduais e Municipais, que diz: O
334 Ministério da Saúde adquiriu três milhões e sessenta mil cápsulas de tenofovir 300mg, para a cobertura,
335 necessidade e abastecimento da rede...*seqüência inaudível*...essa quantidade foi planejada para atender
336 a demanda até setembro do presente ano. Infelizmente, a primeira entrega de 900 mil cápsulas, prevista
337 para o dia 20 de março de 2005, visando a cobertura de abril a junho, sofreu adiamento por questões da
338 empresa fornecedora, apesar das exaustivas solicitações do Ministério, com vistas à manutenção do
339 cronograma, ou mesmo de entrega na semana seguinte. Apesar dos esforços, o que conseguimos com
340 relação ao tempo de entrega foi a garantia de que a entrega ocorrerá dia 13 de abril. Com isso, o
341 almoxarifado já está preparado para a distribuição imediata do medicamento para o Brasil todo, como
342 medida tomada pelo Ministério da Saúde com o intuito de evitar eventual descontinuidade da oferta do
343 medicamento aos usuários. Além disso, tem sido feita a verificação de existência de estoque em todos os
344 estados do país, buscando, dessa forma, efetivar a cobertura imediata das unidades, considerando a
345 escassez do produto em alguns pontos de dispensação. Visando otimizar a distribuição do medicamento,
346 solicitamos que, cada coordenação estadual, reveja o estoque de medicamento e remaneje de uma para
347 outra, caso necessário, de forma a sanar o problema nesse prazo, tendo em vista a mesma preocupação.
348 Portanto, mantendo uma atitude preventiva, recomendamos que, caso necessário, de acordo com a
349 realidade local, a dispensação durante essa semana seja fracionada, ou seja, a pessoa que vai pegar o
350 medicamento para trinta dias, pegue apenas para esse período até a regularização prevista para o dia 13
351 de abril". Então, essa é a recomendação do Dr. Pedro nessa circular. Sobre o CONASS e o CONASEMS,
352 nós temos iniciando discussão e vamos continuar com ela, principalmente no Congresso do
353 CONASEMS que será realizado no mês maio, sobre o novo pacto de gestão. Acho que isso contempla a
354 questão levantada pela Conselheira **Gilca** sobre a necessidade de uma norma operacional mais
355 estruturante do sistema. O novo pacto definirá essa questão. Nesse debate, será tratada a questão da Lei
356 de Responsabilidade Sanitária, que define sanções para os gestores, em todas as esferas - federal,
357 estadual, e municipal. O Conselho Nacional de Saúde tem um papel importante nesse processo, porque
358 vamos ter uma dificuldade na aprovação dessa lei. Ela definirá responsabilidades e penalidades, no
359 âmbito administrativo, civil e penal. Então, deverá ter grande esforço coletivo nacional para a sua
360 aprovação, porque com certeza os prefeitos que estão começando agora, nós gestores, se não tivermos
361 imbuído no sentido de aprovar esse instrumento, que vai dar mais força e uma nova cara para o SUS, nós
362 teremos dificuldades no ano que vem, devido ao processo eleitoral. Em 2003, o Hospital de Base solicitou
363 o credenciamento para realização de cirurgia de epilepsia e, na ocasião, parece que faltavam condições
364 para esse credenciamento. Contudo, agora, o Hospital está atendendo. A Conselheira **Solange** traz um
365 panorama geral sobre a situação do Rio de Janeiro e destaca uma preocupação, que também é do
366 Ministério da Saúde, que é como sair desse processo, que foi doloroso, mas necessário, com o SUS
367 fortalecido. Esse é o grande desafio para todo sistema, porque ele vai ser o grande exemplo para o país:

368 uma ação bem-sucedida, garantindo as correções necessárias e que não ocorra um retrocesso. Será
369 fundamental a participação do Controle Social do Rio de Janeiro, não só do Conselho Municipal, mas
370 também dos Conselhos Estaduais e Distritais, e da sociedade civil nesse processo. Até agora, pelas
371 ações, nós não vimos muita vontade da Prefeitura em retomar essa gestão. Então, vamos ter que
372 trabalhar muito para que essa saída traga uma nova fase para o SUS, um novo processo de pactuação,
373 onde as responsabilizações são fundamentais, para que os gestores, nas diferentes esferas, tenham um
374 compromisso com o sistema, que não é uma conquista de uma prefeitura ou de um governo momentâneo,
375 mas sim, da sociedade, e que já avançou muito." Prosseguindo, o Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge**
376 **José Pereira Solla**, explicou que o Ministério da Saúde repassava a estados e municípios recursos para
377 aquisição de equipamentos de órteses, próteses, bolsas de colostomia, entre outros e estavam sendo
378 feitas negociações com outros órgãos do governo no sentido de viabilizar a isenção de tributos para a
379 compra desses equipamentos. Acrescentou que nos últimos dois anos houvera aumento de R\$ 2 bilhões
380 no teto financeiro de estados e municípios no que se refere à alta e média complexidade e o Ministério da
381 Saúde estava realizando a revisão de tabela de órteses e próteses em áreas específicas. Conselheiro
382 **Luiz Augusto A. Martins** explicou que, apesar do aumento do teto financeiro de estados e municípios, os
383 recursos destinados à alta e média complexidade não eram suficientes para atender a demanda nesse
384 nível de atenção. Além disso, enfatizou que o incremento para a aquisição de órteses e próteses serviria
385 apenas para cobrir a diferença dos valores para a aquisição desses equipamentos, em virtude da retirada
386 da alíquota zero. O Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge José Pereira Solla**, esclareceu que o
387 Ministério da Saúde estava trabalhando no sentido de recuperar a alíquota zero para a aquisição de
388 órteses e próteses e estava revendo os valores repassados a estados e municípios por área (já foram
389 revistas as áreas da cardiologia e ortopedia e seria feita a revisão daquelas dispensadas nos Centros de
390 Reabilitação Física). Todavia, enfatizou que os recursos do Ministério da Saúde não eram a única fonte de
391 financiamento dos serviços de saúde, assim, enquanto se negociaava a retomada da alíquota zero e se
392 revia os valores, estados e municípios poderiam destinar recursos para completar os valores necessários
393 à aquisição desses equipamentos. Em relação Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso, disse
394 que aqueles credenciados estavam recebendo regularmente os recursos e o Ministério da Saúde
395 pretendia rediscutir no CNS a Política de Atenção à Saúde do Idoso, a fim de oferecer atenção mais
396 ampla. **Após essas considerações, Conselheira Solange Gonçalves Belchior solicitou ao Ministério**
397 **da Saúde que fosse disponibilizada aos Conselheiros uma síntese das audiências realizadas nas**
398 **unidades de saúde sob intervenção e que fossem enviados relatórios quinzenais sobre as ações**
399 **adotadas e os resultados das mesmas, a fim de que o Conselho acompanhasse a situação. O**
400 **Plenário ratificou essas solicitações.** Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 2 da pauta.
401 **ITEM 2 – AUDIÊNCIA PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO** – Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**,
402 com o auxílio do Conselheiro **Volmir Raimondi** na coordenação dos trabalhos, fez um breve relato sobre
403 a audiência pública, realizada no dia 18 de março de 2005, que discutiu a situação do SUS no Rio de
404 Janeiro. Disse que a audiência foi extremamente produtiva e contou com a participação de vários setores
405 da sociedade. Enfatizou que a participação do Conselho Nacional de Saúde teve uma aceitação muito
406 positiva e o Conselho Municipal de Saúde ressaltou ser fundamental que o CNS acompanhe todo o
407 processo de reestruturação que será feito no Município. Feitas essas considerações iniciais, apresentou
408 as principais propostas oriundas da audiência: **a)** reativação do 3º turno de atendimento nas unidades de
409 saúde; **b)** ampliação do Programa Saúde da Família integrado à rede; **c)** implantação do Plano de
410 Regionalização do Rio de Janeiro; **d)** realização de auditoria nos recursos do SUS; **e)** realização de
411 eleições diretas para as direção dos hospitais; **f)** criação imediata de comissão paritária, composta por
412 representantes do Conselho Distrital, Conselho Municipal, gestores, usuários e sindicatos para
413 acompanhar o atendimento nas seis unidades sob intervenção; **g)** constituição imediata de comissões por
414 unidade; **h)** criação imediata de comissão paritária e sem chefias para acompanhar a contratação
415 temporária de funcionários e as cooperativas do município e estado contra a desprecariização do trabalho;
416 **i)** criação de comissão para fiscalizar o atendimento na rede básica do Município e cobrar atendimento à
417 população; **j)** criação de comissão do Controle Social, composta por oito representantes do Conselho
418 Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Conselho Municipal de Saúde do Rio
419 de Janeiro, e Conselho Distrital de Saúde do Rio de Janeiro. No período de 4 a 7 de abril de 2005, a
420 comissão visitou os hospitais sob intervenção e o relatório dessas visitas será submetido à apreciação do
421 CNS e do Ministério da Saúde; e **l)** cobrar parceria da Comissão de Saúde da Câmara e Assembléia
422 Legislativa para fiscalizar a rede municipal. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
423 acrescentou que o CNS assumiu o compromisso de manter um fórum permanente de articulação com os
424 Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, desse modo, o Plenário precisava definir
425 a estratégia de atuação do CNS. Conselheiro **Volmir Raimondi** disse que os Conselheiros do CNS que
426 participaram da reunião reafirmaram que não havia ingerência do CNS nos Conselheiros de Saúde do Rio
427 de Janeiro (Estadual, Municipal e Distrital). Além disso, reforçou o pedido do Conselho Municipal de
428 Saúde para que o CNS acompanhasse a situação de perto. O Secretário de Atenção à Saúde, **Jorge**
429 **José Pereira Solla**, chamou a atenção para a importância da criação da comissão para acompanhar a

430 contratação temporária de funcionários para as especialidades cujos aprovados no concurso não eram
431 suficiente para atender a demanda. Comentou também sobre os hospitais de campanha, explicando que o
432 objetivo dos mesmos era criar condições de atendimento, a fim de desafogar as principais emergências
433 da rede. Em relação às ações do Controle Social, propôs que houvesse encontro mensal do CNS, do
434 CES/RJ, CMS/RJ e dos integrantes do Conselho Gestor para realizar balanço periódico da situação do
435 SUS no Rio de Janeiro. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** enfatizou que a audiência foi muito
436 importante, pois possibilitou discussão mais ampla e aprofundada sobre a questão, contudo, a ausência
437 de segmentos importantes, a exemplo do Ministério Público e do Tribunal de Contas os trabalhos,
438 configurou-se em aspecto negativo. Também chamou a atenção para a importância da criação da
439 Comissão do Controle Social, da qual fazia parte a Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**,
440 representando o CNS, por entender que, além de acompanhar o processo, contribuiria para solidificar as
441 instâncias de Controle Social para que realizassem o acompanhamento da gestão do SUS no âmbito
442 estadual e municipal. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto**, inicialmente, registrou que a ida do
443 CNS ao Rio de Janeiro contribuiu para manter e solidificar a mobilização social e comprometer a gestão
444 municipal a cumprir as suas atribuições. Em relação à audiência, manifestou preocupação sobre duas das
445 suas propostas, haja vista as dificuldades para a sua implementação: 3º turno de atendimento; e
446 realização de eleição direta para escolha da direção dos hospitais. O Ministro Interino da Saúde, **Antônio**
447 **Alves de Souza**, também fez comentários sobre a questão, manifestando-se nos seguintes termos: "Creio
448 que essa iniciativa do Conselho de ter ido ao Rio de Janeiro e estar presente em uma discussão que é
449 municipal, mas que se refere à saúde no Estado do Rio de Janeiro, nos remete a uma discussão que nós
450 vamos começar a fazer aqui no Conselho, que é a questão do orçamento para 2006. Considerando a
451 organização do SUS no país e que a União, os Estados e Municípios têm papéis bem definidos, acho que,
452 esse ano, além de discutir o orçamento federal, o Conselho também tem que debater os orçamentos
453 estaduais e municipais. Não sei se teremos condições para isso, mas estamos acompanhando que a
454 maior parte dos estados não vem cumprindo a Emenda Constitucional e não é possível aprovar uma
455 política no plano nacional se não há um comprometimento lá na ponta, no estado e no município, sobre a
456 execução dessa política, principalmente quando exige contrapartida estadual e municipal. Então, eu acho
457 que o Conselho Nacional de Saúde, na discussão orçamentária, vai ter que fazer um esforço para discutir
458 o orçamento da saúde do Brasil, entendendo que as diferentes esferas têm responsabilidade na definição
459 desse orçamento, tendo como guia a Emenda Constitucional nº 29. Acho importante que o Conselho
460 continue fazendo esse acompanhamento e que nós discutamos um modelo de saúde, porque, na
461 verdade, nós temos experiências positivas em alguns municípios, mas nunca discutimos a saúde de uma
462 Unidade da Federação, envolvendo todos seus municípios. Daí a situação do Rio de Janeiro nos chama
463 para esse desafio, porque não se resolve a saúde do Rio de Janeiro discutindo somente a saúde do
464 Município, já que envolve a situação da Baixada, das regiões metropolitanas I e II e também do restante
465 do Estado que tem um gestor estadual e que tem responsabilidade. Acredito que é o momento de o
466 Conselho chamar essa discussão geral e daí, quem sabe, fazer um exercício para se discutir o modelo de
467 saúde de uma Unidade da Federação, que, na verdade, não são iguais, mas se conseguirmos isso no Rio
468 de Janeiro será um grande avanço como modelo de organização do SUS em uma Unidade da
469 Federação." Após essas considerações, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** disse que o relatório
470 das visitas feitas pela Comissão de Controle Social aos hospitais seria concluído no dia seguinte e, em
471 seguida, seria encaminhado ao CNS e ao Ministério da Saúde. **A partir daí sugeriu que fosse realizada**
472 **reunião entre a Comissão de Controle Social e a Comissão de Gestão do Rio de Janeiro**, utilizando
473 **como subsídio esse relatório e os demais documentos sobre a situação do Município, para definir**
474 **novas ações e encaminhamentos**. Finalizando, agradeceu a presença do Ministro Interino da Saúde e
475 do Secretário de Atenção à Saúde e encerrou os trabalhos da manhã do primeiro de reunião. **ITEM 3 –**
476 **COMISSÕES E GRUPOS DE TRABALHO DO CNS – COORDENAÇÃO E COMPOSIÇÃO** – Conselheira
477 **Rosane Maria Nascimento da Silva** assumiu a coordenação dos trabalhos e o Conselheiro **Carlos**
478 **Alberto Duarte** apresentou as pendências em relação aos GTs e Comissões do CNS. **Após apreciar as**
479 **pendências, o Plenário definiu os seguintes encaminhamentos: 1) GT de Capacitação de**
480 **Conselheiros: o GT indicará o seu coordenador na sua próxima reunião e submeterá o nome à**
481 **apreciação do Plenário do CNS para ser referendado. 2) GT de Atenção Básica: ratificada a**
482 **indicação do Conselheiro Francisco das Chagas Monteiro para compor o Grupo.** O GT indicará o
483 seu coordenador na sua próxima reunião e submeterá o nome à apreciação do Plenário do CNS para ser
484 referendado e deverá apresentar parecer sobre a proposta de transição das equipes do PSF e dos
485 Núcleos Integrais de Atenção à Saúde até o mês de maio de 2005. **3) GT das Águas: aprovada a**
486 **indicação da Conselheira Noemy Yamaghishi Tomita para compor o GT, que terá o prazo de seis**
487 **meses para concluir os trabalhos; e aprovada, por unanimidade, a indicação da Conselheira Nildes**
488 **de Oliveira Andrade para coordenar o Grupo. 4) GT de Monitoramento, Avaliação e Controle das Ações**
489 **e dos Recursos Financeiros Transferidos a Estados, Municípios e Instituições no âmbito do SUS**
490 **(normatização): aprovada a indicação dos Conselheiros Luiz Augusto A. Martins, Marisa Fúria e**
491 **Solange Gonçalves Belchior para compor o GT. 5) Comissão de Coordenação Geral (CCG): aprovada**

