



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA CENTÉSIMA QUINQUAGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE – CNS**

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

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

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

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

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

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

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

a indicação da Conselheira **Silvia Marques Dantas** para compor a Comissão, substituindo a Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**. O debate sobre a regulamentação dos GTs e Comissões do CNS será retomado na discussão do Regimento Interno do Conselho. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que era preciso agendar a primeira reunião do GT, constituído na última reunião com a finalidade de definir as diretrizes de gestão participativa para o SUS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** lembrou que esse GT era constituído pelos Conselheiros **Francisco Batista Júnior; Solange Gonçalves Belchior; Silvia Marques Dantas; Jorge Nascimento Pereira; Crescêncio Antunes da S. Neto** e por três representantes do Governo. Conselheiro **Crescêncio Antunes da S. Neto** solicitou que fosse feita consulta às atas da última reunião, por entender que havia incorreções no encaminhamento acerca da constituição do GT de Gestão Participativa. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**, coordenadora da mesa que discutiu a matéria na última reunião do CNS, afirmou que a ata relatava, fielmente, o que havia sido discutido e deliberado naquela ocasião. Contudo, disse que não era contrária à solicitação de consulta às atas para confirmar o encaminhamento. Diante dessas considerações, o debate dessa matéria foi suspenso para que fosse feita consulta à ata e, caso necessário, revisar o encaminhamento. Continuando, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** informou que os GTs de Saúde Bucal, de Saúde do Campo, de Saúde do Idoso e de População Negra foram instituídos, mas não tinham se reunido até o momento. Além disso, informou, que na próxima reunião do CNS, o GT AIDS apresentaria a avaliação das suas atividades em 2004 e o seu plano de trabalho para 2005. Também destacou o pleito para que o GT AIDS, criado há dois anos, fosse transformado em Comissão do CNS. Conselheira **Neimy Batista** reivindicou uma vaga para o segmento dos trabalhadores na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST/CNS). **Na próxima reunião, o segmento dos trabalhadores fará a indicação do nome para compor a CIST/CNS**. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou espaço na pauta da próxima reunião para apresentação do Plano de Trabalho da Comissão de Saúde Suplementar e outros temas discutidos na reunião dessa Comissão. Conselheiro **Volmir Raimondi** também solicitou que fosse pautado debate sobre saúde visual, com convite a Dra. **Sheila Miranda** para fazer apresentação sobre o tema. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** reiterou a solicitação de que fosse pautada apresentação da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN/CNS) sobre segurança alimentar e nutricional. Prosseguindo, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** apresentou informe sobre a reunião do GT das Águas, realizada no dia 8 de abril de 2005, que definiu o plano de trabalho do Grupo e o calendário de reuniões. Conselheiro **Jorge Nascimento Pereira** manifestou o interesse do Movimento Popular de Saúde em participar da Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente (CISAMA/CNS). Conselheiro **Rui Barbosa da Silva** pleiteou a criação de GT no CNS para tratar sobre as Patologias. **O Fórum de Entidades de Defesa dos Portadores de Deficiências e Patologias discutirá a proposta e encaminhará formalmente esse pleito para ser apreciado pelo Plenário do CNS**. Concluindo, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou que as Comissões e GTs do CNS encaminhassem à Secretaria Executiva do CNS a avaliação das suas atividades em 2004 e os seus planos de trabalho para 2005, a fim de serem apresentados na Reunião Ordinária de maio de 2005. Esses documentos servirão de subsídio para a recomposição das Comissões e GTs do CNS, dada a eleição para a escolha dos novos integrantes do Conselho. No segundo dia de reunião, foi retomada a discussão sobre o GT da Secretaria de Gestão Participativa. Após consulta às atas da reunião, verificou-se que o encaminhamento em relação à matéria, aprovado na última reunião, fora o mesmo que constava na ata: **constituição de GT, composto por oito integrantes (cinco Conselheiros do CNS e três representantes do Governo) para definir as diretrizes de gestão participativa para o SUS. Os segmentos que compõem o CNS (usuários; trabalhadores da saúde; e gestores e prestadores de serviço) e o Governo deveriam apresentar as suas concepções acerca de gestão participativa, na perspectiva de subsidiar o trabalho do Grupo. Os resultados parciais do debate deverão ser apresentados na Reunião Ordinária do mês de abril de 2005**. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ratificou esse encaminhamento, lembrando que já haviam sido indicados os nomes para compor o GT (dois Conselheiros representantes do segmento dos usuários; dois dos trabalhadores; e um dos prestadores de serviço; e três representantes do Governo), contudo, o Grupo não havia se reunido. Assim, enfatizou a necessidade de marcar a data da reunião do Grupo, já que os resultados parciais do debate deveriam estar sendo apresentados naquela reunião (abril de 2005). Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** solicitou que fosse registrado que a ata da última reunião do CNS não apresentava nenhuma incorreção acerca do debate e do encaminhamento dado à matéria. **Esclarecido esse ponto, foi acordado que o GT definiria a data para se reunir até o final da reunião do CNS. ITEM 4 – DIRETRIZES PARA CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS** – Os Conselheiros **Jorge Nascimento Pereira** e Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur**, membros do GT de Capacitação, assumiram a coordenação dos trabalhos. Inicialmente, Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** fez um breve relato sobre a instituição do Grupo de Trabalho de Capacitação de Conselheiros de Saúde e seu objeto de trabalho. Explicou que, visando atender as orientações das 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde, o GT, instituído na 143ª Reunião Ordinária do CNS, realizada no mês de junho de 2004, atualizou as diretrizes gerais para o 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 Secretária-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

