



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

1  
2  
3  
4  
5  
6 **ATA DA CENTÉSIMA QÜINQUAGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO**  
7 **NACIONAL DE SAÚDE**  
8

9 **ITEM 1 - ABERTURA** - Aos dez e onze dias do mês de agosto do ano de dois mil e cinco, no Plenário  
10 “Omirilton Visconde”, do Conselho Nacional de Saúde, localizado no Ministério da Saúde, Bloco G,  
11 Edifício Anexo, 1º andar, ala B, na cidade de Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima  
12 Quinquagésima Sétima Reunião Ordinária do Conselho Nacional da Saúde – CNS. A Secretaria-  
13 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, procedeu à abertura dos trabalhos, uma vez que o  
14 Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, Presidente do CNS, não pôde estar presente por  
15 estar acompanhando o Presidente da República na solenidade de inauguração de hospital em Palmas,  
16 Tocantins. Na seqüência, apresentou a pauta da reunião e destacou a necessidade de cumprir os prazos  
17 definidos para cada debate, já que haviam sido convidados expositores de outros órgãos para as mesas  
18 de discussão. Em seguida, colocou em apreciação as atas da 155ª Reunião Ordinária, realizada nos dias  
19 8 e 9 de junho e 156ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 13 e 14 de julho de 2005. **Não havendo**  
20 **destaques, as atas foram aprovadas por unanimidade.** Também informou que no dia seguinte, 11 de  
21 agosto, às 16 horas, no Auditório “Emílio Ribas” do Ministério da Saúde, ocorreria debate sobre violência  
22 urbana. A propósito, solicitou que, até o final do dia, fossem indicados representantes do Conselho para  
23 participar do evento. Na seqüência, fez uso da palavra o Conselheiro **Antônio Alves de Souza**,  
24 representando o Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, que não pôde participar da abertura  
25 da reunião por estar acompanhando o Presidente da República na solenidade de inauguração de  
26 hospital em Tocantins, Palmas. Disse que o Ministro de Estado da Saúde estaria presente no segundo  
27 dia de reunião, cumprindo o compromisso firmado de participar de todas as reuniões do Conselho. Além  
28 disso, comunicou o Plenário que fora indicado para assumir a Secretaria de Gestão Estratégica e  
29 Participativa/MS e continuaria, na qualidade de titular, a representar o Ministério da Saúde no CNS,  
30 participando das reuniões do Conselho, na perspectiva de contribuir nos trabalhos. Também comunicou  
31 que o Sr. **José Gomes Temporão**, indicado para assumir a Secretaria de Atenção à Saúde, participaria  
32 do CNS, na condição de suplente, representando o Ministério da Saúde. Após esse informe, foi iniciada  
33 a discussão do item 2 da pauta. **ITEM 2 – APRESENTAÇÃO DO NOVO SÍTIO DO CONSELHO**  
34 **NACIONAL DE SAÚDE** – A Coordenadora da Comissão de Informação e Comunicação da Secretaria-  
35 Executiva do CNS, **Alessandra Ximenes**, informou que o novo sítio do Conselho Nacional de Saúde era  
36 resultado do trabalho da Comissão de Informação e Comunicação da SE/CNS, junto com a Comissão de  
37 Comunicação do CNS e do jornalista **Alessandro Saturno**, contratado para cuidar do novo sítio do  
38 Conselho e responsável pelo *layout*. Feitos esses esclarecimentos iniciais, a jornalista do CNS, **Verbena**  
39 **Melo**, falou sobre os motivos que levaram a elaboração de novo sítio do CNS. Explicou que, em 2003, a  
40 equipe de comunicação da Secretaria-Executiva do CNS iniciou pesquisa que evidenciou a dificuldade  
41 dos conselheiros em trabalhar com a página do Conselho no formato em que se encontrava. Diante  
42 disso, a equipe iniciou, em 2004, a elaboração do projeto do novo sítio do CNS. Após essas justificativas,  
43 apresentou a nova página que tem como novidades: a não apresentação de animação em *flash*, a fim de  
44 não sobrecarregar os computadores com pouca capacidade de memória; *link* que possibilita a abertura  
45 direta da página; *link* chamado “destaques” que remete às principais discussões do CNS; e *web site* –  
46 mini-páginas para cada Conferência da Saúde, com informativo eletrônico. Acrescentou que, apesar  
47 dessas novidades, a equipe manteve os principais arquivos da página anterior. Feita a apresentação da  
48 página, solicitou a autorização do Plenário para colocar o novo sítio do CNS no ar, lembrando que  
49 seriam necessárias duas semanas para adaptação dos novos *links* da página. Na seqüência, foi aberta a  
50 palavra para considerações do Plenário. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** registrou a sua  
51 satisfação com o novo sítio do CNS e parabenizou a equipe responsável pelo projeto. A Secretaria-  
52 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, consultou o Plenário sobre a possibilidade de colocar a  
53 nova página no ar e estabelecer o período de quinze dias para testagem e apresentação de  
54 contribuições à área de comunicação do CNS. O Plenário endossou a proposta. Na próxima Reunião  
55 Ordinária do CNS, a página será reapresentada, com as eventuais adequações. **ITEM 3 –**  
56 **APRESENTAÇÃO DO GT/CNS REFERENTE À ANÁLISE DAS PORTARIAS SUSPENSAS PELA**  
57 **PORTARIA GM Nº 1.187, de 13 de julho de 2005** – Os Conselheiros **José Eri de Medeiros**, **Gilca**  
58 **Ribeiro Starling Diniz e Solange Gonçalves Belchior**, integrantes do GT constituído na última Reunião  
59 Ordinária do CNS para analisar as Portarias do Ministério da Saúde suspensas pela Portaria GM nº  
60 1.187, de 13 de julho de 2005, assumiram a coordenação dos trabalhos e definiram a dinâmica para  
61 apreciação do resultado dos trabalhos. Conselheiro **José Eri Medeiros** iniciou apresentando a  
62 metodologia utilizada pelo GT para avaliação análise das portarias suspensas por meio da Portaria GM-  
63 MS nº 1.187, de 13 de julho de 2005, acrescidas das Portarias GM-MS nºs 1.072 e 1081, por solicitação  
64 do CONASS. Explicou que o GT analisou sessenta Portarias, sendo que dezoito já haviam sido  