492 a indicação da Conselheira Silvia Marques Dantas para compor a Comissão, substituindo a
493 Conselheira Gysélle Saddi Tannous. O debate sobre a regulamentação dos GTs e Comissões do
494 CNS será retomado na discussão do Regimento Interno do Conselho. A Secretaria-Executiva do
495 CNS, Eliane Aparecida da Cruz, disse que era preciso agendar a primeira reunião do GT, constituído na
496 última reunião com a finalidade de definir as diretrizes de gestão participativa para o SUS. Conselheiro
497 Carlos Alberto Duarte lembrou que esse GT era constituído pelos Conselheiros Francisco Batista
498 Júnior; Solange Gonçalves Belchior; Silvia Marques Dantas; Jorge Nascimento Pereira; Crescêncio
499 Antunes da S. Neto e por três representantes do Governo. Conselheiro Crescêncio Antunes da S. Neto
500 solicitou que fosse feita consulta às fitas da última reunião, por entender que havia incorreções no
501 encaminhamento acerca da constituição do GT de Gestão Participativa. Conselheira Solange Gonçalves
502 Belchior, coordenadora da mesa que discutiu a matéria na última reunião do CNS, afirmou que a ata
503 relatava, fielmente, o que havia sido discutido e deliberado naquela ocasião. Contudo, disse que não era
504 contrária à solicitação de consulta às fitas para confirmar o encaminhamento. Diante dessas
505 considerações, o debate dessa matéria foi suspenso para que fosse feita consulta à fita e, caso
506 necessário, revisar o encaminhamento. Continuando, Conselheiro Carlos Alberto Duarte informou que
507 os GTs de Saúde Bucal, de Saúde do Campo, de Saúde do Idoso e de População Negra, foram
508 instituídos, mas não tinham se reunido até o momento. Além disso, informou, que na próxima reunião do
509 CNS, o GT AIDS apresentaria a avaliação das suas atividades em 2004 e o seu plano de trabalho para
510 2005. Também destacou o pleito para que o GT AIDS, criado há dois anos, fosse transformado em
511 Comissão do CNS. Conselheira Neimy Batista reivindicou uma vaga para o segmento dos trabalhadores
512 na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST/CNS). **Na próxima reunião, o segmento dos**
513 **trabalhadores fará a indicação do nome para compor a CIST/CNS.** Conselheira Graciara Matos de
514 Azevedo solicitou espaço na pauta da próxima reunião para apresentação do Plano de Trabalho da
515 Comissão de Saúde Suplementar e outros temas discutidos na reunião dessa Comissão. Conselheiro
516 Volmir Raimondi também solicitou que fosse pautado debate sobre saúde visual, com convite a Dra.
517 Sheila Miranda para fazer apresentação sobre o tema. Conselheira Rosane Maria Nascimento da Silva
518 reiterou a solicitação de que fosse pautada apresentação da Comissão Intersetorial de Alimentação e
519 Nutrição (CIAN/CNS) sobre segurança alimentar e nutricional. Prosseguindo, Conselheiro Clóvis A.
520 Boufleur apresentou informe sobre a reunião do GT das Águas, realizada no dia 8 de abril de 2005, que
521 definiu o plano de trabalho do Grupo e o calendário de reuniões. Conselheiro Jorge Nascimento Pereira
522 manifestou o interesse do Movimento Popular de Saúde em participar da Comissão Intersetorial de
523 Saneamento e Meio Ambiente (CISAMA/CNS). Conselheiro Rui Barbosa da Silva pleiteou a criação de
524 GT no CNS para tratar sobre as Patologias. **O Fórum de Entidades de Defesa dos Portadores de**
525 **Deficiências e Patologias discutirá a proposta e encaminhará formalmente esse pleito para ser**
526 **apreciado pelo Plenário do CNS.** Concluindo, Conselheiro Carlos Alberto Duarte solicitou que as
527 Comissões e GTs do CNS encaminhassem à Secretaria Executiva do CNS a avaliação das suas
528 atividades em 2004 e os seus planos de trabalho para 2005, a fim de serem apresentados na Reunião
529 Ordinária de maio de 2005. Esses documentos servirão de subsídio para a recomposição das Comissões
530 e GTs do CNS, dada a eleição para a escolha dos novos integrantes do Conselho. No segundo dia de
531 reunião, foi retomada a discussão sobre o GT da Secretaria de Gestão Participativa. Após consulta às
532 fitas da reunião, verificou-se que o encaminhamento em relação à matéria, aprovado na última reunião,
533 fora o mesmo que constava na ata: **constituição de GT, composto por oito integrantes (cinco**
534 **Conselheiros do CNS e três representantes do Governo) para definir as diretrizes de gestão**
535 **participativa para o SUS. Os segmentos que compõem o CNS (usuários; trabalhadores da saúde; e**
536 **gestores e prestadores de serviço) e o Governo deveriam apresentar as suas concepções acerca**
537 **de gestão participativa, na perspectiva de subsidiar o trabalho do Grupo. Os resultados parciais do**
538 **debate deverão ser apresentados na Reunião Ordinária do mês de abril de 2005.** Conselheiro Carlos

539 Alberto Duarte ratificou esse encaminhamento, lembrando que já haviam sido indicados os nomes para
540 compor o GT (dois Conselheiros representantes do segmento dos usuários; dois dos trabalhadores; e um
541 dos prestadores de serviço; e três representantes do Governo), contudo, o Grupo não havia se reunido.
542 Assim, enfatizou a necessidade de marcar a data da reunião do Grupo, já que os resultados parciais do
543 debate deveriam estar sendo apresentados naquela reunião (abril de 2005). Conselheira Solange
544 Gonçalves Belchior solicitou que fosse registrado que a ata da última reunião do CNS não apresentava
545 nenhuma incorreção acerca do debate e do encaminhamento dado à matéria. **Esclarecido esse ponto,**
546 **foi acordado que o GT definiria a data para se reunir até o final da reunião do CNS.** **ITEM 4 –**
547 **DIRETRIZES PARA CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS** – Os Conselheiros Jorge Nascimento
548 Pereira e Conselheiro Clóvis A. Boufleur, membros do GT de Capacitação, assumiram a coordenação
549 dos trabalhos. Inicialmente, Conselheiro Clóvis A. Boufleur fez um breve relato sobre a instituição do
550 Grupo de Trabalho de Capacitação de Conselheiros de Saúde e seu objeto de trabalho. Explicou que,
551 visando atender as orientações das 11^a e 12^a Conferências Nacionais de Saúde, o GT, instituído na 143^a
552 Reunião Ordinária do CNS, realizada no mês de junho de 2004, atualizou as diretrizes gerais para o
553 Processo de capacitação de Conselheiros de Saúde na lógica da inclusão da sociedade e da educação

554 permanente para o Controle Social do SUS. Informou que o documento "Diretrizes Nacionais para o
555 Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS" era constituído pelas seguintes partes:
556 Apresentação; Nota sobre a Atualização; Justificativa; Objetivos; Estratégias Operacionais e
557 Metodológicas para o Controle Social; Responsabilidades das Esferas Governamentais; e Mecanismos de
558 Acompanhamento e Avaliação. Disse que o documento havia sido distribuído na 149ª Reunião Ordinária,
559 realizada nos dias 8 e 9 de dezembro de 2004, para apreciação do Colegiado, contudo, por uma série de
560 fatores, não pudera ser pautado para discussão anteriormente. Feitos esses esclarecimentos iniciais,
561 consultou o Plenário sobre a dinâmica para apreciação do documento. Os Conselheiros decidiram
562 apreciar o documento por parte. Assim, foi aberta a palavra para a apresentação de destaques à
563 Apresentação do documento. Conselheiro **Moisés Goldbaum** disse que era importante explicitar na
564 apresentação como se daria o processo de educação permanente para o controle social no SUS, dada a
565 intensa renovação de Conselheiros de Saúde. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou ao
566 Conselheiro **Moisés Goldbaum** que apresentasse as justificativas da sua proposta. Conselheiro **Moisés**
567 **Goldbaum** ressaltou que era preciso destacar que seriam capacitadas pessoas em exercício transitório
568 de atividade, a partir de um processo de capacitação permanente. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
569 disse que a intenção era definir diretrizes para capacitação de Conselheiros e outros sujeitos sociais que
570 poderiam ser Conselheiros futuramente. Daí a necessidade da capacitação permanente da sociedade
571 para o Controle Social no SUS. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** ressaltou que a transitoriedade
572 da função de Conselheiro não era um eixo relevante para ser explicitado na apresentação do documento,
573 já que a capacitação visava à formação de um indivíduo pleno de sua cidadania e agente do processo.
574 Conselheiro **Moisés Goldbaum** disse que, na sua visão, era necessário explicitar na apresentação do
575 documento o público alvo das diretrizes, mas, diante dessas considerações, retirou a proposta.
576 Prosseguindo, foi aberta a palavra para apresentação de destaques ao texto da Nota sobre a Atualização.
577 Conselheiro **Moisés Goldbaum** registrou sua preocupação com o trecho "envolvendo, além dos
578 conselheiros de saúde, outros segmentos da sociedade", por entender que apresentava a impressão, de
579 que conselheiro de saúde não era um segmento da sociedade. No seu entendimento, essa imprecisão
580 resultava da falta de definição clara do público alvo. Diante dessa preocupação, Conselheira **Solange**
581 **Gonçalves Belchior** sugeriu a substituição da expressão "outros segmentos da sociedade" por "sujeitos"
582 ou "agentes sociais". Também enfatizou a necessidade de formar os sujeitos para que, além de
583 Conselheiros, eles sejam formadores. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** apresentou nova redação ao
584 trecho em debate, nos seguintes termos "(...) envolvendo, além dos conselheiros de saúde, outros atores
585 sociais, ou seja, uma política com um público alvo abrangente para que dê maiores condições à
586 sociedade para participar do processo de acompanhamento e avaliação das ações e serviços de saúde,
587 possibilitando ser multiplicadores dessa formação." Conselheiro **Moisés Goldbaum** endossou a proposta
588 de redação apresentada pela Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz**, já que explicitava, com clareza, o
589 público alvo das diretrizes de capacitação. Diante das preocupações do Plenário, Conselheira **Gilca**
590 **Ribeiro S. Diniz** sugeriu que a expressão "sujeitos sociais" fosse substituída por "agentes sociais".
591 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** disse que era preciso melhorar a redação apresentada pela
592 Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz**, de forma a deixar claro que a capacitação era voltada prioritariamente
593 aos Conselheiros, por serem o público alvo, com inclusão de outros agentes sociais. Conselheiro **Moisés**
594 **Goldbaum** concordou com a redação apresentada pela Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, salvo
595 o trecho que diz "voltada prioritariamente". Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** disse que o documento
596 necessitaria de uma revisão, segundo o padrão culto da língua. Conselheira **Silvia Marques Dantas**
597 discordou do termo "agentes sociais" e defendeu a manutenção de "sujeitos sociais", por entender que o
598 segundo expressava a idéia de coletividade. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou que o GT optou por
599 utilizar a expressão "sujeitos sociais", já que a idéia era ampliar a capacitação de conselheiros para
600 diretrizes de Controle Social no SUS, envolvendo todos os brasileiros. Conselheira **Solange Gonçalves**
601 **Belchior** ressaltou que a expressão "agente" era a mais adequada já que se referia àquele que fazia
602 alguma coisa acontecer e a prioridade da capacitação eram os conselheiros, aqueles que estavam
603 atuando no Controle Social. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou que as diretrizes gerais para o
604 processo de capacitação de conselheiros de saúde, de 1999, foram atualizadas na lógica da inclusão da
605 sociedade e da educação permanente para o controle social no SUS, preservando-se o foco no
606 Conselheiro e nas pessoas que possuem maior envolvimento com o SUS. A Secretaria-Executiva do
607 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que a expectativa dos Estados e Municípios era a definição de
608 diretrizes para a capacitação de conselheiros, nessa linha, ponderou se o documento não deveria
609 trabalhar com essa demanda ao invés de educação permanente para o Controle Social. Conselheira
610 **Gilca Ribeiro S. Diniz** defendeu que o documento trabalhasse na lógica da educação permanente para o
611 controle social, indo além da demanda dos Conselhos por capacitação de Conselheiros, de forma a incluir
612 outros agentes sociais nesse processo de formação. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva**
613 concordou com o eixo adotado no documento de educação permanente para o controle social, contudo,
614 disse que ser necessário explicitar, de forma mais clara, o público alvo do documento, que, na sua visão,
615 deveria ser prioritariamente, os conselheiros de saúde. O Coordenador do Departamento de Gestão da

616 Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, explicou que, no caso da capacitação de conselheiros, a
617 intenção era capacitar o quadro de conselheiros, que passavam por um processo de constante mudança.
618 Já a educação permanente visava à composição de representações para o Controle Social. Conselheiro
619 **Francisco Batista Júnior** defendeu que houvesse um processo de educação permanente, priorizando a
620 demanda imediata por capacitação de conselheiros, por entender que contribuiria para o movimento de
621 recomposição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira**
622 disse que as Conferências Nacionais de Saúde apontavam a necessidade de promover educação
623 permanente para o Controle Social no SUS, contemplando a capacitação de conselheiros. **Diante das**
624 **considerações dos Conselheiros, foi mantido o eixo do documento de trabalhar na lógica da**
625 **inclusão da sociedade e da educação permanente para o Controle Social no SUS. O GT discutirá a**
626 **melhor expressão, a ser adotada no documento ("atores sociais" ou "sujeitos sociais").**
627 Prosseguindo, foi aberta a palavra para apresentação de destaques às Justificativas. No primeiro
628 parágrafo, a Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** propôs a substituição do trecho “É impossível negar a
629 relevância dos Conselhos de Saúde (...)” por “É reconhecida por todos a relevância dos Conselhos de
630 Saúde (...).” No segundo parágrafo, sugeriu a substituição do termo “processo de institucionalização” por
631 “processo de consolidação”. Também apresentou nova redação para o terceiro parágrafo, nos seguintes
632 termos: “A sua dinâmica de funcionamento é estabelecida nas relações entre usuários, trabalhadores,
633 gestores e prestadores de serviços, sendo, portanto, as suas deliberações, em geral, resultantes de
634 negociações que contemplam as diferenças de cada segmento e representações e que garantam a
635 transparência de relações entre os distintos grupos que o constituem no trato das questões de saúde, sob
636 sua avaliação.” Além disso, disse que era preciso explicitar no quarto parágrafo o eixo da qualificação e
637 capacidade de formulação. Conselheiro **Moisés Goldbaum** destacou o último parágrafo por entender que
638 definia, com clareza, aqueles que se desejava envolver no processo de capacitação e educação
639 permanente. Em seguida, foi aberta a palavra para apresentação de destaques à parte dos Objetivos.
640 Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** propôs que, no item 3, fosse incluída a efetivação da gestão nas
641 diversas esferas como um dos pontos de atuação dos conselheiros e que a palavra “incentivadores” fosse
642 substituída por “articuladores”. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que também fosse
643 incluído como objetivo garantir a formação de formadores (multiplicadores de informações). **As**
644 **sugestões foram acatadas.** Continuando, foram feitos destaques ao item das Estratégias Operacionais e
645 Metodológicas para o Controle Social. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz**, no segundo parágrafo, propôs
646 que a expressão “seja sempre atualizado” fosse substituída por “esteja em constante construção e
647 atualização”. No terceiro parágrafo, apresentou a seguinte emenda aditiva: incluir a expressão “a
648 participação” após o trecho “(...) que possibilite”. Sugeriu, também, que o sítio do Ministério da Saúde
649 também fosse um dos instrumentos de apoio para o processo de capacitação. Conselheira **Solange**
650 **Gonçalves Belchior** solicitou que não fossem nomeadas as entidades com as quais poderiam ser
651 firmadas parcerias para operacionalizar o processo de educação permanente. Por fim, sugeriu que fosse
652 incluído no rol de material de apoio a NOB-RH; a NOAS; e os capítulos dos Estatutos dos Idosos e da
653 Criança e do Adolescente que dispõem sobre os direitos à saúde dessas populações. A Secretaria-
654 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, perguntou aos integrantes do GT se o documento
655 considerava o processo de formação/capacitação como atribuição dos Conselhos de Saúde. Além disso,
656 registrou que não era contra a proposta de se trabalhar na lógica da educação permanente para o
657 Controle Social, mas considerava que isso poderia trazer conflitos futuramente, haja vista a expectativa
658 por um processo de capacitação de conselheiros. Em resposta, Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**
659 esclareceu que, segundo o documento, a definição dos conteúdos básicos para a educação permanente
660 para o Controle Social no SUS deveria ser objeto de deliberação dos Plenários dos Conselhos de Saúde
661 nas suas respectivas esferas governamentais. Além disso, disse que a execução das atividades de cada
662 esfera do controle social (federal, estadual e municipal) deveria ser acordada no Plenário dos respectivos
663 Conselhos de Saúde. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** disse era preciso explicitar no
664 documento as seguintes questões: o saber adquirido dos conselheiros, prioritariamente, iria ser
665 considerado para a escolha de formadores; o processo de capacitação não visava dar título para o
666 exercício na área da saúde, mas sim, preparar o indivíduo para exercer a função de conselheiro; o
667 certificado de participação no processo de capacitação não era prerrogativa para ser conselheiro; e não
668 houve preocupação em formar formadores no decorrer do processo de construção do SUS. A
669 representante da Secretaria-Executiva do CNS, **Adalgiza Balsamão**, disse que seria importante explicitar
670 no documento que a capacitação de conselheiro era competência dos Conselhos de Saúde, haja vista as
671 várias experiências exitosas de capacitação de conselheiros realizadas por Conselhos Estaduais e
672 Municipais de Saúde. O Coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo**
673 **Burg Ceccin**, explicou que o termo “educação” era o mais adequado para ser utilizado no documento,
674 uma vez que se referia a práticas pedagógicas em geral, ao contrário de “ensino”, que era privativo. Além
675 disso, enfatizou que era preferível utilizar a palavra “capacitação” à “formação”, já que formação tinha por
676 pressuposto a emissão de diploma. Ressaltou que se deveria adotar o termo “educação permanente”, que
677 era mais amplo e reconhecia a existência de um conhecimento tácito, em vez de “capacitação de