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

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

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

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

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

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

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

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

municipal. A respeito dos prazos para alteração desses valores, explicou que, após a pactuação no âmbito do CNS, o Ministério da Saúde editará portaria, definindo as pactuação e, de imediato, os repasses poderão ser feitos, já que os recursos orçamentários já estavam disponíveis. Ressaltou que o elenco disponibilizaria recurso adicional àquele destinado à aquisição de medicamentos essenciais, chegando ao patamar de, no mínimo, R\$ 7,14 por habitante/ano. Sobre a centralização da compra de medicamentos, enfatizou que era um mecanismo para o desenvolvimento de práticas e instrumentos que possibilitassem, ao longo do tempo, a descentralização das ações de assistência farmacêutica básica, com resolubilidade no âmbito dos municípios. Ressaltou que essa iniciativa foi adotada diante das dificuldades operacionais e de disponibilidade de instrumentos, por parte de estados e municípios, para implementação de ações nesse sentido e da possibilidade de redução dos custos dos medicamentos, com reflexos importantes na ampliação da cobertura. Sobre os medicamentos para DST e infecções oportunistas, com possibilidade de inclusão na atenção básica, disse que seria necessária pactuação nas respectivas CIB. Assim, seria instituído GT para elaborar proposta de incorporação de medicamentos para DST e infecções oportunistas no âmbito da Atenção Básica, levando em consideração todos os pactos já existentes. Prosseguindo, informou que o Ministério da Saúde vinha repassando regularmente o recurso para composição do Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica e utilizava os dados do DENASUS sobre aplicação de recursos, os relatórios do Tribunal de Contas da União, entre outros documentos, como mecanismos de fiscalização dos recursos aplicados por estados e municípios na assistência básica farmacêutica. Contudo, havia dificuldade em acompanhar a aplicação desses recursos por parte de alguns estados e municípios, o que apontava para a necessidade de instrumentos mais eficazes para consolidar e obter as informações acerca a aplicação dos incentivos. A propósito dos prazos e os mecanismos para a adequação à nova proposta, disse que até o mês de outubro de 2005 seriam definidos os planos municipais e estaduais de assistência farmacêutica. Além disso, ressaltou que os programas isolados seriam gradativamente substituídos pelos módulos de atenção básica daí a necessidade de agilizar os procedimentos para previsão de produção e aquisição de medicamentos. Destacou que a perspectiva do módulo da atenção básica era atender 100% da população, incluindo as comunidades indígenas. Logo, deveria ser feita reformulação, junto com a FUNASA, dos kits destinados a essa população específica. Também salientou que o documento final da pactuação contemplaria o cuidado com a diversidade e o respeito com as questões culturais específicas. Destacou que na Portaria, a ser editada pelo Ministério da Saúde, seriam identificados os mecanismos de acompanhamento, avaliação e controle dessa proposta, já que a programação deveria estar relacionadas com as realidades locais ou loco regionais. Finalizou destacando a necessidade de divulgar a proposta de módulo da assistência farmacêutica básica no SUS, a fim de que o Controle Social, os usuários e os gestores, partes integrantes dessa política, acompanhassem o processo de execução da mesma.

A diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**, explicou que, apesar de não constar no elenco de medicamentos, o Ministério da Saúde manteria a dispensação de medicamentos para endemias como tuberculose, hanseníase, esquistossomose, malária, entre outras e estava adquirindo kits de medicamentos para a saúde bucal. A propósito da dispensação de medicamentos na urgência e emergência, informou que a questão estava sendo discutida com o Departamento de Atenção Especializada de forma a definir quais os medicamentos da urgência e emergência deveriam constar no âmbito da atenção básica. Reconheceu que, apesar dos investimentos dos municípios no âmbito da Atenção Básica, os recursos ainda eram insuficientes para atender à demanda. Enfatizou que os mecanismos de monitoramento, avaliação e regulação da aplicação do Piso da Atenção Básica vinham sendo aprimorados. Concluindo, manifestou a sua satisfação em apresentar a proposta de pactuação de um módulo da assistência farmacêutica básica no SUS que visava à superação das fragmentações existentes entre diferentes programas que envolvem o planejamento, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos, bem como evitar as sobreposições de responsabilidades e a duplicação de elencos de medicamentos. **Diante das colocações dos Conselheiros, a proposta de pactuação da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Básica fora aprovada por consenso.** Assim, **Conselheiro Clóvis A. Boufleur** agradeceu a diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), **Afra Suassuna Fernandes**, e o assessor especial do Gabinete do Ministro da Saúde, **Norberto Rech**, pela apresentação e encerrou a discussão do tema.

ITEM 10 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA – **Conselheiro Carlos Alberto Duarte** assumiu a coordenação dos trabalhos, convidando o **Conselheiro Moisés Goldbaum**, coordenador da Comissão Intersectorial de Ciência e Tecnologia (CICT/CNS), para apresentação do relatório das atividades da Comissão e a proposta de Plano de Trabalho para 2005. **Conselheiro Moisés Goldbaum**, Coordenador da CICT/CNS, informou que, durante o ano de 2004, a Comissão dedicou-se à preparação e organização da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e ao acompanhamento das atividades e iniciativas de fomento do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (DECIT). Na sequência, apresentou o Plano de Trabalho da CICT para 2005, que será pautado nas seguintes ações: participar da 3ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Ciência e Tecnologia – 2005 (sugestão: reivindicar espaço na Conferência para apresentar