65 republicadas pela Portaria GM-MS nº 1.269, de 3 de agosto de 2005. Disse que o Grupo utilizou como  
66 metodologia de análise das Portarias: apreciação do mérito e separação por temas; verificação se a  
67 política determinante da Portaria fora aprovada no CNS; análise por parte dos técnicos das três esferas  
68 de governo e membros de comissões do CNS envolvidos com as temáticas; e solicitação a COFIN de  
69 avaliação do impacto financeiro das Portarias. Destacou que na primeira reunião do GT, realizada no dia  
70 22 de julho de 2005, todas

73 as portarias foram analisadas pelos integrantes do GT presentes à reunião, tendo sido definidos os  
74 seguintes encaminhamentos:  
75 convite a técnicos e conselheiros das áreas afins e representantes do CONASS e CONASEMS  
76 envolvidos com os temas saúde mental, saúde indígena, recursos humanos, saúde do trabalhador e  
77 finanças, com o objetivo de contribuírem com a análise; e solicitação à Secretaria-Executiva do CNS que  
78 realizasse o levantamento de todas as atas para verificar as políticas aprovadas no Conselho Nacional  
79 de Saúde relacionadas às portarias em questão. Já na segunda reunião, realizada no dia 3 de agosto de  
80 2005, o GT agrupou as Portarias por eixos temáticos - saúde mental; saúde do trabalhador; saúde  
81 indígena; alimentação e nutrição; e recursos humanos na saúde - e definiu cinco grupos de trabalho para  
82 analisá-las. Além disso, ressaltou que foram analisadas outras Portarias que não tinham relação com  
83 esses eixos temáticos. Continuando, disse que esses grupos de trabalho  
84 apresentaram avaliações das portarias para os integrantes do GT, de acordo com os seguintes critérios:  
85 objeto da portaria; fundamentação e importância para o SUS; impacto na assistência ou impacto  
86 financeiro; e sugestões. Ressaltou que a terceira reunião do GT foi realizada no dia 9 de agosto de 2005  
87 e teve como resultado: a  
88 nálise e avaliação dos produtos dos subgrupos do GT; a  
89 nálise pelos integrantes dos GT das demais portarias não contempladas nos cinco eixos temáticos; e a  
90 laboração do parecer a ser apresentado ao Plenário do CNS. Após a apresentação da metodologia de  
91 trabalho utilizada pelo Grupo, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** passou à apresentação das portarias e  
92 dos encaminhamentos do GT. Iniciando, apresentou as seis  
93 Portarias de Recursos Humanos, sendo elas: **a)** GM/MS nº 1.111, de 5 de julho de 2005, que f  
94 ixia normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo  
95 Trabalho; **b)** GM/MS nº 1.168, de 7 de julho de 2005, que  
96 redefine os objetivos da RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS e dá outras providências; **c)**  
97 GM/MS nº  
98 1.143, de 7 de julho de 2005, que apóia  
99 programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRM-MFC), por meio do  
100 Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde; **d)** GM/MS  
101 nº 1.156, de 7 de julho de 2005, que institui o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde;  
102 **e)** GM/MS nº 1.057, de 7 julho de 2005, que  
103 estabelece incentivo financeiro complementar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, parte  
104 integrante do piso de atenção básica, para regularização do vínculo contratual desses trabalhadores; e **f)**  
105 GM/MS 1.155, de 7 de julho de 2005, que  
106 constitui a rede de apoio à desprecarização do trabalho no SUS. Disse que a recomendação do GT era  
107 submeter as Portarias GM/MS nºs 1.111, 1.168,  
108 1.143/GM e  
109 1.156 à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH/CNS) para avaliação em reunião ampliada,  
110 que ocorreria no dia 16 de agosto de 2005 e solicitar ao Plenário do CNS a análise e apreciação das  
111 Portarias GM/MS nº 1.057 e 1.555. Conselheiro **José Eri Medeiros** acrescentou que no dia 15 de agosto  
112 de 2005 se reuniriam dois grupos para analisar as Portarias com maior profundidade e preparar  
113 anteprojeto a ser apresentado a CIRH. Feita a apresentação, foi aberta a palavra para manifestação do  
114 Plenário sobre os encaminhamentos propostos pelo GT. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou  
115 que lhe fosse disponibilizado o texto da Portaria nº 1.057/05, pois precisava verificar se o seu teor  
116 contemplava a questão da precarização, que independia da vinculação, se havia mecanismos para  
117 garantir o repasse integral do incremento de 45% e se não haveria diferenciação entre os agentes  
118 comunitários que receberiam o incremento. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** também  
119 salientou a necessidade de analisar o teor da Portaria nº 1.057/05, a fim de verificar como seria feito o  
120 repasse do incentivo aos agentes comunitários de saúde. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** enfatizou  
121 que a idéia não era analisar o teor de todas as Portarias, mas sim, as recomendações e sugestões do  
122 GT. Contudo, diante das dúvidas em relação à Portaria nº 1.057/05, explicou que contemplava apenas  
123 os agentes comunitários de saúde e definia que o repasse do recurso somente seria feito com a  
124 comprovação do vínculo regular. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** disse que deveria ser explicitado  
125 na Portaria nº 1.057/05 o mecanismo de regulação, independente do processo de controle efetivo pelos  
126 Conselhos Municipais de Saúde. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** ressaltou que a proposta do GT era  
127 aprovação do mérito da Portaria, com revisão dos mecanismos de regulação. Conselheira **Zilda Arns**  
128 **Neumann** chamou a atenção para a necessidade de agilizar o processo de regulamentação da carreira  
129 de agentes comunitários de saúde. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** destacou que, apesar de  
130 reconhecer a excepcionalidade do trabalho do GT, estava preocupado com o *modus operandi* do  
131 Conselho Nacional de Saúde, por entender que o papel do CNS era aprovar a Política e não analisar o  