678 conselheiros", que era mais limitado. Diante das preocupações, Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**
679 apresentou nova redação para o terceiro parágrafo "(...)" e a identificação de pessoas e parceiros que
680 terão a função de agentes facilitadores e incentivadores das discussões sobre os temas. Para isso, é
681 importante aproveitar o saber adquirido dos conselheiros como potencial instrumento do processo de
682 educação permanente. (...)" Conselheira **Silva Marques Dantas** disse que as estratégias deveriam
683 delimitar melhor como se daria o processo de capacitação permanente. Conselheiro **Carlos Alberto**
684 **Duarte** enfatizou que era necessário discutir o significado político do documento, considerando que a
685 formação de conselheiros deveria ser mais política do que técnica, uma vez que o objetivo final era
686 garantir que os conselheiros pudessem contribuir para a melhoria da qualidade da saúde da população.
687 Nessa linha, disse que essa formação deveria ser voltada a conselheiros e entidades da área da saúde,
688 que poderiam formar novos conselheiros. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** falou sobre a
689 experiência exitosa do Conselho de Saúde do Distrito Federal que realizou cursos de capacitação e, para
690 isso, capacitou, previamente, os monitores para ministrar esses cursos, levando em consideração o saber
691 adquirido dos conselheiros. Além disso, propôs que fosse incluído no material de apoio a realização de
692 oficinas vivenciais sobre as dificuldades cotidianas dos Conselhos diante do descumprimento de normas.
693 Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** ressaltou a necessidade de considerar o saber adquirido dos
694 conselheiros no processo de capacitação de conselheiros, além da parte técnica. Conselheira **Gilca**
695 **Ribeiro S. Diniz** disse que o processo de capacitação deveria enfocar as normas técnicas do ponto de
696 vista político, já que o conhecimento sobre a legislação do SUS era essencial para a atuação dos
697 conselheiros. Em face dessas preocupações, Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** enfatizou que era
698 necessário explicitar com mais clareza a necessidade de o processo de capacitação enfocar as normas
699 técnicas sob o ponto de vista político. Conselheira **Silvia Marques Dantas** sugeriu que fosse incluído item
700 descrevendo os princípios orientadores para o processo de educação permanente e, em seguida, fossem
701 tratados os princípios e as estratégias. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** lembrou que os princípios
702 orientadores do processo estavam descritos na apresentação do documento. Conselheira **Gilca Ribeiro**
703 **S. Diniz** ressaltou a necessidade de acrescentar aos princípios gerais, explicitados nas Justificativas, os
704 princípios pedagógicos que iriam nortear a formação. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** solicitou que as
705 sugestões de redação fossem enviadas, por escrito, à Secretaria-Executiva do CNS, a fim de serem
706 incluídas no texto, para que o documento fosse submetido à apreciação do Plenário na Reunião Ordinária
707 de maio de 2005. Prosseguindo, abriu a palavra para apresentação de destaques ao item
708 Responsabilidades das Esferas Governamentais. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que
709 os termos "à esfera nacional" e "aos estados e municípios" fossem substituídos, respectivamente, por "à
710 esfera federal do Controle Social" e "às esferas estaduais e municipais do Controle Social". **A sugestão**
711 **foi acatada**. Não havendo outros destaques, foi aberta a palavra para apresentação de contribuições ao
712 item Mecanismos de Acompanhamento e Avaliação. **Não havendo sugestões para o item**, Conselheiro
713 **Clóvis A. Boufleur** solicitou que os Conselheiros encaminhassem as contribuições ao documento,
714 por escrito, à Secretaria-Executiva do CNS, a fim de serem incluídas no texto. O Coordenador do
715 Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, cumprimentou o GT pelo
716 trabalho. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** agradeceu os cumprimentos e informou que o GT também
717 estava trabalhando uma proposta de Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social
718 que seria oportunamente submetida à apreciação do Plenário. Nada mais havendo a tratar, encerrou os
719 trabalhos do primeiro dia de reunião. **ITEM 5 – ANEPS – Articulação Nacional de Ensino e Práticas em**
720 **Saúde** - Item não apresentado. **ITEM 6 – REGIMENTO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**
721 **INDÍGENA** – Os Conselheiros **Clóvis A. Boufleur** e **Ary Paliano** assumiram a coordenação dos trabalhos
722 e definiram a dinâmica para a apreciação da proposta de Regimento da 4^a Conferência Nacional de
723 Saúde Indígena. Antes de iniciar a discussão do documento, Conselheiro **Ary Paliano** registrou a
724 presença dos representantes indígenas **Hilário da Silva; Valdenir Andrade; Maria do Carmo Silva;**
725 **Irenildo Cassiano Gomes; Maria Elenir Caroia;** e **Kiné Parkategi** e dos representantes da FUNASA,
726 **Ademir Gudrin e Maria do Socorro Seabra**. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** iniciou explicando que a
727 proposta de Regimento da 4^a Conferência Nacional de Saúde Indígena havia sido elaborada a partir do
728 acúmulo dos debates do CNS sobre as Conferências Temáticas e discutida na Comissão Intersetorial de
729 Saúde Indígena (CISI/CNS), com a participação dos Presidentes dos 34 Conselhos Distritais. Após essas
730 considerações iniciais, foi feita a leitura da proposta de Regimento e dos anexos I e II, que tratam,
731 respectivamente, da distribuição dos delegados e da programação da Conferência. Enquanto isso, os
732 Conselheiros faziam destaques ao texto. Após a leitura, foi aberta a palavra para apresentação dos
733 destaques. No artigo 1º, Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** propôs que a palavra
734 "retrocessos" fosse substituída por "obstáculos", já que seria na Conferência, com a participação dos
735 vários segmentos, que seria avaliado se houvera retrocessos em relação à Política de Saúde Indígena do
736 país. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** sugeriu que fosse utilizada no texto a expressão "desafios" em
737 vez de "retrocessos". Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou que essa questão havia sido bastante
738 discutida com as representações indígenas e essas optaram pela palavra retrocessos, por considerarem
739 que houvera, de fato, retrocesso em relação ao Subsistema Indígena no âmbito do SUS. Todavia, disse

que a nomenclatura adotada poderia ser substituída por outra mais adequada, caso o Plenário assim entendesse. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** disse que não poderia ser explicitado em um documento do CNS que houvera retrocessos em relação aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e do Subsistema Indígena no âmbito do SUS, já que o Conselho não possuía debate acumulado para fazer tal afirmação. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** enfatizou que o Plenário deveria considerar a avaliação dos povos indígenas sobre a Política de Saúde, uma vez que a Conferência iria tratar, especificamente, de aspectos relativos à saúde dessa população. Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira** disse que a avaliação dos povos indígenas sobre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas e do Subsistema Indígena no âmbito do SUS poderia ser explicitada, mas não como uma afirmativa do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu que fosse explicitado no artigo 1º que a finalidade da Conferência seria avaliar a realidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e do Subsistema Indígena no âmbito do SUS. **Diante dessas considerações, Conselheiro Clóvis A. Boufleur apresentou a seguinte proposta de redação para o artigo 1º “(...) terá por finalidade avaliar a situação de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e do Subsistema Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (...).”** Não havendo posições contrárias, a proposta foi acatada. Na seqüência, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** ressaltou que a Conferência não deveria ser voltada apenas à população indígena, já que era preciso envolver os Conselhos de Saúde das três esferas gestão no debate sobre a Política de Saúde dos Povos Indígenas, de forma a garantir a sua implementação. Além disso, questionou o calendário apresentado para a realização da Conferência, em especial a data da etapa distrital (até 15 de dezembro de 2005), em virtude da dificuldade de realizar eventos no mês de dezembro e do grande intervalo entre essa e a etapa nacional (28 a 31 de março de 2006). Em relação ao calendário, Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou que a lógica das datas visava garantir recursos para a realização das etapas distritais, dada a dificuldade de liberação de recursos para os Distritos Sanitários Indígenas no início do ano e a necessidade de disponibilizar prazo maior para a elaboração dos relatórios a serem encaminhados à etapa nacional. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** também manifestou preocupação com a data de realização das etapas distritais, por entender que corriam o risco de esvaziamento, em virtude dos recessos no mês de dezembro e, por essa razão, propôs que fossem realizadas até 30 de novembro de 2005. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ponderou sobre a possibilidade de reavaliar o calendário da Conferência de Saúde Indígena, a fim de evitar que as etapas distritais coincidissem com as etapas nacionais das Conferências Temáticas previstas para o mês de novembro de 2005 (Saúde do Trabalhador e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde). Diante das preocupações do Plenário, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** consultou as representações indígenas presentes sobre a possibilidade de realizar as etapas distritais até janeiro ou fevereiro de 2006, a fim de garantir a participação de segmentos importantes. Conselheiro **Ary Paliano** enfatizou que era necessário intervalo maior entre as etapas distritais e a nacional, a fim de que houvesse tempo hábil para a elaboração do documento a ser encaminhado à etapa nacional. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** informou que a Comissão havia reformulado as datas das etapas locais e distritais, anteriormente previstas para até 30 de novembro de 2005 e até 5 de março de 2006, respectivamente. Conselheiro **Gilca Ribeiro S. Diniz** apresentou a sugestão de todas as etapas da Conferência serem realizadas no primeiro semestre de 2006, dada a importância da participação de vários segmentos nessa Conferência. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou que o calendário da Conferência havia sido aprovado em janeiro de 2005 e isso criou grande expectativa nas comunidades indígenas. Além disso, avaliou que não haveria impedimento em realizar as etapas locais e distritais nas datas previstas, já que o público dessas etapas era distinto daquele que participaria das etapas nacionais das Conferências de Saúde do Trabalhador e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** disse que era preciso discutir o Regimento da Conferência a partir da lógica de inclusão das instâncias de Controle Social, envolvendo a participação de todos os segmentos, conforme determina a Resolução nº 333/03, ainda que esses não residissem em aldeias ou estivessem organizados em Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira** enfatizou que essa não era uma Conferência da população indígena, mas sim, da saúde indígena, que estava inserida no âmbito do SUS. Logo, era preciso garantir a participação de todos os segmentos (usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores) no debate. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou Questão de Ordem para solicitar que o debate fosse centrado no calendário de realização da Conferência Nacional de Saúde Indígena. Diante das preocupações do Plenário, Conselheira **Rozângela Fernandez Camapum** apresentou o seguinte encaminhamento: suspender o debate da proposta de Regimento para discutir a concepção da Conferência e formar um grupo para elaborar nova proposta, com base na concepção a ser definida em Plenário. Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** ratificou o encaminhamento apresentado, por entender que era preciso aprofundar o debate sobre a concepção da Conferência. Conselheiro **Ary Paliano** disse que a Conferência deveria levar em consideração as particularidades do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou que a Legislação prevê a divisão do Subsistema de Saúde Indígena em 34 Distritos Sanitários, que possuíam Conselho Distrital e Conselhos Locais. Disse que o público das etapas locais da Conferência seria 100% indígena, porque

802 aconteceria nas aldeias indígenas onde não havia a divisão por segmentos, por serem todos índios. Já
803 nas etapas distritais, 50% dos participantes seriam usuários indígenas eleitos nas etapas locais e os
804 outros 50%, por não terem fórum específico para serem eleitos, seriam indicados pelo Conselho Distrital.
805 Desse modo, na etapa nacional, seria garantida a paridade, conforme dispõe a Resolução nº 333/03 do
806 CNS. Feitos esses esclarecimentos, propôs que o Plenário continuasse a discussão do Regimento,
807 realizando os ajustes necessários no decorrer do debate. Conselheira **Rozângela Fernandez Camapum**
808 solicitou que a sua proposta fosse submetida à apreciação do Plenário. Havendo duas propostas distintas
809 de encaminhamento, foi aberta a palavra para a defesa de ambas. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz**
810 defendeu a proposta de encaminhamento apresentada pela **Rozângela Fernandez Camapum**, por
811 entender que a Conferência deveria ter uma lógica inclusiva do Controle Social, a fim de que os vários
812 segmentos da sociedade conhecessem a realidade da saúde dos povos indígenas e pudessem contribuir
813 para a inclusão do Subsistema de Saúde Indígena, de fato, no âmbito do SUS. Com a anuência do
814 Plenário, o representante indígena, **Hilário da Silva**, fez uso da palavra para defender a proposta de
815 continuar a discussão da proposta de Regimento, centrando o debate nas particularidades do Subsistema
816 de Saúde Indígena. Explicou que as Conferências Locais apresentavam uma série de complicadores, já
817 que os participantes eram 100% indígenas e havia dificuldades de articulação com os gestores para que
818 outros segmentos participassem delas. A representante indígena, **Maria do Carmo Silva**, acrescentou
819 que as lideranças indígenas vinham lutando para garantir a participação de representações indígenas nos
820 Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, mas ainda havia grande resistência por parte dos gestores.
821 Esclareceu que as etapas locais da Conferência eram consultivas e as decisões eram tomadas nas
822 etapas distritais onde participavam, além dos usuários, outros segmentos. Ressaltou, ainda, que os povos
823 indígenas lutavam para serem reconhecidos no âmbito do SUS com a mesma eqüidade das demais
824 populações. Por fim, disse que era inviável realizar a Conferência no início de 2006, dada a dificuldade de
825 liberação de recursos para os Distritos Sanitários Indígenas no início do ano. Antes de submeter às
826 propostas de encaminhamento à votação, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou às
827 representações indígenas se havia acordo sobre a proposta de aprofundar a discussão da proposta de
828 Regimento Interno, na perspectiva de garantir a participação de vários segmentos para que conheçam a
829 realidade da saúde indígena. A partir dos resultados desse debate, seria elaborada nova proposta de
830 Regimento, que seria submetida à apreciação do Plenário na próxima reunião. Conselheira **Gilca Ribeiro**
831 **S. Diniz** acrescentou que a preocupação do Plenário era garantir que o Regimento explicitasse a
832 necessidade de ser discutida na Conferência a realidade saúde indígena, na perspectiva de integrá-la, de
833 fato, ao SUS. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** endossou a proposta do Conselheiro
834 **Francisco Batista Júnior**, por entender que expressava a lógica que deveria nortear as discussões do
835 Plenário: a garantia de expressão das várias posições e a definição de consenso. Os representantes
836 indígenas manifestaram apoio à proposta de consenso apresentada pelo Conselheiro **Francisco Batista**
837 **Júnior**. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** solicitou que fossem colocadas em votação as
838 duas propostas de encaminhamento: suspender o debate da proposta de Regimento para discutir a
839 concepção da Conferência e formar um grupo para elaborar nova proposta de Regimento, com base na
840 concepção definida em Plenário; ou continuar a discussão da proposta de Regimento, realizando os
841 ajustes necessários no decorrer do debate. Diante dessa solicitação, Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**
842 retirou a sua proposta de encaminhamento, contudo, registrou que a proposta de Regimento apresentada
843 era resultado de três meses de trabalho e de investimento pessoal e profissional e a expectativa era
844 avançar no debate. Em sendo assim, a discussão da proposta de Regimento foi suspensa e foi iniciado
845 debate sobre a concepção da Conferência, na lógica de inserção do Subsistema de Saúde Indígena no
846 SUS. Conselheiro **José Eri Medeiros**, a propósito das intervenções dos representantes indígenas,
847 esclareceu que não eram os gestores que determinavam as lideranças que deveriam participar dos
848 Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, mas sim, legislação específica. Conselheira **Rozângela**
849 **Fernandes Camapum** defendeu que a Conferência fosse realizada em todos os estados e municípios
850 brasileiros, a fim de que toda a sociedade conhecesse e discutisse a saúde indígena, garantindo-se a
851 participação dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, de forma paritária e da população indígena
852 em todas as etapas. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** ressaltou que a lógica da Conferência de
853 Saúde Indígena não deveria ser similar às demais Conferências da Saúde, dada a particularidade dos
854 povos indígenas. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que a etapa local
855 da Conferência considerasse a forma de organização dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas e
856 envolvesse os municípios; e as etapas distritais e nacional envolvessem os estados e municípios,
857 mediante a participação dos Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais. Além disso, enfatizou que o
858 debate acerca do Subsistema de Saúde Indígena deveria ser feito no decorrer da Conferência e não no
859 seu processo de preparação e organização. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** ressaltou que a
860 Conferência de Saúde Indígena teria que ser intersetorial, garantindo a participação de vários setores da
861 sociedade, a partir da lógica de inclusão da saúde indígena no SUS, a fim de que não seja tratada como
862 um Subsistema. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que, das Conferências Temáticas, a de
863 Saúde Indígena era a que apresentava maior particularidade, logo, seriam maiores os desafios de garantir

864 a participação da comunidade indígena e envolver outros segmentos que possuem responsabilidades em
865 relação a esse segmento. Na sua visão, o primeiro desafio a ser superado seria contemplar a participação
866 dos Distritos Sanitários e garantir a participação dos estados, dado que um único Distrito ocupava áreas
867 de diferentes estados. Além disso, enfatizou que era preciso alertar a sociedade sobre o fato de a questão
868 indígena ser responsabilidade de todos e não somente dos órgãos de Governo. Conselheira **Gysélle**
869 **Saddi Tannous** disse que, ao reservar uma vaga para as representações indígenas, o CNS reconheceu
870 publicamente a diversidade dessa população e, ao convocar a Conferência de Saúde Indígena, entendeu
871 que era preciso dar visibilidade às questões do Subsistema de Saúde Indígena e avançar na garantia do
872 acesso dessa população à saúde, com equidade e integralidade. Enfatizou que o Plenário deveria discutir
873 critérios para inclusão, no âmbito local e distrital, dos segmentos dos trabalhadores da saúde, dos
874 gestores e dos prestadores de serviços, já que os usuários desses locais não precisariam ser
875 representados, pois falariam por si. Com base nessa lógica, propôs que participassem das etapas
876 distritais os usuários do Distrito Sanitário Indígena e os representantes dos segmentos dos trabalhadores
877 da saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços do Conselho Estadual de Saúde onde o Distrito
878 estivesse localizado e das etapas locais, participassem os usuários da comunidade local e os
879 representantes dos segmentos dos trabalhadores da saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços
880 do Conselho Municipal de Saúde onde a comunidade estivesse localizada. Conselheiro **Ary Paliano**
881 concordou que era preciso ampliar a participação das comunidades indígenas nas várias instâncias de
882 Controle Social, ainda que houvesse resistência por parte dos gestores, levando-se em consideração as
883 particularidades dessa população. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** informou que, na perspectiva de
884 subsidiar o debate, havia sido distribuída cópia da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que dispõe
885 sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento
886 dos serviços correspondentes. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** solicitou maiores esclarecimentos
887 acerca do artigo 19-H da Lei nº 9.836/99, que dispõe sobre o direito das populações indígenas em
888 participar dos Conselhos de Saúde das três esferas de gestão. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou
889 que essa lei não delimitava a participação das populações indígenas nos órgãos de formulação,
890 acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum**
891 ressaltou que a Conferência teria que considerar a especificidade dos povos indígenas, mas de acordo
892 com a concepção do SUS. Nessa lógica, defendeu o encaminhamento apresentado pela Conselheira
893 **Gysélle Saddi Tannous** sobre os participantes das etapas locais, distritais e nacional. Conselheira
894 **Solange Gonçalves Belchior** solicitou ao Conselheiro **José Eri Medeiros** que fossem divulgados na
895 página do CONASEMS a Lei nº 9.836/99 e o calendário de realização da Conferência de Saúde Indígena,
896 destacando a necessidade da participação das Secretarias Municipais nessa Conferência. Além disso,
897 enfatizou que o Controle Social também deveria qualificar-se para participar da Conferência. A Secretaria-
898 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que o Plenário teria que discutir as estratégias
899 para garantir a participação do Conselho Municipal de Saúde e da gestão local nas etapas locais da
900 Conferência. No caso das etapas distritais, disse que era preciso definir se participariam os
901 representantes dos Conselhos Estaduais de Saúde dos Estados abarcados pelo Distrito Sanitário
902 Indígena ou se os Conselhos de Saúde se comprometeriam a articular regionalmente e definir como se
903 daria a participação nessas etapas. Na sequência, foi aberta a palavra ao diretor do DESAI/FUNASA/MS,
904 **Alexandre Padilha**, que destacou a importância do debate, por entender que contribuiria para aprofundar
905 a discussão acerca da saúde indígena no âmbito do SUS. Enfatizou que os Conselhos Distritais eram
906 instâncias de Controle Social do SUS, logo, respeitavam princípios como a paridade. Ressaltou que era
907 preciso compreender e respeitar a lógica de distribuição dos povos indígenas no território brasileiro, que
908 diferentemente de Unidades Federativas, era feita por Distritos Sanitários Indígenas, a fim de se avançar
909 no processo de integração da saúde indígena ao SUS. Disse que a FUNASA havia criado um Comitê
910 Consultivo, que possui representações do CONASS e do CONASEMS, para discutir e auxiliar os gestores
911 municipais a compreenderem a legislação que trata das populações indígenas. Também informou que o
912 Ministério da Saúde, além de considerar a população indígena no cálculo do PAB /FIXO, repassava
913 incentivo a mais para organização das equipes de atenção básica e para as Unidades Hospitalares.
914 Disse ser fundamental que o Regimento da Conferência apontasse a necessidade de se garantir, nas
915 etapas distritais, a participação do CNS, dos Conselhos Estaduais de Saúde e dos Conselhos Municipais
916 de Saúde, bem como dos gestores municipais, gestores estaduais, organizações dos trabalhadores,
917 organizações indígenas, respeitando a distribuição territorial das comunidades indígenas. Além disso,
918 enfatizou a importância da participação dos trabalhadores de saúde indígenas ou não na Conferência e
919 nas instâncias de Controle Social. Conselheiro **José Eri Medeiros** reafirmou o compromisso do
920 CONASEMS em contribuir ativamente para a articulação e divulgação da Conferência Nacional de Saúde
921 Indígena, no sentido de garantir a participação dos Secretários Municipais de Saúde nesse processo.
922 Além disso, comprometeu-se a solicitar a disponibilização da Lei nº 9.836/99 no sítio do CONASEMS,
923 para conhecimento. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** enfatizou a necessidade de se garantir a
924 participação de 100% da população indígena na Conferência, já que os índios eram os usuários do
925 Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Contudo, diante da importância de se conhecer e levar para as