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

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

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

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

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

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

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

estavam envolvidos no processo. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** perguntou se a alteração do quorum para convocação das Plenárias dos Segmentos, em segunda chamada, não teria conflitos com o Novo Código Civil. Em resposta, o advogado **Victor Neiva** disse que não havia conflitos já que Código Civil não se aplicada ao caso, pois o Regimento se tratava de um regime de direito público e o Código regulava relações entre particulares. Diante das preocupações do Plenário acerca do § 3º, artigo 2º, a Secretária-Executiva, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu a supressão do trecho “que deverá ser, necessariamente, um dos membros gestores do Governo” e o artigo passaria a ter a seguinte redação: “Na primeira reunião, após a sua nomeação, a Comissão Eleitoral escolherá o seu Presidente.” Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** concordou com a proposta de redação e sugeriu que fosse incluída emenda determinando que, no caso de empate na escolha do Presidente da Comissão Eleitoral, o CNS faria a indicação do mesmo. **Diante das ponderações do Plenário, a Conselheira Rozângela Fernandes Camapum retirou a sua proposta e o Plenário aprovou a seguinte redação para o § 3º, artigo 2º “Na primeira reunião, após a sua nomeação, a Comissão Eleitoral escolherá o seu Presidente.”** Prosseguindo, a Secretária-Executiva, **Eliane Aparecida da Cruz**, perguntou se havia discordância em relação ao artigo 4º. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou o inciso III, artigo 4º, ponderando se o Presidente da Comissão Eleitoral teria considerações de avaliar e decidir a respeito da inscrição de todas as candidaturas. O advogado **Victor Neiva** disse que o Presidente poderia solicitar assessoria para auxiliar no processo de análise e decisão a respeito de inscrição de candidaturas. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que, após o envio da lista das candidaturas, pelo Presidente da Comissão Eleitoral, seria destinado o prazo de 72 horas para apresentação de recursos e a Comissão Eleitoral teria 72 horas para julgar os recursos. Após esse processo, seria publicada a lista final dos habilitados a participar do processo. **Não havendo posições contrárias, o artigo 4º foi aprovado.** Conselheiro **Olympio Távora Correa** solicitou que fosse consignado em ata que o segmento dos prestadores de serviços não concordava com a distribuição de vagas do segmento e que, apesar dos pleitos, não houve ampliação do número de vagas destinado ao segmento, ainda que o número de Conselheiros tenha sido ampliado. Na sequência, consultou o Plenário sobre a redação do § 2º, artigo 5º. **Não havendo posições contrárias, a redação foi aprovada.** Registrado esse protesto, a Secretária-Executiva do CNS perguntou se havia destaques ao § 2º, artigo 9º, que define novo quorum para convocação das Plenárias dos Segmentos, em segunda chamada. **Não havendo posições contrárias, a redação foi aprovada.** Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** solicitou que no *caput* do artigo 1º fosse explicitado o caráter “nacional e geral” das Entidades e Movimentos Representativos dos Usuários, dos Representantes das Entidades de Trabalhadores de Saúde, de Prestadores de Serviços de Saúde e de Entidades Patronais que participariam do processo. Continuando, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, consultou o Plenário se havia concordância com o § 3º, do artigo 11, que determina que a votação do segmento poderia ser acompanhada e fiscalizada por fiscais indicados pelas entidades, desde que os seus nomes fossem encaminhados à Comissão eleitoral antecipadamente à eleição e que não causassem tumulto ao pleito. Não houve discordância. **Não havendo novos destaques, foi definido que será encaminhado ofício à Chefe do Gabinete do Ministro da Saúde, informando as modificações feitas no Decreto e solicitando que se faça gestões para que essas alterações sejam feitas na Casa Civil.** **COMISSÃO ELEITORAL – Até o momento, os segmentos indicaram os seguintes nomes para compor a Comissão Eleitoral: a) Usuários: Sr. José Maria; Sra. Graça Câmara; Sra. Maria do Carmo Ribeiro; Sr. Milton Monteiro; Sr. Luiz Carlos das Dores; e Sra. Clair Castilhos Coelho; b) Trabalhadores da Saúde: Conselheira Maria Natividade G. S. T. Santana; Sr. José Carrijo; e Sr. Geraldo Guedes; c) Gestores e Prestadores de Serviço: a indicar.** **PONTOS DE PAUTA PARA A PRÓXIMA REUNIÃO DO CNS, A SER REALIZADA NOS DIAS 4 E 5 DE MAIO DE 2005 – 1) Conferências Temáticas; 2) Resolução sobre a abertura de novos cursos na área da saúde; e 3) Informes e Indicações.** **APROVAÇÃO DE ATAS – Não havendo destaques, as atas da 150ª, 151ª e 152ª Reuniões Ordinárias foram aprovadas por unanimidade.** **ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a tratar, a Secretária-Executiva do CNS encerrou os trabalhos da 153ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: *Aos doze dias do mês de abril de dois mil e cinco* - Titulares: **Antônio Alves de Souza, 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. Diniz, Graciara Matos de Azevedo, João Donizetti Scaboli, Jorge Nascimento Pereira, Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Natividade G. S. T. Santana, Moisés Goldbaum, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Sílvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior e Volmir Raimondi.** Suplentes: **Ary Paliano, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Fernando Luiz Eliotério, Gerônimo Paludo, Jorge José Santos Pereira Solla, José Caetano Rodrigues, José Eri Medeiros, Lérica Maria dos Santos Vieira, Lílian Aliche, Lirce Lamounier, Maria Irene M. Magalhães, Maria Thereza M. de Carneiro Rezende, Marisa Fúria Silva, Mauro Fernando Schmidt, Neimy Batista da Silva, Noemy Yamaguishi Tomita, Olympio Távora Derze Correa e 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**
 1799 **Antunes da S. Neto, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gilca Ribeiro S.**
 1800 **Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, João Donizetti Scaboli, Jorge**
 1801 **Nascimento Pereira. Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Helena Baumgarten, Maria Natividade G.**
 1802 **S. T. Santana, Moisés Goldbaum, Rosane Maria Nascimento da Silva, Rozângela Fernandes**
 1803 **Camapum, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Volmir**
 1804 **Raimondi e Wander Geraldo da Silva. Suplentes: Ary Paliano, Ciro Mortella, Cleuza de Carvalho**
 1805 **Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, José**
 1806 **Eri Medeiros, Lérica Maria dos Santos Vieira, Lílian Alicke, Lirce Lamounier, Maria Irene M.**
 1807 **Magalhães, Noemy Yamaguishi Tomita, Olympio Távora Derze Correa e Sérgio Ricardo G. Mena**
 1808 **Barreto. Aos quatorze dias do mês de abril do ano de dois mil e cinco - Titulares: Augusto Alves do**
 1809 **Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Cibele G. de Mello Osório, Crescêncio Antunes da S. Neto,**
 1810 **Francisco das Chagas D. Monteiro, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, Jorge**
 1811 **Nascimento Pereira. Luiz Augusto Ângelo Martins, Maria Helena Baumgarten, Maria Natividade G.**
 1812 **S. T. Santana, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Volmir Raimondi e Wander**
 1813 **Geraldo da Silva. Suplentes: Ary Paliano, Ciro Mortella, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis A.**
 1814 **Bouffleur, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, José Eri Medeiros,**
 1815 **Lílian Alicke, Maria Irene M. Magalhães, Mauro Fernando Schmidt, Noemy Yamaguishi Tomita e**
 1816 **Olympio Távora Derze Correa**