132 instrumento (Portaria) que o gestor utilizaria para implementá-la. Conselheiro **José Eri Medeiros**  
133 explicou que o Conselho decidiu criar o GT para analisar o mérito das Portarias que haviam sido  
134 suspensas, a fim de evitar prejuízos no processo de implementação de políticas importantes aprovadas  
135  
136

142 pelo Plenário do CNS. A propósito da Portaria nº 1.057, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**  
143 apresentou as seguintes propostas: garantir que todos os agentes comunitários de saúde fossem  
144 contemplados com o incentivo; incluir artigo vinculando o repasse do recurso à desprecarização do  
145 trabalho; e ampliar os mecanismos de controle e regulação. Assim, concordou com a recomendação do  
146 GT de enviar a Portaria, bem como as sugestões apresentadas, à apreciação da CIRH/CNS, a fim de ser  
147 elaborado texto a ser apresentado posteriormente ao Plenário do CNS. Conselheiro **Eni Carajá Filho**  
148 registrou que o Plenário teria que se manifestar politicamente sobre a suspensão de portarias cujas  
149 políticas haviam sido aprovadas pelo CNS e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, dada a  
150 necessidade de garantir a continuidade do processo de implementação das mesmas. Nessa linha,  
151 enfatizou a necessidade de o Ministério da Saúde manifestar-se, o mais breve possível, sobre as  
152 portarias que seriam validadas para que o Conselho debatesse as controvérsias. Conselheiro **José Eri  
153 Medeiros** explicou que o CNS poderia manifestar-se sobre as portarias até o final do mês de agosto de  
154 2005, já que o Ministério da Saúde havia prorrogado o efeito suspensivo das mesmas por mais quinze  
155 dias. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que conforme informações do  
156 representante da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, **José Carlos de Moraes**, um dos responsáveis  
157 pelo cálculo do impacto financeiro das portarias suspensas, a nº 1.057/05, definia que o incremento de  
158 45% destinava-se à regularização de vínculo, sendo necessário incluir adendo sobre monitoramento e  
159 regulação. Atendendo à solicitação da mesa, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a sua  
160 sugestão, no que se refere à Portaria nº 1.057, era incluir trecho no artigo que dispõe sobre o pagamento  
161 dos agentes comunitários de saúde, determinando que todos os agentes comunitários de saúde seriam  
162 contemplados com o incentivo e incluir novo artigo, definindo que o incentivo somente seria repassado  
163 aos municípios caso não houvesse precarização do trabalho. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** avaliou  
164 que não cabia ao Plenário analisar minúcias das Portarias, mas sim, verificar se estava em consonância  
165 com a política aprovada pelo Conselho. Nessa ótica, salientou que a Portaria nº 1.057/05 refletia a  
166 política da desprecarização do trabalho, logo, o Plenário deveria aprovar o seu mérito e recomendar a  
167 definição dos mecanismos de regulação. Encaminhando, Conselheiro **José Eri Medeiros** colocou em  
168 votação a seguinte proposta: **enviar as Portarias nºs 1.111/05, 1.168/05, 1.143/05, e 1.155/05 para  
169 análise de grupos de trabalhos, que se reuniriam no dia 15 de agosto de 2005, na perspectiva de  
170 elaborar anteprojeto a ser apresentado a CIRH/CNS na reunião que se realizaria no dia 16 de  
171 agosto de 2005; e aprovar a Portaria nº 1.057/05, considerando a sugestão de definir melhor como  
172 se daria o processo de regulação, controle e desprecarização das relações de trabalho. O  
173 encaminhamento foi aprovado com duas abstenções.** O Plenário não se manifestou em relação à  
174 Portaria nº 1.156/05. Prosseguindo, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** passou à apresentação das  
175 Portarias concernentes à saúde mental. Explicou que, nesse grupo, foram agrupadas sete portarias,  
176 todas referentes à política já aprovada pelo CNS, sendo elas: **a) GM/MS nº 1.169, que define  
177 Incentivo Financeiro para municípios que desenvolvam Projeto de Geração de Renda; b) GM/MS nº  
178 1.028, que publica a  
179 Portaria que Regulamenta as Ações de Redução de Danos; c) GM/MS nº  
180 1.059, que d  
181 estina incentivo financeiro para fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção  
182 Psicossocial para álcool e outras drogas; d) GM/MS nº  
183 1.027, que  
184 aprova as normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos Serviços Hospitalares de  
185 Referência para a Atenção Integral a usuários de Álcool e Outras Drogas; e) GM/MS nº  
186 1.174, que determina  
187 incentivo financeiro para municípios que implantarem Política de Qualificação dos CAPS; f) SAS/MS nº  
188 395, que  
189 determina que os hospitais psiquiátricos dos grupos II a IV que não aderiram ao Programa de  
190 Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar voltem a ser remunerados conforme os valores da  
191 Portaria da SAS nº 77/07, aplicando o que determina a Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004, que  
192 institui o PRH; e g) SAS/MS nº  
193 396, que  
194 estabelece diretrizes para funcionamento de Centros de Convivência e Cultura articulados à rede de  
195 atenção psicossocial do SUS. Explicou que a sugestão do GT ao Plenário era aprovação do mérito das  
196 sete Portarias e recomendação ao Ministério da Saúde de republicação das mesmas, uma vez que a  
197 política já havia sido aprovada pelo CNS. Feita a apresentação, foi aberta a palavra para intervenções do  
198 Plenário. Em virtude de não ter havido destaque às Portarias, Conselheira **Solange Gonçalves  
199 Belchior** consultou o Plenário se havia consenso sobre a sugestão do GT: **aprovação do mérito das  
200 sete Portarias e recomendação ao Ministério da Saúde de que fossem republicadas, a fim de se  
201 garantir a continuidade do processo de implementação da Política de Saúde Mental. O Plenário  
202 aprovou, por unanimidade, o encaminhamento do GT.** Continuando, Conselheira **Gilca Ribeiro S.  