926 instâncias de Controle Social a discussão sobre a realidade dos usuários desse Subsistema, sugeriu que
927 fosse prevista a participação de representantes dos usuários dos Conselhos de Saúde (Nacional,
928 Estaduais e Municipais) como convidados. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** propôs que
929 fosse constituído GT, com a participação de representantes da FUNASA e da FUNAI, para aprofundar o
930 debate sobre o melhor formato de organização para as etapas da Conferência. Conselheiro **Geraldo**
931 **Adão Santos** sugeriu que na etapa nacional da Conferência fossem reservados espaços para divulgar a
932 realidade dos povos indígenas e promover a interação entre as instâncias do Controle Social a as
933 populações indígenas. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** esclareceu que o Plenário do CNS era
934 o espaço para construir e deliberar sobre a organização de eventos do Controle Social (seminários,
935 fóruns, Conferências) e não as suas Comissões Intersetoriais, que eram instâncias assessoras do
936 Conselho. Além disso, manifestou a sua preocupação com o fato de não constar no Regimento as
937 prioridades explicitadas pela sociedade civil na 12ª Conferência Nacional da Saúde. Feitas essas
938 considerações, apresentou as seguintes propostas de encaminhamento: definir o calendário de realização
939 da Conferência na reunião; ampliar a Comissão Organizadora da Conferência para reformular o temário e
940 a organização das etapas locais, distritais e nacional, considerando as preocupações e contribuições do
941 Plenário; solicitar às Entidades que compõem o CNS o envio de contribuições ao Regimento; e agendar a
942 reunião da Comissão antes da Reunião Ordinária de maio de 2005. Além disso, solicitou que fosse levado
943 em consideração o conflito de datas entre as Conferências de Saúde Indígena, Saúde do Trabalhador e
944 da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, dada a importância da participação dos executores das
945 ações da FUNASA e das comunidades indígenas nessas Conferências. Conselheira **Gysélle Saddi**
946 **Tannous** enfatizou a necessidade de repensar a relação do Plenário do CNS com as suas Comissões, já
947 que a CISI/CNS e outras Comissões, não estavam reportando-se ao CNS para fazer as suas
948 intervenções, sendo propositivas e deliberativas. Nessa linha, solicitou que a CCG pautasse, com
949 urgência, o debate sobre a regulamentação das Comissões e GTs do CNS. Além disso, enfatizou que o
950 Subsistema de Atenção à Saúde Indígena não era paralelo ao Sistema Único de Saúde, assim, era
951 preciso pontuar a diversidade das populações indígenas nas Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. A
952 propósito da fala da Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** enfatizou que
953 a CISI/CNS posicionava-se como instância de articulação e de assessoramento do Conselho, sem poder
954 deliberativo ou autonomia para falar por si. **Em seguida, submeteu à apreciação do Plenário a**
955 **proposta de constituir um GT para reescrever a proposta de Regimento da Conferência, a partir da**
956 **nova concepção apontada pelo Plenário. A proposta foi aprovada. Desse modo, foram indicados**
957 **os seguintes nomes para compor o GT: Conselheiros Francisco Batista Júnior; Neimy Batista;**
958 **Carlos Alberto Duarte; Maria Helena Baumgarten; e Augusto Alves do Amorim e os representantes**
959 **indígenas Hilário da Silva; Valdenir Andrade; Maria do Carmo Silva; Irenildo Cassiano Gomes;**
960 **Maria Elenir Caroaiá; e Kiné Parkategi. A nova proposta de Regimento deverá ser apresentada na**
961 **próxima Reunião Ordinária do CNS. ITEM 7 – ABERTURA DE NOVOS CURSOS NA ÁREA DA**
962 **SAÚDE** – Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**, coordenadora da Comissão Intersetorial de
963 Recursos Humanos (CIRH/CNS), apresentou informe sobre o seminário realizado nos dias 21, 22 e 23 de
964 março de 2005, que contou com a participação de representantes da CIRH/CNS, de Conselheiros do
965 CNS, de representantes do FENTAS, do Ministério da Saúde e da Educação e convidados e discutiu o
966 Projeto de Lei sobre a Reforma Universitária, apreciou os resultados da pesquisa sobre a necessidade de
967 profissionais de saúde e de especialistas na área da saúde e definiu os critérios para a abertura de novos
968 cursos na área da saúde. Explicou que esses critérios foram discutidos no âmbito da CIRH e estavam
969 sendo ajustados a partir das contribuições da Comissão. Assim, na próxima reunião do CNS, o
970 documento sobre os critérios para abertura de novos cursos seria submetido à apreciação e deliberação
971 dos Conselheiros, a fim de, posteriormente, ser publicado em forma de livreto para servir de orientação no
972 processo de abertura de novos cursos. Feito esse informe, passou a palavra ao Coordenador do
973 Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, que fez um breve relato sobre a
974 pesquisa, realizada pelo Ministério da Saúde, acerca da necessidade de profissionais de saúde e de
975 especialistas na área da saúde. Lembrou que a pesquisa voltou-se, pontualmente, a verificar a
976 distribuição dos médicos no Brasil por especialidades, na perspectiva de definir instrumentos
977 metodológicos para avaliar as necessidades sociais de saúde para a abertura de novos cursos. Para isso,
978 foi feita busca de modelos de regulação para abertura de novos cursos de outros países e, ao final,
979 verificou-se que vários países possuíam estudos sobre a matéria, contudo, nenhum desses estudos havia
980 sido implantado. Diante dos dados coletados, disse que se concluiu que é possível definir critérios gerais
981 para orientar a abertura de novos cursos na área da saúde, contando que esses tenham caráter
982 provisório, não sejam taxativos (deve ou não ser aberto o curso) e que se considere que não serão válidos
983 para todos os cursos da área da saúde. Além disso, enfatizou que deveria haver o cuidado de não
984 confundir abertura de cursos com avaliação de qualidade e desempenho de cursos e formulação de
985 Diretrizes Curriculares para os cursos. Feitas essas considerações, propôs que essa matéria fosse
986 pautada na próxima reunião do CNS, reservando-se um período da reunião para discuti-la. Conselheira
987 **Gysélle Saddi Tannous** solicitou que o extrato da pesquisa do Ministério da Saúde e o documento da

988 CIRH fossem enviados previamente aos Conselheiros. Além disso, perguntou se os critérios para abertura
989 de novos cursos estariam ligados à avaliação de qualidade e desempenho dos cursos e às Diretrizes
990 Curriculares. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** recomendou a CCG que pautasse o debate
991 sobre a abertura de novos cursos no primeiro dia de reunião, reservando um período para a discussão. O
992 Coordenador do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, **Ricardo Burg Ceccin**, explicou que a
993 recomposição de profissionais não possuía relação com a abertura de novos cursos, assim, a pesquisa
994 considerou a distribuição e a potencialidade de incorporação dos profissionais. Ressaltou que as
995 solicitações de pedidos de cursos teriam de estar de acordo com as Diretrizes Curriculares, uma vez que
996 seria inviável avaliar o currículo de todos os processos de abertura de novos cursos. Além disso, enfatizou
997 que a definição de critérios para abertura de novos cursos não resolveria todos os problemas em relação
998 à formação de profissionais da saúde. Concluiu enfatizando que os critérios orientadores para a abertura
999 de novos cursos deveriam ser coerentes com as políticas sociais como um todo e não somente com o
1000 setor saúde. **A matéria será pautada na próxima reunião do CNS, conforme as propostas do**
1001 **Plenário.** **ITEM 8 – ANVISA – FRACIONAMENTO DE MEDICAMENTOS** – Os Conselheiros **Volmir**
1002 **Raimondi** e **Francisco Batista Júnior** assumiram a coordenação dos trabalhos, convidando o Diretor-
1003 Presidente da ANVISA, **Cláudio Maierovitch Pessanha**, para apresentação de informe sobre os
1004 resultados do debate da proposta de fracionamento de medicamentos. O Diretor-Presidente da ANVISA
1005 iniciou a sua intervenção cumprimentando o Plenário e manifestando a sua satisfação em participar da
1006 reunião do CNS, por entender que contribuía para estreitar as relações da Agência com a sociedade civil.
1007 Explicou que, atendendo à determinação do Decreto Presidencial, autorizando a venda fracionada de
1008 medicamentos, a Agência definiu proposta de regulamentação para o fracionamento de medicamentos
1009 que foi colocada sob consulta pública e recebeu contribuições de vários setores. Além disso, informou que
1010 naquele dia, a Agência estava promovendo audiência pública para aprofundar o debate acerca da matéria
1011 e receber novas contribuições à proposta de regulamentação. Disse que a proposta de venda de
1012 medicamentos fracionados visava racionalizar e dar maior segurança à utilização dos medicamentos e
1013 desonrar os custos desses para os consumidores. Enfatizou que, ao longo do processo de discussão da
1014 proposta, que contou com a participação de diversos setores (indústria de medicamentos, comércio
1015 varejista e atacadista, profissionais farmacêuticos e órgãos de defesa do consumidor) foram apontados
1016 vários pontos polêmicos, dentre eles, a necessidade de definir mecanismos que impeçam a fraude e a
1017 falsificação dos medicamentos fracionados e de disponibilizar informações necessárias sobre esses
1018 medicamentos aos consumidores. Disse que a ANVISA vinha discutindo essas preocupações, de forma a
1019 implementar o Decreto, sem que houvesse perca para os consumidores. Para garantir o êxito da
1020 proposta, disse ser necessário envolver os profissionais farmacêuticos, que seriam os responsáveis por
1021 prestar informações aos consumidores sobre esses medicamentos, resgatar a concepção da prescrição
1022 médica como parte do tratamento e reforçar a idéia de que as farmácias não eram simples
1023 estabelecimentos comerciais. Concluiu destacando que estavam sendo discutidas formas de
1024 financiamento às farmácias para que essas pudessem adaptar-se e serem credenciadas para a venda
1025 desses medicamentos. Na sequência, foi aberta a palavra para manifestações do Plenário. Conselheiro
1026 **Volmir Raimondi** perguntou se a proposta possibilitaria fracionar medicamento de acordo com a
1027 dosagem receitada pelo médico e se seriam disponibilizadas embalagens em Braille, a fim de que os
1028 deficientes visuais tivessem certeza sobre a medicação a ser utilizada. Além disso, sugeriu que a ANVISA
1029 expedisse norma determinando que as empresas produtoras de medicamentos disponibilizariam as bulas
1030 dos medicamentos produzidos em suas páginas na internet, para que pudessem ser digitalmente
1031 consultadas pelos deficientes visuais. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** indagou, a princípio, se os
1032 laboratórios oficiais que produzem medicamentos para o SUS teriam condições de produzir
1033 medicamentos fracionados. Além disso, propôs que todos medicamentos apresentassem bula com
1034 linguagem clara e acessível, capaz de ser compreendida pelos usuários. Conselheira **Lérida Maria dos**
1035 **Santos Vieira**, inicialmente, informou que, durante o período da consulta pública, o Conselho Federal de
1036 Farmácias enviou à Agência várias contribuições sobre o tema. Destacou que um dos maiores
1037 questionamentos feitos na audiência pública referia-se ao conceito de farmácia e drogaria, já que,
1038 conforme a regulamentação, somente as farmácias poderiam vender os medicamentos fracionados e a
1039 maioria dos municípios possuía apenas drogarias. Nessa linha, disse que era preciso rever a legislação
1040 sanitária e transformar os estabelecimentos de dispensação de medicamentos em estabelecimentos
1041 sanitários de saúde pública, de forma a garantir à população o acesso a medicamentos e a assistência
1042 farmacêutica, nos moldes previstos. Conselheiro **Ciro Mortella** destacou que a indústria farmacêutica, a
1043 princípio, não era contra a proposta de fracionamento de medicamentos, já que se configurava em uma
1044 oportunidade para uma série de empresas. Informou que várias empresas possuíam aparato para
1045 produção do medicamento fracionado e de embalagens que garantiriam a segurança do produto. Todavia,
1046 disse que uma outra parte das indústrias necessitaria de investimentos para aquisição de equipamentos
1047 necessários à produção desses medicamentos e outro um percentual não teria condições de produzir tais
1048 medicamentos. Disse que, na programação da indústria brasileira, estava reservado orçamento de
1049 aproximadamente U\$ 200 milhões para adaptação e reformulação de equipamentos. Por fim, destacou

que a regulamentação do comércio varejista de medicamentos deveria ser acompanhada de um sistema de fiscalização que garantisse a implementação dos dispositivos regulatórios. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** perguntou sobre a possibilidade de as farmácias populares dispensarem medicamentos fracionados, na forma de projeto piloto. Além disso, indagou se a proposta de fracionamento permitiria devolver às farmácias as sobras de medicamentos com condições para o consumo. Em resposta às indagações, o Diretor-Presidente da ANVISA, **Cláudio Maierovitch Pessanha**, destacou, a princípio, que até aquele momento não havia sido encontrada solução razoável para facilitar a utilização de medicamentos por deficientes visuais. Além disso, disse que seria necessário discutir formas para dividir comprimidos, a fim de que os usuários consumissem a dosagem receitada. Em relação às bulas dos remédios, informou que seria publicado o Compêndio Oficial Brasileiro das Bulas de Medicamentos, que apresentaria duas versões de bulas, uma dirigida aos profissionais de saúde, com referências científicas sobre os medicamentos e outra voltada para os usuários, com linguagem clara e acessível e com impressão em letras maiores para facilitar a leitura. Informou, ainda, que essas bulas seriam disponibilizadas no sítio da ANVISA para consulta. Prosseguindo, explicou que parte dos laboratórios oficiais, que produzem medicamentos para o SUS, teria facilidade para adaptar-se e produzir embalagens para medicamentos fracionados, outra parte necessitaria de maiores investimentos para adaptação e produção. Explicou que a intenção era garantir que a totalidade dos estabelecimentos de comércio farmacêutico do país tivesse preparada para prestar assistência farmacêutica, conforme prevista. Além disso, disse que a expectativa era que o processo de adaptação das farmácias e da indústria para a produção e venda de medicamentos fracionados possibilitasse avanço progressivo do setor. Esclareceu que a possibilidade de devolução de medicamentos às farmácias não estava prevista na regulamentação, já que a expectativa era que a venda fracionada de medicamentos evitasse a sobra de medicamentos. Feitas essas considerações, foi novamente aberta a palavra para manifestações do Plenário. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro**, inicialmente, registrou a importância da participação do Diretor-Presidente da ANVISA, **Cláudio Maierovitch Pessanha**, na reunião e enfatizou a necessidade de a Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia do CNS começar a funcionar. Ressaltou que a proposta de regulamentação para a venda de medicamentos fracionados atendia a necessidades da população, já que nos grotões do país a venda fracionada de medicamentos era feita livremente, sem nenhum controle. Nessa linha, enfatizou que a proposta deveria caminhar no sentido de garantir a permanência dos farmacêuticos nas farmácias e a venda do medicamento somente mediante prescrição médica. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, a princípio, manifestou a sua satisfação com a presença do Diretor-Presidente da ANVISA no CNS. Na sua avaliação, o fracionamento de medicamentos não era uma questão simples, já que necessitava de grande estrutura, contudo, reconhecia o caráter revolucionário e inovador da proposta. Prosseguindo, manifestou duas preocupações acerca da proposta: intervenção da indústria farmacêutica no processo de fracionamento e eventual aumento de preços dos medicamentos, dada a necessidade de adaptação das indústrias e farmácias para produção e comercialização desses medicamentos. Por fim, perguntou se a ANVISA tinha a intenção de definir novas regras de fiscalização, a fim de garantir que as farmácias funcionassem nos termos da legislação sanitária. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou que as polêmicas em relação à proposta de fracionamento de medicamentos não eram de mérito, mas sim, de operacionalização. Nessa linha, perguntou se a ANVISA estava discutindo essas polêmicas com a vigilância sanitária, responsável por fiscalizar as farmácias. Conselheiro **Ciro Mortella** destacou que a proposta de medicamento fracionado, a exemplo dos medicamentos genéricos, traria ganho estrutural para o sistema, contudo, não resolveria o problema do acesso da população aos medicamentos, que era um problema oriundo de falhas de funcionamento do SUS e da pobreza da população. Em resposta às intervenções, o Diretor-Presidente da ANVISA, **Cláudio Maierovitch Pessanha**, destacou que a proposta de regulamentação para a venda de medicamentos fracionados resolveria parte dos problemas em relação à assistência farmacêutica: racionalização e maior segurança à utilização dos medicamentos e desoneração dos custos para os consumidores. Nessa linha, disse ser necessário otimizar as ações do Sistema Nacional de Vigilância e informar a população para que possa combater, conjuntamente, problemas como a fraude e a falsificação de medicamentos. Em relação ao comércio varejista, disse que a Agência estava discutindo mecanismos que garantissem a obrigatoriedade da apresentação da prescrição médica para a compra de medicamentos de tarja vermelha. Além disso, informou que, ainda no mês abril de 2005, seria submetida à consulta pública nova versão da Resolução da ANVISA que regulamenta as farmácias de manipulação, a fim de preencher lacunas da legislação anterior, com definição, por exemplo, do espaço dessas farmácias no âmbito do comércio farmacêutico. Também destacou que os estabelecimentos de venda de medicamentos fracionados teriam que ter o profissional farmacêutico claramente identificado, já que esse seria responsável por prestar a assistência farmacêutica aos usuários. Feitos esses esclarecimentos e não havendo propostas de encaminhamento, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** agradeceu o Diretor-Presidente da ANVISA, **Cláudio Maierovitch Pessanha**, e encerrou a discussão do tema. **ITEM 9 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA** – Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** assumiu a coordenação dos trabalhos, convidando a diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra**