203 Diniz** expôs as portarias concernentes à saúde indígena. Explicou que, nesse grupo, foram agrupadas**

207 quatro portarias, todas referentes à política já aprovada pelo CNS, sendo elas: **a)** GM/MS nº 1.062, que  
208 institui a criação do Selo Hospital Amigo do Índio e do Comitê de Certificação e Avaliação do Selo  
209 Hospital Amigo do Índio; **b)** GM/MS nº 1.081, que trata da qualificação de municípios a receberem os  
210 incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de Assistência  
211 Básica de Saúde;  
212 **c)** GM/MS nº 1.076, que institui o incentivo financeiro adicional vinculado a atuação dos AIS e dos  
213 AISAN; e **d)** GM/MS nº 1.088, que dispõe sobre a definição dos valores de Incentivo Financeiro de  
214 Atenção Básica de Saúde aos Povos Indígenas e sobre a composição e organização das equipes  
215 multidisciplinares de atenção à saúde indígena. Explicou que a recomendação do GT ao Plenário era: **1)**  
216 nº 1.062/05: aprovação e republicação da Portaria com as seguintes alterações: artigo 2º, item VI:  
217 mudar a redação para  
218 “garantia da participação de usuários e gestores no âmbito do DSEI, nas instâncias de avaliação  
219 hospitalar”;  
220 artigo 2º, item VII:  
221 incluir a palavra indígena  
222 “garantia de processo de Educação Permanente aos Profissionais com respeito a interculturalidade e  
223 valorização das práticas tradicionais de saúde indígena”; e  
224 artigo 4º, item V:  
225 retirar o representante da CISI/CNS do Comitê de Certificação e Avaliação do Selo Hospital Amigo do  
226 Índio, já que o CNS é um órgão deliberativo e não deve participar de Comitês Consultores;  
227 **2)** Portarias nºs 1.081/05 e 1.076/05: aprovação e republicação com as seguintes sugestões de  
228 alterações:  
229 “Qualificar os municípios, descritos no Anexo I desta Portaria a receberem mensalmente os incentivos de  
230 Atenção Básica aos Povos Indígenas, destinados às ações e procedimentos de Assistência Básica à  
231 Saúde, indicados no âmbito do Distrito Sanitário de Saúde Indígena, com o referendo do Conselho  
232 Distrital de Saúde Indígena”;  
233 que as tabelas das duas Portarias tenham a mesma seqüência do padrão de codificação do IBGE; e  
234 que as planilhas sejam revistas sistematicamente, pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, para  
235 readequações, levando-se em consideração a população a ser atendida, as dificuldades de acesso e o  
236 perfil epidemiológico; e **3)** nº 1.088/05: remeter à Câmara Técnica de Saúde Indígena da Comissão  
237 Intergestores Tripartite e a CISI/CNS para análise em conjunto com a Portaria GM nº 1.163/99, que trata  
238 da relação da FUNASA com estados e municípios. Finalizada a apresentação, foi aberta a palavra para  
239 manifestações do Plenário. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** expôs que a comunidade indígena era  
240 contrária ao repasse de recursos pelos municípios, por entender que deveria ser feito por meio da  
241 Funasa, na perspectiva de fortalecer os Distritos Sanitários Indígenas. Diante disso, salientou a  
242 necessidade de análise mais aprofundada da Portaria nº 1.081/05, que dispõe sobre a qualificação dos  
243 municípios para recebimento de incentivos de Atenção Básica à Saúde. Conselheira **Zilda Arns**  
244 **Neumann** explicou que os povos indígenas queixavam-se que os municípios não aplicavam os  
245 incentivos destinados à saúde indígena. Na sua visão, o CNS deveria contribuir para o fortalecimento  
246 dos 34 Distritos Sanitários Indígenas, por serem espaços ideais para definição de políticas de saúde de  
247 acordo com a realidade local. Conselheiro **José Eri Medeiros** esclareceu que o GT, entendendo a  
248 necessidade de discutir a relação da Funasa com estados e municípios, indicou as Portarias nºs  
249 1.163/99 e 70/04, que não haviam sido suspensas pelo Ministro da Saúde, para serem avaliadas em  
250 conjunto com a Portaria nº 1.088/05. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** informou à Conselheira **Gysélle**  
251 **Saddi Tannous** que as Portarias nºs 1.081 e 1.076 tratavam sobre repasses financeiros e as sugestões  
252 de alteração apresentadas reforçavam a participação dos Distritos Sanitários e dos Conselhos Distritais  
253 Indígenas no acompanhamento e monitoramento do repasse dos incentivos. Feitos esses  
254 esclarecimentos, Conselheiro **José Eri Medeiros** colocou em votação o encaminhamento proposto pelo  
255 GT: **aprovção do mérito das Portarias nºs 1.062, 1.081 e 1.076, com as alterações propostas e**  
256 **recomendação de que sejam republicadas; e envio da Portaria nº 1.088 à Câmara Técnica de**  
257 **Saúde Indígena da CIT e a CISI/CNS para análise, junto com a Portaria GM nº 1.163/99. O**  
258 **encaminhamento foi aprovado por unanimidade.** Definido esse ponto, Conselheira **Gilca Ribeiro S.**  
259 **Diniz** passou a apresentação das portarias de saúde do trabalhador. Explicou que o GT analisou duas  
260 Portarias, sendo elas: **a)** GM/MS nº 1.125, de 6 de julho de 2005, ora suspensa, que dispõe sobre os  
261 propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS; e **b)** Portaria GM/MS nº 1.068, de 4 de julho  
262 de 2005, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à  
263 Saúde do Trabalhador (RENAST), no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Acrescentou  
264 que a Política de Saúde do Trabalhador para o SUS não havia sido discutida no CNS por falta de  
265 agenda, todavia, havia sido objeto de debate na Comissão Interserial de Saúde do Trabalhador  
266 (CIST/CNS). Desse modo, recomendou que a Política fosse pautada para debate no CNS, com a  
267 máxima urgência, em função da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador prevista para  
268 novembro de 2005. Em relação à Portaria nº 1.125/05, explicou que o GT recomendava a aprovação e a  
269

270 constituição de um GT, com representantes do Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego,  
271 Ministério da Previdência Social, CONASS, CONASEMS e usuários para que, a partir das bases  
272 dispostas nesta Portaria, fosse formulada uma Política Nacional em Saúde do Trabalhador. A propósito  
273 da Portaria nº 1.068/05, disse que o GT indicava a manutenção do mérito, a ampliação do período de  
274 suspensão por mais trinta dias, garantindo o ritual de pactuação na CIT em setembro de 2005, com  
275 prévia avaliação pela respectiva Câmara Técnica e recomendava  
276 sua priorização na execução financeira do Ministério da Saúde para o exercício de 2005 e 2006.

277 Após a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Jesus**  
278 **Francisco Garcia** destacou que a RENAST vinha sendo implantada desde 2003 e não havia sido  
279 submetida à apreciação do Controle Social. Nessa linha, propôs que esse tema fosse pautado para  
280 debate na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o Plenário apreciasse as  
281 duas Portarias na próxima reunião junto com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS.  
282 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que o Plenário recomendasse a republicação das  
283 Portarias, uma vez que a Política de Saúde do Trabalhador não havia sido pautada no Conselho por falta  
284 de agenda e pautasse debate dessa matéria na próxima reunião do CNS. Diante da falta de consenso,  
285 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** retirou a sua proposta em favor do encaminhamento  
286 proposto pelo Conselheiro **Jesus Francisco Garcia**, acrescido pelo Conselheiro **Eni Carajá Filho**,  
287 colocando-o em votação: **pautar o debate da Política Nacional de Saúde do Trabalhador na próxima**  
288 **Reunião Ordinária do CNS e apreciar, na ocasião, as Portarias GM/MS nºs 1.125/05 e nº 1.068/05.**  
289 **O encaminhamento foi aprovado com um voto contrário e uma abstenção.** Segundo, Conselheira  
290 **Gilca Ribeiro S. Diniz** passou à apresentação das portarias de alimentação e nutrição. De início,  
291 salientou que era preciso discutir a implementação efetiva da Política Nacional de Alimentação e  
292 Nutrição, reforçando os cuidados em promoção e prevenção. Explicou que, nesse eixo temático, foram  
293 avaliadas duas Portarias, sendo elas: **a)** Portaria GM/MS nº 1.075, de 4 de julho de 2005, ora suspensa,  
294 que institui diretrizes para a atenção ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as  
295 unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; e **b)** Portaria SAS/MS nº  
296 390, que define Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade  
297 Grave. A propósito da Portaria GM/MS nº 1.075/05, explicitou a sugestão do GT de  
298 encaminhá-la aos demais membros do Grupo de Trabalho instituído por meio da Portaria nº 1827/GM,  
299 de 2 de setembro de 2004, que teve por incumbência a elaboração da proposta ora em análise, para  
300 complementação deste parecer e para outras considerações que possam subsidiar o CNS na análise da  
301 pertinência e oportunidade da ação proposta nesta portaria. Nesse ponto, lembrou que a coordenação  
302 do referido grupo coube ao Departamento de Atenção Especializada da SAS, sendo esta Coordenação  
303 Geral da Política de Alimentação e Nutrição um dos três representantes da SAS no referido grupo de  
304 trabalho. Em relação à Portaria SAS/MS nº 390, explicou que a sugestão era não aprovar o mérito e  
305 delegar à Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN/CNS) a discussão sobre a  
306 implementação efetiva da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com foco nos cuidados em  
307 promoção e prevenção. Não havendo novos encaminhamentos, Conselheiro **José Eri Medeiros** colocou  
308 em votação a proposta do GT: **enviar as Portarias a CIAN/CNS para aprofundar o debate, com**  
309 **apresentação dos resultados das discussões ao Plenário do Conselho. O encaminhamento foi**  
310 **aprovado com uma abstenção.** Na seqüência, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** passou à  
311 apresentação das demais p  
312 ortarias avaliadas pelo GT, que não tinham relação com os eixos temáticos definidos, e as respectivas  
313 recomendações. Inicialmente, apresentou a **Portaria GM/MS nº 1.018, de 1º de julho de 2005**, que  
314 institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Integral as Pessoas com  
315 Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. A propósito, expôs que o GT recomendava ao Plenário  
316 a não aprovação da Portaria, por ser necessário debater a Política de Sangue no CNS. Feita a  
317 apresentação, abriu a palavra para o Plenário. Conselheiro **Eni Carajá Filho** defendeu a aprovação da  
318 Portaria, com a recomendação de pautar o debate da Política Nacional de Sangue do Ministério da  
319 Saúde. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** ressaltou que o GT não havia discutido o mérito da  
320 Portaria, entendendo que o Plenário deveria manifestar-se sobre a matéria. O representante da SAS/MS,  
321 **José Carlos de Moraes**, solicitou que o Plenário apreciasse o encaminhamento proposto pelo  
322 Conselheiro **Eni Carajá Filho**, uma vez que, além de uma série de atos normativos, a 1ª Conferência  
323 Nacional de Promoção da Igualdade Racial recomendou a discussão da atenção integral às pessoas  
324 com doença falciforme e outras hemoglobinopatias. Diante dessa consideração, Conselheira **Solange**  
325 **Gonçalves Belchior** colocou em votação o seguinte encaminhamento: **aprovação do mérito da**  
326 **Portaria, recomendando ao Ministério da Saúde a sua republicação e indicação da necessidade**  
327 **de pautar, com urgência, o debate no CNS sobre a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados**  
328 **do Ministério da Saúde. O encaminhamento foi aprovado por unanimidade.** Prosseguindo,  
329 Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz**, apresentou duas portarias, que tratam sobre saúde bucal, a saber:  
330 **a)** Portaria GM/MS nº 1.063, de 4 de julho de 2005, que define critérios, normas e requisitos para a

336 implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de  
337 Próteses Dentárias; e **b)**  
338 Portaria GM/MS nº 1.069, de 4 de julho de 2005, que institui o financiamento dos Centros de  
339 Especialidades Odontológicas – CEO. Explicou que as Portarias foram encaminhadas à Comissão  
340 Intersetorial de Orçamento e Financiamento do CNS (COFIN/CNS) para análise da repercussão  
341 financeira e o GT recomendava a republicação das mesmas, já que a Política fora aprovada no Conselho  
342 Nacional de Saúde. **Não havendo posições contrárias, o Plenário aprovou, por unanimidade, as**  