1112 **Suassuna Fernandes**, para compor a mesa e o assessor especial do Gabinete do Ministro da Saúde,
1113 **Norberto Rech**, para reprezentar a proposta de módulo da assistência farmacêutica básica no SUS. O
1114 assessor especial do Gabinete do Ministro da Saúde, **Norberto Rech**, iniciou lembrando que na reunião
1115 passada apresentou os pressupostos e a linha de debate visando à pactuação de um módulo da
1116 assistência farmacêutica básica no SUS. Acrescentou que essa proposta era parte integrante da Política
1117 de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, que havia sido aprovada pelo CNS. Enfatizou que o
1118 módulo de atenção básica deveria contemplar os medicamentos destinados a hipertensão arterial;
1119 diabetes mellitus; asma leve e moderada; DST – Infecções oportunistas; saúde da mulher e planejamento
1120 familiar; e antitabagismo. Feitas essas considerações iniciais, reprezentou os consensos identificados na
1121 CIT a respeito da proposta inicial do módulo da atenção básica, até o momento: **a)** a proposta aponta para
1122 o estabelecimento de pactos que visem a superação das fragmentações existentes entre diferentes
1123 programas que envolvem o planejamento, programação, aquisição, distribuição e dispensação de
1124 medicamentos, bem como evitar as sobreposições de responsabilidades, a duplicação de elencos de
1125 medicamentos, além de contribuir para o entendimento da assistência farmacêutica não apenas como
1126 fornecimento de medicamentos, mas como um conjunto de ações inseridas no contexto mais amplo da
1127 atenção à saúde; **b)** a proposta do módulo da atenção básica aponta as condições necessárias à
1128 atribuição de responsabilidades no âmbito de um pacto tripartite, tendo como escopo a gestão
1129 democrática, hierarquizada e solidária do SUS e o contexto mais amplo da Assistência Farmacêutica
1130 Básica, o qual não está restrito à definição de elencos de medicamentos; **c)** considera-se que a aquisição
1131 centralizada de determinado elenco de medicamentos, no contexto da proposta do módulo da atenção
1132 básica, constitui mecanismo para o desenvolvimento de práticas e instrumentos que possibilitem, ao longo
1133 do tempo, a descentralização das ações de assistência farmacêutica básica, com resolubilidade no âmbito
1134 dos municípios; **d)** o estabelecimento do pacto deve ter como base a realidade (disponibilidade
1135 orçamentária, capacidade instalada da rede, capacidade e estrutura para a gestão, entre outras, nos
1136 diferentes níveis de gestão), ao mesmo tempo em que exige a definição de mecanismos adequados de
1137 acompanhamento e avaliação, o que envolve a identificação de indicadores também adequados e o
1138 estabelecimento de mecanismos para a revisão periódica das pactuações implementadas; **e)** o
1139 estabelecimento de mecanismos adequados de avaliação, acompanhamento e controle dos recursos
1140 aplicados no âmbito da assistência farmacêutica básica deve ter como pressuposto a valorização do
1141 processo de planejamento da assistência farmacêutica, por meio dos respectivos Planos Estaduais e
1142 Municipais de Assistência Farmacêutica; **f)** a
1143 pactuação a ser estabelecida deve considerar a manutenção da organização daqueles pactos já em
1144 andamento e cuja implementação é positiva; **g)**
1145 a aquisição centralizada do elenco de medicamentos apontado como responsabilidade do gestor federal
1146 (Ministério da Saúde) deve contemplar as necessidades de Municípios e Estados, traduzidas nas
1147 respectivas programações; **h)** o
1148 elencos de medicamentos originalmente apontados como responsabilidades específicas de Municípios e
1149 Estados podem constituir elenco mínimo estabelecido como responsabilidade a ser pactuada nas
1150 Comissões Intergestores Bipartite (CIB), com a possibilidade de sua ampliação/adequação à realidade
1151 loco-regional pelos gestores municipais e estaduais, respeitadas as realidades locais e evitando-se a
1152 sobreposição com aquele elenco sob responsabilidade de aquisição centralizada pelo gestor federal. Tal
1153 pactuação bipartite deve ser apresentada para homologação na CIT. Deverá ser dada ampla divulgação
1154 dos pactos aprovados pela CIT; **i)** o pacto relativo ao módulo da atenção básica deve incluir o processo de
1155 estabelecimento dos respectivos protocolos clínicos e das diretrizes terapêuticas, devendo ser
1156 considerada a necessidade de vinculação entre estes instrumentos e a prescrição dos medicamentos no
1157 âmbito do SUS; **j)** A pactuação do “módulo da atenção básica” deve ser acompanhada da revisão do
1158 chamado “elenco mínimo obrigatório”, disposto na Portaria nº 16 do Ministério da Saúde, de dezembro de
1159 2000. Tal revisão deverá ser objeto de avaliação de Grupo de Trabalho específico no âmbito da
1160 Assistência Farmacêutica da CIT; **k)**
1161 medicamentos para DST e infecções oportunistas, com possibilidade de inclusão na atenção básica:
1162 necessidade de que sejam objetos de pactuação nas respectivas CIB. Tal pactuação poderia se dar após
1163 a seguinte ação: estabelecer agenda e prazo para que um GT Tripartite (incluindo as áreas técnicas
1164 específicas do Ministério da Saúde) construa proposta de incorporação de medicamentos para DST e
1165 infecções oportunistas no âmbito da Atenção Básica, com prazo 60 dias para a apresentação da proposta,
1166 após a definição da pactuação na CIT; **l)** saúde mental - o consenso indicou a sugestão de
1167 estabelecer agenda e prazo para que um Grupo de Trabalho Tripartite (incluindo a área técnica
1168 específica do Ministério da Saúde) construa proposta para incorporação de medicamentos da saúde
1169 mental no âmbito da Atenção Básica. Por sugestão do CONASS, este encaminhamento deve ser
1170 priorizado, sendo que o prazo para isto deve ser curto. Prazo sugerido: 45 dias após a aprovação da
1171 proposta da atenção básica pela CIT; e **m)**
1172 financiamento e forma de viabilizar a pactuação: possibilidade de ampliação do Incentivo da Assistência
1173 Farmacêutica Básica, considerada a disponibilidade orçamentária de R\$ 1,50 do gestor federal; no

1176 mínimo, R\$ 1,00 do gestor estadual; e, no mínimo, R\$ 1,00 do gestor municipal. Em seguida, submeteu à
1177 apreciação do Plenário a proposta de elenco mínimo obrigatório na assistência farmacêutica da Atenção
1178 Básica (elenco de medicamentos sob gestão federal e sob gestão pactuada – CIB), destacando que a
1179 maior parte desses medicamentos era produzida por laboratórios oficiais públicos. Concluída a
1180 apresentação, foi aberta a palavra para manifestações dos Conselheiros. Conselheiro **Francisco Batista**
1181 **Júnior** destacou que a viabilização desse elenco mínimo de medicamentos para os usuários de
1182 medicamentos no país representaria uma verdadeira revolução na assistência farmacêutica básica.
1183 Perguntou sobre a possibilidade de o Governo definir como contrapartida para implementação desse
1184 processo que os estados e, em especial, os municípios, garantam assistência farmacêutica ao usuário do
1185 medicamento. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** manifestou o seu apoio à proposta de elenco mínimo
1186 obrigatório de medicamentos, todavia, perguntou se para definição do elenco considerou-se as
1187 deliberações da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e os resultados da
1188 pesquisa, realizada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência, sobre os medicamentos utilizados pelos
1189 aposentados brasileiros. Perguntou, também, sobre a possibilidade de oferecer os medicamentos para os
1190 pacientes atendidos nas unidades de urgência e emergência e de incluir os medicamentos para o
1191 tratamento do vitiligo na lista de medicamentos para o SUS. Conselheiro **José Eri Medeiros** registrou o
1192 apoio do CONASEMS à proposta do módulo de atenção básica, com definição do elenco mínimo
1193 obrigatório de medicamentos, contudo, registrou a sua preocupação com a proposta de centralização da
1194 compra de medicamentos, uma vez que contrariava o princípio do SUS de descentralização das ações.
1195 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ressaltou a necessidade de ser distribuída a lista de medicamentos
1196 pactuados na Tripartite e na Bipartite, já que estava havendo repactuação de medicamentos já pactuados
1197 e outros, que haviam sido pactuados nessas instâncias, não estavam contemplados na proposta de
1198 elenco mínimo obrigatório, a exemplo de medicamentos para infecções oportunistas. Conselheiro **Ciro**
1199 **Mortella** solicitou maiores informações sobre os prazos e os mecanismos para adequação à nova Portaria
1200 que definirá o elenco mínimo obrigatório de medicamentos. Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** também
1201 registrou a sua preocupação com a proposta de aquisição centralizada de determinado elenco de
1202 medicamentos, no contexto da proposta do módulo da atenção básica. Além disso, perguntou se a
1203 proposta de pactuação de elenco mínimo obrigatório de medicamentos contemplaria os Distritos
1204 Sanitários Indígenas, de forma a garantir que a atenção básica considerasse as necessidades, os hábitos
1205 e a diversidade cultural das populações. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** perguntou quais seriam os
1206 mecanismos e as ferramentas a serem utilizados para o controle, avaliação e garantia da efetiva
1207 execução das pactuações definidas, em especial, nos municípios. Além disso, reforçou a preocupação
1208 acerca da proposta de aquisição centralizada de elenco de medicamentos, por parte do Governo Federal,
1209 por entender que a compra e a distribuição de medicamentos deveriam ser feitas pelos municípios.
1210 Conselheiro **Olympio Távora Correa** também manifestou a sua preocupação com a proposta de compra
1211 centralizada de medicamentos, dado o risco de a aquisição não considerar as realidades loco regionais de
1212 municípios e estados. Nessa linha, apresentou a proposta de estados e municípios comprarem
1213 medicamentos nas farmácias, com preço de produção e, com isso, esses estabelecimentos terem
1214 diminuição dos impostos e taxas pagas aos municípios e estados. Conselheira **Graciara Matos de**
1215 **Azevedo** enfatizou a necessidade de divulgação da proposta de elenco mínimo obrigatório da assistência
1216 farmacêutica na atenção básica, para que os usuários pudessem cobrar da esfera governamental
1217 responsável a dispensação de medicamentos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou se havia
1218 possibilidade de incluir no elenco mínimo obrigatório medicamento para substituir aqueles que
1219 comprovadamente causavam efeitos colaterais. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** perguntou se estados
1220 e municípios estavam cumprindo o Piso do Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica. Além disso,
1221 ponderou sobre a possibilidade de realização de pregões para aquisição de medicamentos, em vez de
1222 centralizar a compra de medicamentos. A propósito da preocupação sobre a necessidade de incorporar
1223 conjunto de práticas farmacêuticas no âmbito da atenção básica, o assessor especial do Gabinete do
1224 Ministro da Saúde, **Norberto Rech**, explicou que a proposta de pactuação da assistência farmacêutica no
1225 âmbito da Atenção Básica era parte integrante da Política de Assistência Farmacêutica do Ministério da
1226 Saúde. Além disso, informou que o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do
1227 Ministério da Saúde editou Portaria, instituindo GT, com a participação de vários segmentos, para definir
1228 plano estratégico de inclusão da assistência farmacêutica e um conjunto de ações específicas no âmbito
1229 da atenção básica. Informou que a definição do elenco teve por base as deliberações da Conferência
1230 Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, em especial, a necessidade de superação das
1231 fragmentações existentes entre diferentes programas que envolvem o planejamento, programação,
1232 aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos e a divulgação do entendimento da assistência
1233 farmacêutica não apenas como fornecimento de medicamentos, mas como um conjunto de ações
1234 inseridas no contexto mais amplo da atenção à saúde. Além disso, ressaltou que a substituição de
1235 medicamentos que causam reações adversas foi uma das grandes preocupações na definição do elenco.
1236 Quanto ao financiamento, destacou que fora aprovada ampliação do Incentivo da Assistência
1237 Farmacêutica Básica, já considerada a disponibilidade orçamentária dos gestores federal, estadual e

1238 municipal. A respeito dos prazos para alteração desses valores, explicou que, após a pactuação no
1239 âmbito do CNS, o Ministério da Saúde editará portaria, definindo as pactuações e, de imediato, os
1240 repasses poderão ser feitos, já que os recursos orçamentários já estavam disponíveis. Ressaltou que o
1241 elenco disponibilizaria recurso adicional àquele destinado à aquisição de medicamentos essenciais,
1242 chegando ao patamar de, no mínimo, R\$ 7,14 por habitante/ano. Sobre a centralização da compra de
1243 medicamentos, enfatizou que era um mecanismo para o desenvolvimento de práticas e instrumentos que
1244 possibilissem, ao longo do tempo, a descentralização das ações de assistência farmacêutica básica,
1245 com resoluibilidade no âmbito dos municípios. Ressaltou que essa iniciativa foi adotada diante das
1246 dificuldades operacionais e de disponibilidade de instrumentos, por parte de estados e municípios,
1247 para implementação de ações nesse sentido e da possibilidade de redução dos custos dos
1248 medicamentos, com reflexos importantes na ampliação da cobertura. Sobre os medicamentos para DST e
1249 infecções oportunistas, com possibilidade de inclusão na atenção básica, disse que seria necessária
1250 pactuação nas respectivas CIB. Assim, seria instituído GT para elaborar proposta de incorporação de
1251 medicamentos para DST e infecções oportunistas no âmbito da Atenção Básica, levando em
1252 consideração todos os pactos já existentes. Prosseguindo, informou que o Ministério da Saúde vinha
1253 repassando regularmente o recurso para composição do Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica e
1254 utilizava os dados do DENASUS sobre aplicação de recursos, os relatórios do Tribunal de Contas da
1255 União, entre outros documentos, como mecanismos de fiscalização dos recursos aplicados por estados e
1256 municípios na assistência básica farmacêutica. Contudo, havia dificuldade em acompanhar a aplicação
1257 desses recursos por parte de alguns estados e municípios, o que apontava para a necessidade de
1258 instrumentos mais eficazes para consolidar e obter as informações acerca a aplicação dos incentivos. A
1259 propósito dos prazos e os mecanismos para a adequação à nova proposta, disse que até o mês de
1260 outubro de 2005 seriam definidos os planos municipais e estaduais de assistência farmacêutica. Além
1261 disso, ressaltou que os programas isolados seriam gradativamente substituídos pelos módulos de atenção
1262 básica daí a necessidade de agilizar os procedimentos para previsão de produção e aquisição de
1263 medicamentos. Destacou que a perspectiva do módulo da atenção básica era atender 100% da
1264 população, incluindo as comunidades indígenas. Logo, deveria ser feita reformulação, junto com a
1265 FUNASA, dos *kits* destinados a essa população específica. Também salientou que o documento final da
1266 pactuação contemplaria o cuidado com a diversidade e o respeito com as questões culturais específicas.
1267 Destacou que na Portaria, a ser editada pelo Ministério da Saúde, seriam identificados os mecanismos de
1268 acompanhamento, avaliação e controle dessa proposta, já que a programação deveria estar relacionadas
1269 com as realidades locais ou loco regionais. Finalizou destacando a necessidade de divulgar a proposta de
1270 módulo da assistência farmacêutica básica no SUS, a fim de que o Controle Social, os usuários e os
1271 gestores, partes integrantes dessa política, acompanhassem o processo de execução da mesma.
1272 A diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**, explicou que,
1273 apesar de não constar no elenco de medicamentos, o Ministério da Saúde manteria a dispensação de
1274 medicamentos para endemias como tuberculose, hanseníase, esquistossomose, malária, entre outras e
1275 estava adquirindo *kits* de medicamentos para a saúde bucal. A propósito da dispensação de
1276 medicamentos na urgência e emergência, informou que a questão estava sendo discutida com o
1277 Departamento de Atenção Especializada de forma a definir quais os medicamentos da urgência e
1278 emergência deveriam constar no âmbito da atenção básica. Reconheceu que, apesar dos investimentos
1279 dos municípios no âmbito da Atenção Básica, os recursos ainda eram insuficientes para atender à
1280 demanda. Enfatizou que os mecanismos de monitoramento, avaliação e regulação da aplicação do Piso
1281 da Atenção Básica vinham sendo aprimorados. Concluindo, manifestou a sua satisfação em apresentar a
1282 proposta de pactuação de um módulo da assistência farmacêutica básica no SUS que visava à superação
1283 das fragmentações existentes entre diferentes programas que envolvem o planejamento, programação,
1284 aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos, bem como evitar as sobreposições de
1285 responsabilidades e a duplicação de elencos de medicamentos. **Diante das colocações dos**
1286 **Conselheiros, a proposta de pactuação da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Básica**
1287 **fora aprovada por consenso**. Assim, Conselheiro Clóvis A. Boufleur agradeceu a diretora do
1288 Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**, e o assessor especial do
1289 Gabinete do Ministro da Saúde, **Norberto Rech**, pela apresentação e encerrou a discussão do tema.
1290 **ITEM 10 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA** – Conselheiro **Carlos Alberto**
1291 **Duarte** assumiu a coordenação dos trabalhos, convidando o Conselheiro **Moisés Goldbaum**,
1292 coordenador da Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia (CICT/CNS), para apresentação do
1293 relatório das atividades da Comissão e a proposta de Plano de Trabalho para 2005. Conselheiro **Moisés**
1294 **Goldbaum**, Coordenador da CICT/CNS, informou que, durante o ano de 2004, a Comissão dedicou-se à
1295 preparação e organização da 2^a Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e ao
1296 acompanhamento das atividades e iniciativas de fomento do Departamento de Ciência e Tecnologia do
1297 Ministério da Saúde (DECIT). Na seqüência, apresentou o Plano de Trabalho da CICT para 2005, que
1298 será pautado nas seguintes ações: participar da 3^a Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação do
1299 Ministério da Ciência e Tecnologia – 2005 (sugestão: reivindicar espaço na Conferência para apresentar
1300
1301 Ministério da Ciência e Tecnologia – 2005 (sugestão: reivindicar espaço na Conferência para apresentar