343 **Portarias e recomendou a republicação das mesmas.** Seguindo, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz**  
344 submeteu à apreciação do Plenário a [Portaria MS-GM nº 1.067 de 4 de julho de 2005](#), que institui a  
345 Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disse que o GT recomendava ao Plenário a  
346 republicação da Portaria, já que a política fora aprovada no Conselho Nacional de Saúde. Conselheiro  
347 **Francisco das Chagas Monteiro** perguntou se a Portaria contemplava a questão do atendimento  
348 noturno às mulheres que trabalhavam e definia que as equipes obstétricas e neonatais deveriam ser  
349 completas (obstetras, anestesistas e neonatologista), a fim de garantir atendimento de qualidade às  
350 usuárias. Conselheira **Silvia Marques Dantas** explicou que a Portaria definia norma técnica da atenção  
351 obstétrica e neonatal e não tratava da organização dos serviços. Nessa linha, sugeriu que a questão do  
352 atendimento constasse em outra portaria. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** explicou que a Portaria  
353 definia princípios e diretrizes para estruturação dos serviços e não contemplava a organização dos  
354 serviços. De tal forma, defendeu que a Portaria fosse aprovada conforme apresentada. Conselheiro  
355 **Francisco das Chagas Monteiro** disse que a garantia de equipes obstétricas e neonatais completas  
356 referia-se à qualidade da assistência prestada, devendo constar na Política Nacional de Atenção  
357 Obstétrica e Neonatal. Por outro lado, concordou que a questão da garantia de atendimento noturno às  
358 mulheres referia-se à organização dos serviços e deveria ser objeto de outra portaria. Conselheira **Silvia**  
359 **Marques Dantas** sugeriu que as questões levantadas pelo Conselheiro **Francisco das Chagas**  
360 **Monteiro** fossem tratadas no debate sobre a Política de Atenção à Saúde da Mulher, que ocorreria na  
361 Reunião Ordinária do CNS do mês de setembro de 2005. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, na  
362 perspectiva de atender às preocupações do Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro**, sugeriu que  
363 o Plenário aprovasse a Portaria, recomendando a sua republicação e solicitasse ao Ministério da Saúde  
364 que avaliasse a possibilidade de ser complementada na lógica de se garantir o atendimento integral à  
365 mulher. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** colocou em votação o encaminhamento proposto:  
366 **aprovação do mérito da Portaria, recomendando ao Ministério da Saúde que a republique e avalie**  
367 **a possibilidade de ser complementada a partir das considerações feitas pelo Conselheiro**  
368 **Francisco das Chagas Monteiro. O encaminhamento foi aprovado por unanimidade.** Continuando,  
369 Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** informou que a Portaria GM/MS nº 1.082, de 4 de julho de 2005, que  
370 extingue o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde –  
371 FIDEPS, fora republicada e a Política aprovada no Conselho Nacional de Saúde. Seguindo, apresentou  
372 as Portarias nºs 1.083, que cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais  
373 Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS; e  
374 1.116, de 6 de julho de 2005, que altera a redação do art. 9º da Portaria GM/MS nº 1.083/05, que cria o  
375 Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde  
376 - SUS. Explicou que o GT recomendava a aprovação das Portarias  
377, pois o método utilizado seguia a lógica da política de contratualização aprovada no CNS e a  
378 recomposição do artigo 9º, que trata da comissão responsável pela reestruturação da contratualização,  
379 incluindo três representantes do segmento dos usuários e três representantes dos trabalhadores. Além  
380 disso, o Grupo sugeriu que, a exemplo de como feito nos Hospitais de Ensino, o contrato fosse pactuado  
381 com o gestor local e com aprovação do Conselho de Saúde Local. Na sequência, foi aberta a palavra  
382 para manifestações do Plenário. Conselheiro **Luiz Fernando C. Silva** destacou que a Portaria nº  
383 1.083/05 solicitava a indicação de representantes de órgãos e instituições e, desse modo, solicitou  
384 maiores esclarecimentos sobre a proposta de inclusão de representantes dos usuários e trabalhadores.  
385 Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** explicou que a presença dos usuários e trabalhadores na comissão  
386 era fundamental para otimizar os trabalhos. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** lembrou a deliberação  
387 do Plenário do CNS de que não seriam indicados representantes para participar de comissões do  
388 Ministério da Saúde e outros órgãos. Assim, perguntou como se daria a participação dos três usuários e  
389 três trabalhadores na comissão, sem configurar vínculo de participação do Conselho em uma comissão  
390 do Poder Executivo. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que houvesse acréscimo na Portaria,  
391 definindo que a representação seria feita por meio de entidades do âmbito local. Conselheira **Silvia**  
392 **Marques Dantas** salientou a importância da participação de usuários e trabalhadores no debate sobre a  
393 contratualização e, a propósito, sugeriu que o Conselho indicasse instituições representantes desses  
394 dois segmentos para compor a comissão. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** concordou que  
395 os representantes dos usuários e dos trabalhadores nas Comissões não deveriam ser, no âmbito  
396 nacional, indicados pelo Conselho Nacional de Saúde e, no âmbito local, pelos Conselhos Estaduais e  
397 Municipais de Saúde, por entender que cabia ao Ministério da Saúde indicar três instituições ou

398 entidades de usuários e de trabalhadores para compor a comissão. A Secretaria-Executiva do CNS,  
399 **Eliane Aparecida da Cruz**, considerando o volume de indicações do Conselho para participar de  
400 comissões e grupos, propôs que houvesse conversa com os Secretários de Saúde sobre o modo de  
401 constituição e a finalidade das comissões e GTs e a necessidade da participação do Conselho.  
402 Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** defendeu a aprovação da Portaria, sem o adendo do GT de incluir  
403 novos representantes na comissão. Diante da falta de consenso sobre o encaminhamento e o adiantado  
404 da hora, o Plenário suspendeu o debate da Portaria nº 1.083 e decidiu que retomaria a discussão dessa  
405 e das demais portarias no final do dia. Desse modo, a Secretaria-Executiva do CNS encerrou os  
406 trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião, estando presente os seguintes Conselheiros: **Titulares** -  
407 **Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Eni Carajá Filho,**  
408 **Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gianni Franco Samaja, Gilca Ribeiro**  
409 **S. Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, Jesus Francisco Garcia, João**  
410 **Donizetti Scaboli, Luiz Augusto Ângelo Martins, Luiz Fernando C. Silva, Marcelo de Ávila Rosa,**  
411 **Nildes de Oliveira Andrade, Rômulo Maciel Filho, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa**  
412 **da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Wander Geraldo da Silva e Zilda**  
413 **Arns Neumann. Suplentes: Ciro Mortella, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Francisca Valda da**  
414 **Silva, Geraldo Adão Santos, Geusa Dantas Lelis, José Eri Medeiros, Júlia Maria Roland, Lírida**  
415 **Maria dos Santos Vieira, Lílian Alické, Luiz Gonzaga de Araújo, Maria Irene M. Magalhães, Maria**  
416 **Thereza Mendonça de Carneiro Rezende, Mauro Fernando Schmidt, Marisa Fúria Silva Noemy**  
417 **Yamaguishi Tomita e Vera Lúcia M. de Vita.** A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**  
418 **Cruz**, iniciou os trabalhos da tarde do primeiro dia de reunião e, devido ao adiantado da hora e à  
419 presença dos convidados para discutir a questão da 'quebra de patentes', o Plenário decidiu inverter,  
420 adiando o debate do item 4 para um segundo momento. **ITEM 5 -**

422 **DEBATE SOBRE "QUEBRA DE PATENTES" -** Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, integrante do GT  
423 AIDS/CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e definiu a dinâmica para o debate sobre propriedade  
424 intelectual e licença compulsória. De início, abriu a palavra para o representante do Ministério da Saúde,  
425 **Jarbas Barbosa**, Secretário de Vigilância em Saúde/MS, para apresentação de informe sobre o  
426 processo de negociação do Ministério da Saúde concernente à produção dos medicamentos anti-  
427 retrovirais. O Secretário iniciou a sua explanação, agradecendo o convite para participar do debate  
428 dessa matéria no Conselho Nacional de Saúde e explicitando que, apesar de não ser especialista em  
429 propriedade intelectual, prestaria esclarecimentos na perspectiva de contribuir no debate. A princípio,  
430 falou sobre licenciamento voluntário e licenciamento compulsório. Expôs que licenciamento voluntário  
431 consistia em um acordo bilateral entre duas partes onde o proprietário do direito de patente cedia o  
432 direito desta, transferindo a tecnologia para que outro fabricante produzisse determinado medicamento.  
433 Explicou que, no Brasil, o processo de transferência tecnológica vinha acontecendo com bastante  
434 sucesso em relação às vacinas e o país produzia, atualmente, vacinas contra hemófilos e influenza tipo  
435 B. Ressaltou que o licenciamento compulsório, conhecido popularmente como "quebra de patentes",  
436 possuía regras definidas e, conforme a legislação, poderia ser feito em duas situações: emergência  
437 nacional e interesse público. Esclareceu que, no caso de emergência nacional, o licenciamento poderia  
438 ser adquirido caso houvesse apenas um fabricante de medicamento ou vacina necessária para conter  
439 epidemia instalada no país. Nesse caso, o licenciamento era temporário e o medicamento poderia ser  
440 produzido até a solução do problema. Destacou que a outra possibilidade seria o interesse público,  
441 entretanto, a legislação não definia com clareza quais eram as situações de interesse público. Todavia,  
442 colocava, dentre outros aspectos, o interesse da saúde pública do país. Prosseguindo, disse que o  
443 Brasil, diferentemente de outros países do mundo, buscava garantir o acesso universal da população  
444 aos medicamentos anti-retrovirais para o tratamento de HIV/AIDS, atendendo ao dispositivo da  
445 Constituição Brasileira de 1988 e à regulamentação em lei específica. Com isso, o SUS oferecia a todos  
446 os que precisavam medicamentos com eficácia comprovada e contemplados nos protocolos. Salientou  
447 que, em outras realidades, esse acesso era restrito, sendo oferecido somente os medicamentos que o  
448 país podia comprar. Relatou que era preciso considerar que, apesar dos preços mais favoráveis dos anti-  
449 retrovirais e do relativo controle da epidemia, cada vez mais pessoas precisavam de anti-retrovirais de  
450 última geração, em substituição aos de primeira, em virtude da resistência natural do organismo àquele  
451 medicamento. Assim, os resultados positivos das negociações de preços e a redução significativa de  
452 preço individual não se mostravam capazes de reduzir o crescimento global do custo desses anti-  
453 retrovirais. Com isso, disse que os gastos do Ministério da Saúde com a aquisição de anti-retrovirais  
454 tiveram acréscimo considerável de um ano para o outro e os medicamentos importados, protegidos por  
455 patentes, representavam 80% do total de R\$ 1 bilhão destinado à compra de anti-retrovirais em 2005.  
456 Diante desse cenário, explicou que, no mês de março de 2005, o Ministro da Saúde enviou carta aos três  
457 laboratórios, que respondiam a mais 60% dos anti-retrovirais importados em temos de custo, solicitando  
458 que oferecessem proposta para negociações de licença voluntária. Esclareceu que a intenção do  
459 Ministério da Saúde era produzir esses medicamentos no país, o que diminuiria os gastos e possibilitaria  
460 a aquisição de novos anti-retrovirais. Disse que dois laboratórios apresentaram proposta de transferência

461 tecnológica e se dispuseram a negociar. Ressaltou que o Laboratório ABBOT apresentou contraproposta  
462 de fabricação local do Kaletra, mas sem impacto na redução do preço do medicamento. Assim, o  
463 Ministério da Saúde respondeu ao Laboratório que a contraproposta não era lhe interessava, já que não  
464 teria impacto na redução do gasto com esse medicamento e tentou novas negociações, mas não obteve  
465 sucesso. Por essa razão, resolveu iniciar o licenciamento compulsório para produção do Kaletra no país.  
466 Expôs que o licenciamento compulsório era um instrumento que podia ser usado de forma favorável ou  
467 não, devendo, como qualquer processo, ser debatido sempre vinculado ao fim almejado. Explicou que o  
468 Ministério da Saúde, naquele momento, não tinha posição firmada sobre a licença compulsória de todos  
469 os anti-retrovirais, mas optou por fazê-la, no caso do Kaletra, porque o laboratório recusou-se a negociar  
470 e a oferecer proposta viável. Salientou que se enfrentou dificuldades, por ser a primeira vez que esse  
471 procedimento era feito no Brasil. Além disso, acrescentou que também não havia registro de solicitação  
472 de licença compulsória de outros países para produzir anti-retrovirais nacionalmente. Esclareceu que a  
473 licença compulsória possibilitaria o licenciamento de laboratório no Brasil, público ou privado, para  
474 produzir esse medicamento. Acrescentou que, para atender a interesse público, a licença teria que  
475 seguir regras, dentre elas, a não exportação do medicamento, já que se destinava a atender somente ao  
476 mercado público nacional. Por outro lado, no caso da emergência nacional, o medicamento poderia ser  
477 exportado. Destacou que, em 2003, o decreto presidencial, que dispõe sobre o licenciamento  
478 compulsório, foi retificado e o país passou a ter o direito de, no caso de licença compulsória, além de  
479 credenciar um terceiro para produzir medicamento, importar o medicamento genérico de outros países.  