1302 experiência sobre a participação do Controle Social na ciência e tecnologia); acompanhar a pauta de
1303 ciência e tecnologia no Congresso Nacional - projetos em andamento envolvendo saúde – Comissão de
1304 Ciência e Tecnologia da Câmara; acompanhar a discussão dos parlamentares em relação aos seguintes
1305 temas: bioética; biossegurança; e biotecnologia humana; acompanhar as atividades de fomento do DECIT
1306 e demais Departamentos da Secretaria de Ciência e Tecnologia/MS; e acompanhar as discussões sobre o
1307 desenvolvimento científico e tecnológico na área da assistência farmacêutica. Conselheiro **Carlos Alberto**
1308 **Duarte** enfatizou a necessidade de definir dinâmica para que as Comissões apresentem ao Plenário os
1309 resultados de seus trabalhos. Conselheira **Noemy Yamaghishi Tomita** reforçou a importância de a
1310 ciência e tecnologia ser vista como instrumento de inclusão social e Controle Social, por meio do CNS.
1311 Solicitou que a CICT/CNS acompanhe o debate sobre a regulamentação da Lei de Biossegurança nº
1312 11.105, de 24 de março de 2005, que trata sobre organismos geneticamente modificados. Conselheira
1313 **Gyselle Saddi Tannous**, inicialmente, agradeceu o Conselheiro **Moisés Goldbaum** pela apresentação e
1314 ponderou sobre a possibilidade de incluir o informe das Comissões do CNS como ponto de pauta
1315 permanente nas reuniões do Conselho. Além disso, sugeriu que a CICT incluísse as seguintes atividades
1316 no seu plano de trabalho para 2005: discussão sobre a temática do trauma e da violência, na perspectiva
1317 de propor ao Ministério da Saúde a realização de pesquisa na área de ciência e tecnologia, com vistas ao
1318 combate das mesmas, por serem um problema de saúde pública; avaliação do processo de capacitação
1319 de Conselheiros; e elaboração de proposta de prêmio para premiar pesquisas voltadas ao aprimoramento
1320 da rede SUS. Conselheira **Cibile G. M. Osório** perguntou quais seriam os instrumentos da CICT para
1321 monitorar a implementação da Política de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e da agenda de
1322 prioridades de pesquisas. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** solicitou esclarecimentos sobre o
1323 orçamento destinado à produção e aquisição de insumos e compra de instrumentos. Conselheira **Silvia**
1324 **Marques Dantas** perguntou se a CICT/CNS definiria estratégia para acompanhar a implementação das
1325 deliberações oriundas da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Em
1326 resposta às intervenções, Conselheiro **Moisés Goldbaum** informou, inicialmente, que a CICT/CNS
1327 acompanharia o processo de discussão da Lei de Biossegurança e verificaria se as proposições do
1328 Ministério da Saúde na área de ciência e tecnologia atendiam às deliberações do Controle Social. A
1329 respeito do tema do trauma e da violência, disse que era um dos temas de debate do DECIT e, a
1330 propósito, informou que 20% do orçamento destinado ao Departamento era voltado a realização
1331 pesquisas nessa área. Na sua visão, a partir daí desses insumos, o Ministério da Saúde deveria definir
1332 propostas para combater o trauma e a violência. Destacou, ainda, que o Ministério da Saúde já possuía
1333 prêmio que visava premiar teses de mestrados e doutorados voltados para o aprimoramento do SUS.
1334 Ressaltou que o DECIT deveria sistematizar as informações acerca de suas atividades e submeter
1335 relatório ao CNS para que fosse feito o acompanhamento da implementação das deliberações do Controle
1336 Social. Também esclareceu que o Brasil, apesar da falta de recursos, possuía considerável potencial na
1337 área de pesquisa. Concluiu ressaltando que a elaboração da agenda nacional de pesquisas representava
1338 o primeiro passo para aproximar o debate acerca da ciência e tecnologia com a sociedade civil e, de fato,
1339 contribuir para a melhoria das condições de saúde da população. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
1340 agradeceu o Conselheiro **Moisés Goldbaum** pela apresentação e encerrou a discussão do tema. **ITEM**
1341 **11- APRECIACÃO DO PARECER SOBRE O PL N° 131 – Criação do Serviço Nacional de Saúde -**
1342 Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** submeteu à apreciação do Plenário o Projeto de Lei nº 131, de 7 de
1343 agosto de 2001, que dispõe sobre a criação do Serviço Social de Saúde (SESS) e o Serviço Nacional de
1344 Aprendizagem em Serviços de Saúde (SENASS). **Após considerações, o Plenário entendeu que era**
1345 **necessário ouvir posições distintas a respeito da matéria para manifestar-se sobre o Projeto e**
1346 **elaborar parecer sobre o mesmo. Desse modo, deliberou por constituir um GT, composto pelos**
1347 **Conselheiros Olympio Távora Corrêa, Crescêncio Antunes da S. Neto, Rozângela Fernandes**
1348 **Camapum para definir a dinâmica do debate do PL.** **ITEM 12 – INFORMES E INDICAÇÕES -**
1349 **Informes: 1)** Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** apresentou informe sobre a audiência com a Senadora
1350 **Lúcia Vânia** que tratou do Substitutivo ao Projeto de Lei nº 25, que define o Ato Médico, realizada no dia
1351 29 de março de 2005. Explicou que a Senadora estava estudando substitutivo para o PL nº 25/05 e
1352 manifestou apoio à proposta de realização de Seminário para discutir o Projeto. Destacou que foi
1353 registrada a posição do CNS contrária ao Projeto, contudo, o Conselheiro **Francisco das Chagas**
1354 **Monteiro** manifestou posicionamento favorável ao Projeto e afirmou que a Plenária Final da 12ª
1355 Conferência Nacional de Saúde não estava esclarecida para votar o Projeto de Lei. Enfatizou que essa
1356 situação gerou constrangimento para os presentes e, nesse sentido, solicitou que o Plenário definisse
1357 como deveria ser a posição do Conselheiro ao representar o CNS em outros fóruns, para que situações
1358 como essa não voltassem a acontecer. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** avaliou que a
1359 explicitação da posição da minoria, que era favorável ao Projeto de Lei, não se configurava em um ato de
1360 desrespeito ao Plenário do Conselho e as suas deliberações, por entender que os segmentos que
1361 compõem o CNS poderiam explicar as suas posições distintas sobre matérias discutidas no Plenário.
1362 Além disso, registrou que, junto com os demais Conselheiros, defendeu a proposta de consenso que era a
1363 realização de seminário para discutir, de forma democrática, o Projeto. Conselheira **Gyselle Saddi**

1364 **Tannous** informou que a Senadora **Lúcia Vânia** estava definindo comissão jurídica para apoiar a
1365 elaboração de substitutivo ao Projeto de Lei e abriu um sítio para o envio de contribuições para elaborar
1366 nova proposta. Ressaltou que a intenção da Senadora era apresentar substitutivo ao Projeto de Lei no
1367 Seminário e o esboço desse substitutivo estaria pronto até junho de 2005. Além disso, propôs que fosse
1368 elaborada resolução, definindo como se daria a representação do CNS em outros fóruns e eventos.
1369 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que fosse providenciada a degravação da audiência,
1370 para que o Plenário tivesse conhecimento sobre o mérito do debate. **Após considerações, o Plenário**
1371 **deliberou por solicitar à Secretaria-Executiva do CNS que providenciasse a degravação da**
1372 **audiência e por elaborar resolução sobre a representatividade do CNS, por meio dos Conselheiros,**
1373 **em outros fóruns e espaços.** Os segmentos deverão indicar três nomes para elaborar a proposta de
1374 resolução, que deverá ser submetida à apreciação do Plenário na próxima reunião. **2)** Conselheira **Gilca**
1375 **Ribeiro S. Diniz** apresentou informe sobre a reunião, realizada no dia 13 de abril de 2005 que tratou
1376 sobre a preparação do Simpósio acerca da Política Nacional de Saúde. Informou que foram definidos os
1377 seguintes temas para o Simpósio: **a)** A seguridade social: Política Pública de Estado e proteção social; **b)**
1378 A construção do SUS: os modelos de atenção e de gestão, a regulação e as responsabilidades sanitárias
1379 e Pacto de Gestão; e **c)** O rumo dos Estados Brasileiros e o SUS: desafios e dilemas. Também destacou
1380 que foram disponibilizadas 400 vagas para o Conselho, sinalizando a mudança de postura, já que
1381 Conselho, de início, não fora convidado para discutir a realização e organização do evento. Todavia,
1382 enfatizou a importância da participação do CNS no evento, para manifestar a sua posição acerca dos
1383 temas definidos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** avaliou que, apesar de ser intempestiva a
1384 realização do Simpósio naquele momento, seria importante a participação do CNS. Nesse sentido,
1385 sugeriu que a Secretaria-Executiva elaborasse material de apoio sobre o temário e colocasse à disposição
1386 dos Conselheiros. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** sugeriu que os segmentos do CNS também
1387 enviassem documentos manifestando a sua posição acerca do temário do Simpósio. **3)** Carta aberta às
1388 autoridades brasileiras. Por solicitação, o documento consta, na íntegra, em ata. As Entidades Nacionais
1389 que representam os Trabalhadores da Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn,
1390 Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade
1391 Social - CNTSS/CUT e Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde – CNTS vêm às autoridades
1392 brasileiras chamar a atenção e solicitar providências, em face dos resultados da “Operação Predador”,
1393 deflagrada pela Polícia Federal com base nas investigações de denúncias emanadas do Ministério
1394 Público, a respeito de irregularidades na gestão do Sistema COFEN-COREN, que culminaram na
1395 expedição de dezenove mandados de prisão, de busca e apreensão em sete Estados da Federação
1396 Brasileira, entre os quais inclui a prisão do Presidente da citada Autarquia. Diante desses acontecimentos,
1397 as supracitadas entidades vêm requerer às autoridades brasileiras que seja declarada a quebra da
1398 normalidade que compromete a ordem e o respeito ao Estado de Direito e a consequente decretação do
1399 estado de crise institucional, no âmbito do Sistema COFEN-COREN, autarquia vinculada ao Ministério do
1400 Trabalho e que sejam tomadas as medidas cabíveis, em caráter de urgência, para realizar o processo de
1401 intervenção no Sistema COFEN-COREN; assim como, que seja realizada a interdição no processo
1402 eleitoral em curso nos 27 Conselhos Regionais em todo o país; a mudança da sede do COFEN para
1403 Brasília como previsto na Lei nº 5905/73, que cria o Sistema COFEN-COREN; o afastamento dos atuais
1404 dirigentes denunciados e/ou presos no cumprimento dos mandados de prisão preventiva acima referidos;
1405 e que seja convocado um novo calendário de eleições nos conselhos regionais, que possibilite amplo
1406 processo de participação. Os trabalhadores da enfermagem representam na atualidade cerca de um
1407 milhão de cidadãos brasileiros que escolhem seus governantes e pagam impostos, contribuindo desse
1408 modo para o desenvolvimento do nosso país, assim como pagam os impostos para que a autarquia
1409 pública, Sistema COFEN-CORENS, por delegação do Estado, realize o trabalho de fiscalização do
1410 exercício profissional e da prática da área de enfermagem. No entanto, hoje somos obrigados a sustentar
1411 e conviver com os dirigentes que não se fazem respeitar e com um modelo de gestão do Sistema
1412 COFEN/COREN que é hostil, constrangedor antidemocrático e antiético, perseguidor das vozes
1413 divergentes por quase duas décadas. Toda vez que algum trabalhador de enfermagem tentou denunciar a
1414 falta de transparência administrativa, financeira e de ética nas relações; assim como, denunciar o
1415 corporativismo do grupo dirigente e a falta de lisura nos processos eleitorais, que tem assegurado a
1416 permanência do mesmo grupo ao longo de 15 anos, foi perseguido e punido com processo na justiça e
1417 outras ameaças, chegando ao cúmulo de uma só dirigente de entidade de enfermagem ter mais de trinta
1418 processos judiciais, originados em todos os CORENS. O Estado Brasileiro já conseguiu levar a cabo o
1419 impeachment de um Presidente da República e avançar no desenvolvimento de processos pela
1420 moralização das instituições em todos os poderes da república: Executivo, Legislativo e Judiciário, mas
1421 continua sem achar os caminhos para afastar este grupo da direção do Sistema COFEN-COREN.
1422 Solicitamos ao Senhor Presidente da República, aos Senhores Parlamentares, Senhores Presidentes do
1423 Senado, da Câmara e do Supremo Tribunal Federal, ao Ministério Público, à Advocacia Geral da União, à
1424 Controladoria Geral da União, e aos Senhores Ministros de Estado da Justiça, da Casa Civil, da
1425 Articulação Política, do Trabalho e Emprego, da Saúde, do Tribunal de Contas da União, da Secretaria

1426 Especial de Direitos Humanos, que evidem esforços no sentido de aplicar medidas que restaurem a
1427 normalidade e a credibilidade no Sistema COFEN-COREN, possibilitando, assim, à enfermagem a
1428 tranquilidade necessária para continuar o seu trabalho na luta por uma saúde pública de qualidade para a
1429 população brasileira. Apóiam esta carta as seguintes entidades nacionais que fazem parte do Conselho
1430 Nacional de Saúde: **1)** Confederação Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **2)** Associação Brasileira de
1431 Saúde Coletiva – ABRASCO; **3)** Movimento Popular de Saúde; **4)** Rede Feminista de Saúde; **5)** Grupo de
1432 Apoio à Prevenção da AIDS/RS – GAPA; **6)** Organização Nacional dos Deficientes Físicos – ONEDEF; **7)**
1433 Federação Nacional de Apoio aos Diabéticos – FENADE; **8)** União Brasileira dos Cegos – UBC; **9)**
1434 Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAZ; **10)** Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **11)**
1435 Confederação dos Trabalhadores da Agricultura – CONTAG; **12)** Confederação das Associações de
1436 Moradores – CONAM; **13)** Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; **14)** Conselho Federal de Biologia –
1437 CFBIO; **15)** Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **16)** Federação Nacional dos Psicólogos; e **17)**
1438 Federação Nacional dos Odontologistas – FIO. **4)** Foi distribuída para conhecimento dos Conselheiros a
1439 Portaria do Ministério da Saúde nº 535, de 7 de abril de 2005, que instituiu o período de 2 a 7 de abril de
1440 cada ano como a Semana da Saúde no Brasil. **Indicações:** **1)** I Macrorregional Norte de 2005 para
1441 avaliação das ações de eliminação da hanseníase – Data: 14 e 15 de abril – Local: Brasília-DF. **O**
1442 **Conselheiro Clóvis A. Boufleur foi indicado a participar do evento.** **2)** Comissão Nacional de
1443 Monitoramento e Avaliação da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna.
1444 **Será solicitado à Comissão o envio dos seus relatórios de debate à Comissão Intersetorial de**
1445 **Saúde da Mulher (CISMU/CNS), para que acompanhe esse debate e repasse as informações ao**
1446 **Conselho para serem debatidas.** **3)** Relatórios sobre a situação do Município de Amargosa/BA, dada a
1447 solicitação de desabilitação do Município. **Os Conselheiros Francisco Batista Júnior e Gyselle Saddi**
1448 **Tannous foram indicados para analisar o relatório e emitir parecer.** **4)** Seminário de integração com o
1449 SUS. Etapa da Região Sul. Data: 25 e 26 de abril de 2005. Local: Curitiba. **Foi ratificada a indicação da**
1450 **professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Lígia Bahia, integrante da Comissão de**
1451 **Saúde Suplementar do CNS, para participar do evento e proferir palestra.** **5)** Congresso do
1452 CONASEMS. Data: de 10 a 13 de maio de 2005. Local: Cuiabá, MT. **O Conselheiro Carlos Alberto**
1453 **Duarte foi indicado a proferir palestra na mesa sobre os rumos da participação no SUS, no dia 14**
1454 **de maio de 2005.** Os Conselheiros interessados em participar do evento deverão comunicar a Secretaria-
1455 Executiva. **6)** Comissão de Acompanhamento do Processo de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica
1456 Hospitalar no SUS para acompanhar as ações de saúde mental. A Comissão Intersetorial de Saúde
1457 Mental (CISM/CNS) solicita a autorização do CNS para participar da Comissão. **O Plenário autorizou a**
1458 **CISM/CNS a acompanhar os trabalhos da Comissão e reafirmou o encaminhamento de identificar**
1459 **as comissões do Ministério da Saúde que tratam sobre saúde mental, para um trabalho integrado**
1460 **com a CISM/CNS.** **7)** Secretaria Especial de Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as
1461 Mulheres aprovam diretrizes para implementação em âmbito nacional da saúde integral a adolescentes
1462 em conflito com a Lei em regime de internação e internação provisória em unidades masculinas e
1463 femininas e cria comissão para acompanhar o desenvolvimento das ações previstas de atenção à saúde e
1464 avaliar o cumprimento dos compromissos assumidos. Solicita a indicação de Conselheiro para participar
1465 da Comissão. **A CISMU avaliará as diretrizes para implementação em âmbito nacional da saúde**
1466 **integral a adolescentes em conflito com a Lei em regime de internação e internação provisória em**
1467 **unidades masculinas e femininas e, conforme decisão anterior do CNS, não será indicado**
1468 **Conselheiro para participar da Comissão.** **ITEM 13 – COFIN/CNS** – Os Conselheiros **Gerônimo**
1469 **Paludo e Fernando Luiz Eliotério**, integrantes da Comissão de Orçamento e Financiamento
1470 (COFIN/CNS), assumiram a coordenação dos trabalhos, convidando os Deputados **Roberto Gouveia** e
1471 **José Pimentel**, respectivamente, autor e relator do Projeto de Lei Complementar nº 1, de 2003, para
1472 apresentar informe sobre a tramitação desse Projeto. O Deputado **José Pimentel**, inicialmente,
1473 cumprimentou os Conselheiros e manifestou a sua satisfação em participar da reunião da reunião. Em
1474 seguida, fez uma retrospectiva sobre a tramitação do PLC nº 01/03 nas Comissões de Seguridade Social
1475 e de Orçamento e Tributação. Informou que, após adequação redacional do projeto, na Comissão de
1476 Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC), não foi possível manter o artigo 40 (criação das comissões
1477 intergovernamentais bipartite e tripartite), já que a criação de órgãos na estrutura administrativa era
1478 competência exclusiva do Poder Executivo, inclusive por Decreto. Destacou que a tramitação do PLC
1479 01/03 na CCJC foi prejudicada nas últimas semanas, por conta dos dois projetos que dominaram a pauta
1480 da comissão: nepotismo e reforma política, mas a partir de agora, era possível retomar a tramitação do
1481 PLC 01/03 na Comissão, já que as referidas matérias já haviam sido votadas. Assim, sugeriu que um
1482 grupo de Conselheiros visitasse o Presidente da Comissão de Constituição e Justiça, **Antônio Carlos**
1483 **Biscaia**, para solicitar que a matéria fosse colocada em pauta com urgência. Em seguida, fez uso da
1484 palavra o Deputado **Roberto Gouveia**, autor do PLC 01/03, que, inicialmente manifestou a sua satisfação
1485 em participar da reunião do CNS e destacou o importante papel desempenhado pelo Deputado **José**
1486 **Pimentel** como relator do Projeto. Prosseguindo, informou que as penalidades pelo descumprimento dos
1487 dispositivos deste PLC estariam previstas no Projeto de Lei de Responsabilidade Sanitária e alertou que

1488 era preciso muita atenção para que os percentuais de aplicação mínima nas três esferas de governo, que
1489 correspondem ao “piso”, não se transformassem em “teto” de aplicação. Além disso, apresentou ao
1490 Plenário do CNS uma proposta de nova redação do Artigo 40 e solicitou ao Deputado **José Pimentel** que
1491 avaliasse a constitucionalidade da mesma: “Artigo 40 – O Sistema Único de Saúde contará, nas esferas
1492 de governo federal e estadual, com colegiados intergovernamentais compostos pelos dirigentes públicos
1493 da saúde, aos quais incumbe pactuar sobre a gestão da rede descentralizada, regionalizada e
1494 hierarquizada de saúde, seus aspectos econômicos, financeiros e organizativos e sobre os critérios de
1495 rateio dos recursos financeiros da União destinados aos Estados, Distrito Federal e Municípios e dos
1496 Estados destinados aos Municípios, nos termos dessa lei complementar.” Conselheiro **José Eri Medeiros**
1497 solicitou aparte para requerer maiores esclarecimentos sobre os motivos da inconstitucionalidade do
1498 artigo 40 do PLC nº 001/03, já que as comissões intergovernamentais bipartite e tripartite, nos termos da
1499 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, haviam sido criadas pelo Executivo. Em resposta, o Deputado
1500 **José Pimentel** explicou que a origem do Projeto de Lei era de responsabilidade do Legislativo, contudo,
1501 esse não poderia criar nenhum órgão na estrutura administrativa que obrigue o Poder Executivo a
1502 implementar. Enfatizou que a Tripartite era uma instância legal, mas o Legislativo não poderia criá-la, por
1503 estar fora de sua competência. Explicou que o Projeto de Lei era de iniciativa de um Deputado, que,
1504 nesse caso não poderia propor a criação de órgãos, pelo que se denomina “víncio de origem” – o autor da
1505 proposta, conforme a Constituição, não possui competência para criar o órgão, que é legal, desde que sua
1506 criação seja de iniciativa do Poder Executivo. Disse que submeteria a nova proposta de redação para o
1507 artigo 40 à análise da assessoria jurídica da CCJC, a fim de definir saída para a questão e, no momento
1508 da votação na Comissão, apresentaria a proposta como complementação de voto, para que não houvesse
1509 a necessidade de retirar o parecer e atrasar a tramitação. Continuando, o Deputado **Roberto Gouveia**
1510 acrescentou que a Câmara dos Deputados não tinha competência para ditar como o Poder Executivo
1511 organizaria a sua administração, já que o Poder Legislativo poderia legislar, mas não poderia invadir a
1512 competência do Poder Executivo. Destacou que as Tripartites e as Bipartites, nos moldes como estavam
1513 criadas, não eram inconstitucionais já que estavam amparadas pela Constituição Federal/88, pela
1514 Resolução do CNS e por outros dispositivos. Disse que a intenção era incluir no PLC legislação que
1515 amparasse, do ponto de vista legal e jurídico, a Tripartite e as Bipartites, a fim de evitar a eventual
1516 extinção dessas instâncias. Concluídas as apresentações, foi aberta a palavra para manifestações do
1517 Plenário. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que a proposta de nova
1518 redação do artigo 40 não nomeasse as Comissões Bipartites e Tripartite, mas resgatasse o conceito de
1519 pactuação federativo (que deu origem a essas comissões) e de submissão desta pactuação ao Controle
1520 Social (como ocorria à época da NOB de 1993), nos termos do artigo 198 e 196 da Constituição Federal e
1521 do parágrafo 3º do artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias incluído pela Emenda
1522 Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** perguntou quais as
1523 dificuldades de aprovação do parecer do Deputado **José Pimentel** na CCJC. Conselheira **Gyselle Saddi**
1524 **Tannous**, inicialmente, saudou a presença dos Deputados, chamando a atenção para importância de
1525 discutir essa temática no âmbito do CNS. Explicou que a relação do Controle Social com a Tripartite era
1526 objeto de preocupação para os Conselheiros, já que as deliberações no âmbito de instâncias criadas para
1527 pactuação poderiam prejudicar a participação do Controle Social no SUS. Nessa linha, solicitou que a
1528 redação do artigo 40 considerasse essa preocupação, dada a necessidade de continuar a construção do
1529 SUS, com a participação do Controle Social. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro**
1530 cumprimentou os Deputados pela iniciativa de discutir e ouvir as considerações do CNS sobre o PLC nº
1531 01/03. Enfatizou que a NOB/93 criou a Tripartite e as Bipartites, a fim de garantir aos gestores espaço
1532 para discussão e pactuação a partir das prioridades definidas pelos Conselhos, determinando que as
1533 decisões dessas instâncias de pactuação deveriam ser submetidas à aprovação dos Conselhos. Contudo,
1534 a NOB/96 retrocedeu ao determinar que as decisões dessas instâncias de pactuação não deveriam ser
1535 submetidas à aprovação dos Conselhos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** solicitou maiores
1536 informações sobre os percentuais de aplicação mínima nas três esferas de governo. Conselheiro **José Eri**
1537 **Medeiros** perguntou sobre o percentual de aplicação em ações e serviços de saúde pela União. Além
1538 disso, lembrou que o Plenário criou a Tripartite na perspectiva de ser mais uma das suas comissões
1539 permanentes, tendo por finalidade a pactuação e não deliberação. Sobre a tramitação do PLC nº 01/03, o
1540 Deputado **Roberto Gouveia** explicou que, após a votação na CCJC, o Projeto iria para o Plenário da
1541 Câmara, a fim de ser apreciado. A propósito, lembrou que o Presidente da Câmara, **Severino**
1542 **Cavalcante**, em audiência com conselheiros do CNS, comprometeu-se a colocar o Projeto rapidamente
1543 em votação. Em seguida, o Projeto seria encaminhado para o Senado Federal. Ressaltou que essa era
1544 questão de interesse de todos os setores da sociedade e, nessa linha, informou que na recente “Marcha
1545 dos Prefeitos”, realizada em Brasília, as entidades representativas dos Municípios incluíram no seu “plano
1546 de luta” a aprovação do PLC nº 01/03. Quanto aos governadores, disse que a adesão não seria tão
1547 grande, pois os dados do último relatório do SIOPS apontam que dezenas de Estados não cumpriram com
1548 o percentual de aplicação mínima em ações e serviços de saúde prevista na EC nº 29. Enfatizou que o
1549 Projeto defendia a manutenção do percentual de aplicação de 12%, por parte dos estados e 15%, pelos

1550 municípios e advogava que não cabia à Lei Complementar modificar esses percentuais, que estavam
1551 contemplados na EC nº 29. Sobre o percentual de aplicação em ações e serviços de saúde pela União,
1552 disse que o PLC estabelecia que era de 10% das receitas correntes brutas que integravam os
1553 Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social. Ressaltou que se optou por explicitar receitas “brutas” para
1554 evitar problemas de interpretação sobre a base de cálculo. Ressaltou que esse percentual representaria
1555 um incremento de R\$ 8 a R\$ 10 bilhões no orçamento da saúde. Disse que era preciso caminhar no
1556 sentido de fazer cumprir o financiamento do SUS, nessa linha, enfatizou a necessidade de articulação no
1557 sentido de garantir a aprovação do Projeto de Lei da Responsabilidade Sanitária, que seria fundamental
1558 para cumprir as determinações da EC nº 29. Enfatizou que, de início, o CNS deveria manifestar o seu
1559 apoio ao parecer do Deputado **José Pimentel**, que verificaria o que seria possível melhorar no Projeto.
1560 Também ressaltou que as alterações de redação sobre os aspectos relacionados ao saneamento, que
1561 foram discutidas e acordadas entre o CNS e o Conselho das Cidades, poderiam ser introduzidas como
1562 emendas na Câmara dos Deputados ou no Senado Federal, sendo necessário avaliar politicamente a
1563 melhor oportunidade. Finalizando, apresentou nova proposta de redação para o artigo 40, na perspectiva
1564 de contemplar as preocupações e sugestões do Plenário, nos seguintes termos: “Art.40 – O Sistema
1565 Único de Saúde contará, nas esferas de governo federal e estadual, com colegiados intergovernamentais
1566 compostos pelos dirigentes públicos da saúde, aos quais incumbe pactuar sobre a gestão da rede
1567 descentralizada, regionalizada e hierarquizada de saúde, seus aspectos econômicos, financeiros e
1568 organizativos e sobre critérios de rateio dos recursos financeiros da União destinados aos Estados,
1569 Distrito Federal e Municípios e dos Estados destinados aos Municípios. Estas pactuações serão
1570 submetidas ao controle social como preconizado no artigo 198 da Constituição Federal, na Lei nº 8.142/90
1571 e nos termos dessa lei complementar”. Na seqüência, fez uso da palavra o Deputado **José Pimentel** para
1572 responder aos questionamentos do Plenário. Explicou que, primeiramente, todos os esforços deveriam ser
1573 voltados para a aprovação do Projeto na CCJC. Nessa linha, reforçou a solicitação de que fosse definida
1574 comissão para visitar o Presidente da Comissão de Constituição e Justiça, **Antônio Carlos Biscaia**, e
1575 solicitar que a matéria fosse colocada em pauta com urgência. A propósito da nova proposta de redação
1576 do artigo 40, disse que a avaliaria junto com a comissão de assessoria jurídica da CCJC e sugeriu que os
1577 Conselheiros fizesse o mesmo e encaminhasse sugestões ao texto para a Secretaria-Executiva do CNS
1578 que as repassaria ao Deputado **Roberto Gouveia** até a próxima terça-feira, 19 de abril de 2005. Por se
1579 tratar de Lei Complementar, disse que o PLC nº 01/03 legislava concorrentemente para estados e
1580 municípios, o que explicitava o seu mérito. Disse que, em seguida, era preciso ação no sentido de garantir
1581 a aprovação do PLC nº 01/03 na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Finalizando,
1582 comprometeu-se a construir texto que fosse aprovado na Câmara e referendado no Senado. O Plenário
1583 agradeceu os Deputados **Roberto Gouveia** e **José Pimentel** pela presença com uma salva de palmas.
1584 Os Conselheiros **Gerônimo Paludo** e **Fernando Luiz Eliotério**, integrantes da (COFIN/CNS),
1585 comprometeram-se a visitar o Presidente da Comissão de Constituição e Justiça, **Antônio Carlos**
1586 **Biscaia**, para solicitar que a matéria fosse colocada em pauta com urgência. **ITEM 14 – INFORME DA**
1587 **PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE** - Item transferido para a próxima Reunião. **ITEM**
1588 **15 – ANTEPROJETO DE LEI DE RESPONSABILIDADE SANITÁRIA** - Item não apresentado. **ITEM 16 –**
1589 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR** – O Plenário definiu a composição das
1590 Comissões Organizadora, Executiva e Especiais da Conferência Nacional de Saúde do
1591 Trabalhador: **1)** Comissão Organizadora: a) Usuários: **CUT** – a definir; **Rogério de Jesus Santos** –
1592 Força Sindical; **Luiz Gonzaga de Araújo** – CONTAG; **Francisco Antonio de Castro Lacaz** – ABRASCO;
1593 **Valdir dos Santos Rocha** – Associação dos Portadores de Agravos Relacionados ao Trabalho; **Pérsio**
1594 **Dutra** – Confederação Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Sílvia Marques Dantas de Oliveira** –
1595 Movimento de Mulheres em Saúde; **Alfredo de Souza Matos** – Associação de Trabalhadores Informais;
1596 **Luiz Augusto Martins** – Fórum Nacional de Entidades em Defesa das Pessoas Portadoras de Patologias
1597 e Deficiências; **Cleuza de Carvalho Miguel** – Fórum Nacional de Entidades em Defesa das Pessoas
1598 Portadoras de Patologias e Deficiências; b) Trabalhadores: **Augusto Tadeu Santana** – Federação
1599 Interestadual dos Odontólogos – FIO; **Ana Cristina de Oliveira Brasil** – COFFITO; **Lérida Maria dos**
1600 **Santos Vieira** – Conselho Federal de Farmácia – CFF; **João Rodrigues Filho** – CNTS; **Maria Aparecida**
1601 **do Amaral de Godói Faria** – CNTSS; c) Gestores e Prestadores: **Rosiver Pavan** – Ministério do
1602 Trabalho e Emprego; **Aparecida de Fátima Pianta Lino** – Ministério da Saúde; **Kátia Viana Coelho de**
1603 **Souza** – Ministério da Previdência Social; **CONASEMS** – a definir; **CONASS** – a definir (**Koshiro Otani**,
1604 sugerido); d) Prestadores – a definir; **2)** Comissão de Comunicação: a) Usuários: **Gilson Silva** – Força
1605 Sindical; **CUT** – a definir; b) Trabalhadores: **Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende** – Conselho
1606 Federal de Fonoaudiologia; c) Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde: **Maria da Graça Luderitz**
1607 **Hoefel** – Ministério da Saúde; **3)** Comissão de Infra-Estrutura: a) Usuários: **Volmir Raimondi** – Fórum
1608 Nacional de Entidades em Defesa das Pessoas Portadoras de Patologias e Deficiências; **Maria Irene**
1609 **Monteiro Magalhães** – Fórum Nacional de Entidades em Defesa das Pessoas Portadoras de Patologias
1610 e Deficiências; b) Trabalhadores: **Rosane Maria Nascimento da Silva** – Conselho Federal de Nutrição –
1611 CFN; c) Gestores: **Sueli Maria Bento Rebouças** – Ministério da Saúde; **4)** Relatoria: a) Relator Geral –

1612 **Cibele Gueresi de Mello Osório; b)** Relator Adjunto – **Luiz Gonzaga Araújo;** **c)** Usuários: **Clair**
1613 **Castilhos** – Movimento de Mulheres em Saúde; **Fórum Nacional de Entidades em Defesa das**
1614 **Pessoas Portadoras de Patologias e Deficiências** – a definir; **Carlos Alberto Ebeling Duarte** – Fórum
1615 Nacional de Entidades em Defesa das Pessoas Portadoras de Patologias e Deficiências; **Clóvis**
1616 **Boufleur** (a confirmar) – CNBB; **d)** Trabalhadores: **Fidelarina Teixeira do Carmo** – Federação Nacional
1617 dos Enfermeiros; **ABEN** – a definir; **e)** Gestores: **Fátima Sueli Ribeiro** – Ministério da Saúde; e
1618 **Francisco Drummond** – Ministério da Saúde (A Secretaria-Executiva do CNS fará busca nas atas
1619 anteriores, a fim de verificar a deliberação sobre a composição das comissões de relatoria das
1620 Conferências – os integrantes deverão ser ou não Conselheiros) **5)** Comissão Executiva: **Marco**
1621 **Antonio Gomes Perez** – Coordenador-Geral – Ministério da Saúde; **Rinaldo Marinho Costa Lima** –
1622 Coordenador-Geral Adjunto – Ministério do Trabalho e Emprego; **Domingos Lino** – Secretário-Geral -
1623 Ministério do Trabalho e Emprego; **Denise G. Batista** – Secretária-Geral Adjunta – Ministério da
1624 Previdência Social; **Mônica Guimarães** – Secretária de Articulação – Ministério da Previdência Social; e
1625 **Guilherme Franco Neto** – Secretário de Articulação Adjunto – Ministério da Saúde. Além disso, a
1626 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou a proposta de distribuição de
1627 delegados estaduais por Unidade Federada, segundo critério populacional e paridade da Resolução nº
1628 333/2003 do CNS, conforme a deliberação do Conselho Nacional de Saúde, na 152ª Reunião Ordinária,
1629 de que nenhum estado teria menos de doze delegados, a saber: **a)** total de delegados: 1.372; **b)**
1630 convidados: 10% – 152 convidados; **c)** indicados: 16% – 228; e **d)** total geral: 1.524 participantes.
1631 Conselheira **Cibele Osório G. de Mello**, dada a intersetorialidade da Conferência Nacional de Saúde do
1632 Trabalhador, apresentou a proposta de contemplar no percentual de indicados o Conselho Nacional de
1633 Previdência Social (quinze), Comissão Tripartite Paritária Permanente (quinze) e os Distritos Sanitários
1634 Indígenas (34). Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** enfatizou que era preciso garantir a paridade na
1635 composição da delegação dessas instâncias. Conselheiro **Ary Paliano** defendeu que os trabalhadores
1636 indígenas participassem da Conferência. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** sugeriu que os
1637 Distritos Sanitários Indígenas disputassem vaga no segmento dos usuários. Conselheira **Gysélle Saddi**
1638 **Tannous** defendeu que os Distritos Sanitários Indígenas fossem contemplados no percentual de vagas
1639 destinadas aos indicados. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu que fossem garantidas 34 vagas para
1640 os Distritos Sanitários que seriam distribuídas de forma paritária. **O Plenário aprovou a proposta de**
1641 **contemplar no percentual dos indicados o Conselho Nacional de Previdência Social (quinze),**
1642 **Comissão Tripartite Paritária Permanente (quinze) e os Distritos Sanitários Indígenas (36).** A
1643 **Comissão analisará a melhor forma de distribuição das vagas de forma a garantir a paridade.**
1644 Conselheira **Cibele Osório G. de Mello** submeteu à apreciação do Plenário a reivindicação dos
1645 integrantes da CIST/CNS em participar da Conferência. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane**
1646 **Aparecida da Cruz**, destacou que o Plenário definiu que os integrantes das CIST/CNS não seriam
1647 delegados natos. **A propósito dessa questão, o Plenário definiu que os pleitos das entidades**
1648 **sindicais de trabalhadores para participar da Conferência serão analisados pelo FENTAS à luz da**
1649 **Resolução do CNS nº 333. CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA**
1650 **EDUCAÇÃO NA SAÚDE – O Plenário definiu a composição das seguintes Comissões da**
1651 **Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: 1)** Comissão Organizadora: **a)**
1652 Usuários: **Marisa Fúria da Silva** – Fórum Nacional de Entidades em Defesa das Pessoas Portadoras de
1653 Patologias e Deficiências; **Nildes de Oliveira de Andrade** – Fórum Nacional de Entidades em Defesa das
1654 Pessoas Portadoras de Patologias e Deficiências; **Volmir Raimondi** – Fórum Nacional de Entidades em
1655 Defesa das Pessoas Portadoras de Patologias e Deficiências; **Gilson Irônio Magalhães** – Fórum
1656 Nacional de Entidades em Defesa das Pessoas Portadoras de Patologias e Deficiências; **Gilson Silva** –
1657 Força Sindical; **CONTAG** – a definir; **CUT** – a definir; **Constancia Clementina Souza Barros** – MOPS;
1658 **Cláudio Alves Carvalho** – CONAM; **Movimento Indígena** – a definir; **b)** Trabalhadores: **Francisca Valda**
1659 **da Silva** – ABEN; **Solange Gonçalves Belchior** – Federação Nacional dos Enfermeiros; **Étila Elaine de**
1660 **Oliveira Ramos** – FENASPS; **Graciara Matos de Azevedo** – Conselho Federal de Odontologia; e
1661 **Francisco Batista Júnior** – CNTSS; **c)** Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde: cinco vagas – **a**
1662 **definir; 2)** Comissão de Comunicação: **a)** Usuários: **Geraldo Adão dos Santos** - Entidades em Defesa
1663 das Pessoas Portadoras de Patologias e Deficiências; e **CONTAG** – a definir; **b)** Trabalhadores: **Neimy**
1664 **Batista da Silva** – CFESS; e **ABO** – a definir; **c)** Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde: **a definir;**
1665 **4)** Comissão de Infra-Estrutura: **a)** Usuários: **Sérgio Augusto Alves de Oliveira** – Força Sindical; **Maria**
1666 **Leda Dantas** – COBAP; **Rui Barbosa da Silva** – Fórum Nacional de Entidades em Defesa das Pessoas
1667 Portadoras de Patologias e Deficiências; **b)** Trabalhadores: **Welington Moreira Mello** – FIO; e **Noemy**
1668 **Yamagushi Tomita** – CFBIO; **c)** Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde: **a indicar; 5)** Comissão
1669 de Relatoria: **Maria Natividade G.S. T. Santana** - Relatora-Geral; **Gysélle Saddi Tannous** – Relatora-
1670 Adjunta; **a)** Usuários: **Margarida Maria Santana Silva** – Fórum Nacional de Entidades em Defesa das
1671 Pessoas Portadoras de Patologias e Deficiências; **Silvia Marques Dantas de Oliveira** – Movimento de
1672 Mulheres em Saúde; **Mário César Scheffer** - Fórum Nacional de Entidades em Defesa das Pessoas
1673 Portadoras de Patologias e Deficiências; a definir; **b)** Trabalhadores: **Conceição Aparecida Rezende** –

1674 FENTAS; e **Francisco das Chagas Dias Monteiro** – Conselho Federal de Medicina; **c)** Gestores e
1675 Prestadores de Serviços de Saúde: **a definir. Devido à exigüidade de tempo, o Plenário decidiu adiar**
1676 **a discussão do regulamento e do documento-base das Conferências de Saúde do Trabalhador e de**
1677 **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para a próxima reunião do CNS. ITEM 17 – DECRETO**
1678 **E REGIMENTO ELEITORAL DO CNS** – Inicialmente, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida**
1679 **da Cruz**, informou que as propostas de Decreto de Composição do CNS e de Regimento Eleitoral do
1680 CNS, após revisão jurídica, sofreram ajustes de mérito e de forma. Por essa razão, seriam submetidas
1681 novamente à apreciação do Plenário. Sobre a proposta de Decreto de Composição do CNS, informou que
1682 havia sido encaminhada para o Ministro da Saúde e, no momento, encontrava-se na Casa Civil para
1683 avaliação. Feitas essas considerações, apresentou o advogado **Victor Neiva**, contratado para
1684 acompanhar o processo eleitoral do CNS e solicitou que fizesse a apresentação dos ajustes feitos na
1685 proposta de Decreto de Composição do CNS. Seguindo esse encaminhamento, o advogado submeteu à
1686 apreciação do Plenário as alterações feitas no Decreto de Composição do CNS, sendo: inclusão do
1687 período do mandato dos eleitos, que será de três anos, contados da data da posse; descrição das
1688 condições para ser Conselheiro de Saúde; ampliação do mandato dos atuais integrantes do CNS, que se
1689 encerrará noventa dias após a publicação deste Decreto; e ampliação do prazo para a eleição, que deverá
1690 ser realizada em 75 dias, contados a partir da publicação do Decreto. Após essa apresentação, foi aberta
1691 a palavra para manifestações do Plenário. Em relação ao § 2º do artigo 4º, Conselheira **Gysélla Saddi**
1692 **Tannous** disse que seria importante caracterizar que somente as entidades gerais nacionais de
1693 trabalhadores de saúde, com representação nacional, poderiam participar do processo eleitoral, assim,
1694 sugeriu a inclusão do termo “nacionalmente” após “aqueelas que representam”. Diante dessa preocupação,
1695 Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** apresentou nova proposta de redação para o § 2º, do
1696 artigo 4º, a fim de garantir que disputassem vagas no segmento dos trabalhadores apenas as entidades
1697 que eram, de fato, da área da saúde, sendo: “Define-se como entidades gerais nacionais de trabalhadores
1698 de saúde (incluindo a comunidade científica) aquelas que representam, exclusivamente, categorias de
1699 trabalhadores e de profissionais de saúde.” Conselheiro **Mauro Fernando Schmidt** discordou dessa
1700 formulação, porque impossibilitaria a participação de entidades, por exemplo, que compõem a Mesa de
1701 Negociação do SUS no processo eleitoral. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** ratificou a
1702 proposta de nova proposta de redação para o § 2º, do artigo 4º, por entender que evitaria interpretações
1703 equivocadas e otimizaria o processo eleitoral. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** sugeriu
1704 que, nos moldes dos Conselhos Estaduais, as entidades que compõe a Mesa de Negociação do SUS
1705 disputassem vagas no segmento dos usuários. O advogado **Victor Neiva** destacou que o *caput* e o § 1º
1706 faziam referência ao caráter nacional, tornando-se repetitiva a inclusão do termo “exclusivamente” no § 2º,
1707 contudo, afirmou que não havia nenhum impedimento jurídico nisso. Conselheiro **Olympio Távora Correa**
1708 ratificou a redação apresentada, por entender que essa repetição evitaria problemas no ato da inscrição
1709 das entidades que desejavam participar do processo. A Secretaria-Executiva, **Eliane Aparecida da Cruz**,
1710 destacou a necessidade de definir como seria feita a alteração da proposta de Decreto de Composição do
1711 CNS, que se encontrava na Casa Civil para análise. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum**
1712 sugeriu que as eventuais sugestões à proposta de Decreto fossem encaminhadas à Casa Civil, sem que a
1713 proposta retornasse ao Ministério da Saúde. **Registrada essa proposta, a Secretaria-Executiva, Eliane**
1714 **Aparecida da Cruz, fez a leitura do artigo 4º, que foi aprovado nos seguintes termos: “Poderão**
1715 **participar do processo eleitoral como eleitor e/ou candidato as Entidades e Movimentos Nacionais**
1716 **de Usuários, as Entidades Gerais Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde, as Entidades**
1717 **Gerais Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde e as Entidades Nacionais Patronais, desde**
1718 **que sejam de caráter nacional e que tenham, no mínimo, dois anos de existência. § 1º - Define-se**
1719 **como entidades e movimentos nacionais aquelas que tenham atuação e representação em, pelo**
1720 **menos, três regiões geográficas do país. § 2º - Define-se como entidades gerais nacionais de**
1721 **trabalhadores de saúde (incluindo a comunidade científica) aquelas que representam,**
1722 **exclusivamente, categorias de trabalhadores e de profissionais de saúde.”** Não havendo novos
1723 destaques à proposta de Decreto, foi iniciada a apreciação da proposta de Regimento Eleitoral.
1724 Inicialmente, o advogado **Victor Neiva** apresentou as alterações de mérito feitas na proposta de
1725 Regimento: regulamentação mais detalhada sobre as atribuições do Presidente da Comissão Eleitoral;
1726 inclusão de dispositivo vedando que entidades representativas de portadores de mesma patologia ou
1727 deficiência ocupem mais de uma vaga titular; exclusão da faculdade do voto separado; e alteração do
1728 quorum para convocação das Plenárias dos Segmentos, em segunda chamada, que passou a ser com
1729 qualquer número. Na seqüência, a Secretaria-Executiva do CNS abriu a palavra para considerações do
1730 Plenário sobre os ajustes feitos na proposta de Regimento. Conselheira **Gysélla Saddi Tannous** solicitou
1731 maiores esclarecimentos sobre os argumentos utilizados para definir que o Presidente da Comissão
1732 Eleitoral deveria ser, necessariamente, um dos membros gestores do Governo. Em resposta, o advogado
1733 **Victor Neiva** destacou que essa definição justificava-se pelo fato de os gestores não serem elegíveis e
1734 não estarem envolvidos, diretamente, no processo eleitoral. Conselheira **Gysélla Saddi Tannous**
1735 destacou que, apesar não serem elegíveis, os gestores participavam do processo e indiretamente

1736 estavam envolvidos no processo. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** perguntou se a alteração do
1737 quorum para convocação das Plenárias dos Segmentos, em segunda chamada, não teria conflitos com o
1738 Novo Código Civil. Em resposta, o advogado **Victor Neiva** disse que não havia conflitos já que Código
1739 Civil não se aplicada ao caso, pois o Regimento se tratava de um regime de direito público e o Código
1740 regulava relações entre particulares. Diante das preocupações do Plenário acerca do § 3º, artigo 2º, a
1741 Secretaria-Executiva, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu a supressão do trecho “que deverá ser,
1742 necessariamente, um dos membros gestores do Governo” e o artigo passaria a ter a seguinte redação:
1743 “Na primeira reunião, após a sua nomeação, a Comissão Eleitoral escolherá o seu Presidente.”
1744 Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** concordou com a proposta de redação e sugeriu que
1745 fosse incluída emenda determinando que, no caso de empate na escolha do Presidente da Comissão
1746 Eleitoral, o CNS faria a indicação do mesmo. **Diante das ponderações do Plenário, a Conselheira**
1747 **Rozângela Fernandes Camapum retirou a sua proposta e o Plenário aprovou a seguinte redação**
1748 **para o § 3º, artigo 2º “Na primeira reunião, após a sua nomeação, a Comissão Eleitoral escolherá o**
1749 **seu Presidente.”** Prosseguindo, a Secretaria-Executiva, **Eliane Aparecida da Cruz**, perguntou se havia
1750 discordância em relação ao artigo 4º. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou o inciso III, artigo 4º,
1751 ponderando se o Presidente da Comissão Eleitoral teria considerações de avaliar e decidir a respeito da
1752 inscrição de todas as candidaturas. O advogado **Victor Neiva** disse que o Presidente poderia solicitar
1753 assessoria para auxiliar no processo de análise e decisão a respeito de inscrição de candidaturas. A
1754 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que, após o envio da lista das
1755 candidaturas, pelo Presidente da Comissão Eleitoral, seria destinado o prazo de 72 horas para
1756 apresentação de recursos e a Comissão Eleitoral teria 72 horas para julgar os recursos. Após esse
1757 processo, seria publicada a lista final dos habilitados a participar do processo. **Não havendo posições**
1758 **contrárias, o artigo 4º foi aprovado.** Conselheiro **Olympio Távora Correa** solicitou que fosse
1759 consignado em ata que o segmento dos prestadores de serviços não concordava com a distribuição de
1760 vagas do segmento e que, apesar dos pleitos, não houve ampliação do número de vagas destinado ao
1761 segmento, ainda que o número de Conselheiros tenha sido ampliado. Na sequência, consultou o Plenário
1762 sobre a redação do § 2º, artigo 5º. **Não havendo posições contrárias, a redação foi aprovada.**
1763 Registrado esse protesto, a Secretaria-Executiva do CNS perguntou se havia destaques ao § 2º, artigo 9º,
1764 que define novo quorum para convocação das Plenárias dos Segmentos, em segunda chamada. **Não**
1765 **havendo posições contrárias, a redação foi aprovada.** Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum**
1766 solicitou que no *caput* do artigo 1º fosse explicitado o caráter “nacional e geral” das Entidades e
1767 Movimentos Representativos dos Usuários, dos Representantes das Entidades de Trabalhadores de
1768 Saúde, de Prestadores de Serviços de Saúde e de Entidades Patronais que participariam do processo.
1769 Continuando, a Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, consultou o Plenário se havia
1770 concordância com o § 3º, do artigo 11, que determina que a votação do segmento poderia ser
1771 acompanhada e fiscalizada por fiscais indicados pelas entidades, desde que os seus nomes fossem
1772 encaminhados à Comissão eleitoral antecipadamente à eleição e que não causassem tumulto ao pleito.
1773 Não houve discordância. **Não havendo novos destaques, foi definido que será encaminhado ofício à**
1774 **Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde, informando as modificações feitas no Decreto e**
1775 **solicitando que se faça gestões para que essas alterações sejam feitas na Casa Civil. COMISSÃO**
1776 **ELEITORAL – Até o momento, os segmentos indicaram os seguintes nomes para compor a**
1777 **Comissão Eleitoral: a) Usuários: Sr. José Maria; Sra. Graça Câmara; Sra. Maria do Carmo Ribeiro;**
1778 **Sr. Milton Monteiro; Sr. Luiz Carlos das Dores; e Sra. Clair Castilhos Coelho; b) Trabalhadores da**
1779 **Saúde: Conselheira Maria Natividade G. S. T. Santana; Sr. José Carrijo; e Sr. Geraldo Guedes; c)**
1780 **Gestores e Prestadores de Serviço: a indicar. PONTOS DE PAUTA PARA A PRÓXIMA REUNIÃO DO**
1781 **CNS, A SER REALIZADA NOS DIAS 4 E 5 DE MAIO DE 2005 – 1) Conferências Temáticas; 2)**
1782 **Resolução sobre a abertura de novos cursos na área da saúde; e 3) Informes e Indicações.**
1783 **APROVAÇÃO DE ATAS – Não havendo destaques, as atas da 150ª, 151ª e 152ª Reuniões Ordinárias**
1784 **foram aprovadas por unanimidade. ENCERRAMENTO - Nada mais havendo a tratar, a Secretaria-**
1785 **Executiva do CNS encerrou os trabalhos da 153ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os**
1786 **seguintes Conselheiros: Aos doze dias do mês de abril de dois mil e cinco - Titulares: Antônio Alves de**
1787 **Souza, Carlos Alberto E. Duarte, Cibele G. de Mello Osório, Crescêncio Antunes da S. Neto,**
1788 **Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gilca Ribeiro S. Diniz, Graciara**
1789 **Matos de Azevedo, João Donizetti Scaboli, Jorge Nascimento Pereira, Luiz Augusto Ângelo**
1790 **Martins, Maria Natividade G. S. T. Santana, Moisés Goldbaum, Rosane Maria Nascimento da Silva,**
1791 **Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves**
1792 **Belchior e Volmir Raimondi. Suplentes: Ary Paliano, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A. Boufleur,**
1793 **Fernando Luiz Eliotério, Gerônimo Paludo, Jorge José Santos Pereira Solla, José Caetano**
1794 **Rodrigues, José Eri Medeiros, Lérida Maria dos Santos Vieira, Lílian Alické, Lirce Lamounier, Maria**
1795 **Irene M. Magalhães, Maria Thereza M. de Carneiro Rezende, Marisa Furia Silva, Mauro Fernando**
1796 **Schmidt, Neimy Batista da Silva, Noemy Yamaguishi Tomita, Olympio Távora Derze Correa e**
1797 **Sérgio Ricardo G. Mena Barreto. Aos treze dias do mês de abril do ano de dois mil e cinco - Titulares:**

1798 **Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Cibele G. de Mello Osório, Crescêncio Antunes da S. Neto, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gilca Ribeiro S.**
1799 **Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Gyséllie Saddi Tannous, João Donizetti Scaboli, Jorge**
1800 **Nascimento Pereira. Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Helena Baumgarten, Maria Natividade G.**
1801 **S. T. Santana, Moisés Goldbaum, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rozângela Fernandes**
1802 **Camapum, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Volmir**
1803 **Raimondi e Wander Geraldo da Silva. Suplentes: Ary Paliano, Ciro Mortella, Cleuza de Carvalho**
1804 **Miguel, Clóvis A. Boufleur, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, José**
1805 **Eri Medeiros, Lírida Maria dos Santos Vieira, Lílian Aliche, Lirce Lamounier, Maria Irene M.**
1806 **Magalhães, Noemy Yamaguishi Tomita, Olympio Távora Derze Correa e Sérgio Ricardo G. Mena**
1807 **Barreto. Aos quatorze dias do mês de abril do ano de dois mil e cinco - Titulares: Augusto Alves do**
1808 **Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Cibele G. de Mello Osório, Crescêncio Antunes da S. Neto,**
1809 **Francisco das Chagas D. Monteiro, Graciara Matos de Azevedo, Gyséllie Saddi Tannous, Jorge**
1810 **Nascimento Pereira. Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Helena Baumgarten, Maria Natividade G.**
1811 **S. T. Santana, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Volmir Raimondi e Wander**
1812 **Geraldo da Silva. Suplentes: Ary Paliano, Ciro Mortella, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A.**
1813 **Boufleur, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, José Eri Medeiros,**
1814 **Lílian Aliche, Maria Irene M. Magalhães, Mauro Fernando Schmidt, Noemy Yamaguishi Tomita e**
1815 **Olympio Távora Derze Correa**
1816