480 Explicou, ainda, que o Ministério da Saúde discutiu com vários interlocutores sobre como fazer a licença  
481 compulsória, a fim de evitar contestações jurídicas. Além disso, disse que houve grande debate sobre o  
482 momento mais adequado para adoção desse processo a fim de que não houvesse prejuízo para o  
483 paciente, como a falta de medicamento. Salientou que o objetivo do Ministério da Saúde era produzir os  
484 medicamentos no país, porque isso garantiria a proteção contra a instabilidade do mercado externo e  
485 diminuiria o custo do produto. Após todo debate jurídico, disse que, no final do mês de junho de 2005, o  
486 então Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, expediu Aviso Ministerial, declarando que a  
487 fabricação nacional do Kaletra era de interesse público e definiu o prazo de dez dias para que o  
488 Laboratório se manifestasse sobre a decisão. Disse que, nesse intervalo, o Laboratório apresentou  
489 propostas que foram recusadas pelo Ministério da Saúde por estarem distantes dos preços oferecidos  
490 por outros produtores. Detalhou que, atualmente, o Ministério pagava U\$ 1,17 dólares por cápsula e, na  
491 época, o Laboratório Farmanguinhos apresentou a proposta de vender o medicamento a R\$ 0,69 por  
492 cápsula e um produtor indiano de genérico, a R\$ 0,72. Com a licença compulsória, seria necessário  
493 adquirir o kaletra pediátrico que atualmente era doado pelo Laboratório, o que custaria cerca de R\$ 2  
494 milhões em 2006. Ressaltou que, no dia 6 de julho de 2005, o Laboratório apresentou última proposta de  
495 fixar um valor global, definindo um teto mínimo e máximo para preço de cada cápsula, pois se houvesse  
496 grande incremento de pacientes, o preço individual cairia, mas se acontecesse o contrário, o preço  
497 aumentaria. Explicou que, pela estimativa do Programa de DST/AIDS, em 2006, o valor seria de R\$ 0,88;  
498 em 2007, R\$ 0,80; em 2008, R\$ 0,74 e a partir daí seria definido o preço fixo de R\$ 0,70. Disse que o  
499 Ministério da Saúde considerou a proposta razoável em face do preço que era pago pelo Kaletra. Além  
500 disso, esclareceu que, comparado a outros países, o Ministério da Saúde pagava menos pelo Kaletra.  
501 Citou, como exemplo, o caso do México que pagava U\$ 2,40 por cápsula e a Argentina, U\$ 1,97. Além  
502 da redução do preço gradativamente, explicou que a proposta do Laboratório possibilitaria a substituição  
503 do Kaletra por novo medicamento que seria lançado no Brasil. Destacou que o Laboratório ABBOT  
504 manifestou preocupação com a possibilidade de divulgação do acordo com o Brasil em relação ao  
505 Kaletra, por entender que isso influenciaria os contratos com outros países e o Ministério da Saúde  
506 afirmou que o acordo firmado teria que ser público. Diante da contestação do Laboratório e da eventual  
507 necessidade de revisão de todo o processo de negociação, o Ministério da Saúde consultou novamente  
508 os laboratórios oficiais sobre os preços. Daí os laboratórios oficiais apresentaram a proposta de produzir  
509 o Kaletra por R\$ 0,41. Enfatizou que o Ministério da Saúde apresentou essa proposta a ABBOT e lhe  
510 solicitou contraproposta. Em relação à transferência tecnológica, explicou que o Ministério ainda estava  
511 enfrentando divergências. Explicou que, naquele momento, não tinha condições de defender o acordo ou  
512 o licenciamento compulsório, pois as duas possibilidades ainda estavam sendo discutidas. Todavia,  
513 afirmou que, caso fosse necessário, o Ministério da Saúde faria licença compulsória e para isso já  
514 possuía respaldo legal e político. Finalizando, disse que a negociação estava sendo concluída e  
515 comprometeu-se a apresentar, na próxima reunião, a opção do Ministério da Saúde. Na seqüência,  
516 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** convidou para compor a mesa e expor sobre o tema o Dr. **Dante**  
517 **Alário Júnior**, farmacêutico e empresário de pesquisa e desenvolvimento; o Dr. **Jorge Raimundo Filho**,  
518 ex-presidente da Glaxosmithkline e empresário de pesquisa e desenvolvimento; o Dr. **Paulo Teixeira**,  
519 assistente técnico da Coordenação de Saúde da Secretaria de Saúde de São Paulo; e Dr. **Michel**  
520 **Lothrowska**, representante da Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais da Organização dos  
521 Médicos sem Fronteiras no Brasil. O coordenador da mesa lembrou que o tema já havia sido objeto de  
522 discussão no Conselho e fora pautado novamente para definição de posicionamento. Feitos esses

523 esclarecimentos, abriu a palavra para as apresentações dos convidados. Dr. **Jorge Raimundo Filho**, ex-  
524 presidente da Glaxosmithkline, empresário de pesquisa e desenvolvimento e advogado especialista em  
525 Propriedade Intelectual, iniciou agradecendo a oportunidade de participar do debate no CNS sobre a Lei  
526 de Propriedade Intelectual. Disse que o processo de pesquisa e invenção de um medicamento levava  
527 anos, envolvia grandes investimentos e os resultados eram difíceis. Nessa ótica, explicou que somente  
528 em 1987, após três anos da descoberta do causador da AIDS, foi lançado o primeiro medicamento para  
529 o tratamento do HIV, o Retrovir-AZT. Informou que, até 1995, havia apenas quatro medicamentos para o  
530 tratamento da AIDS, contudo, devido à continuidade das pesquisas com grandes investimentos,  
531 atualmente, existiam 27 anti-retrovirais disponíveis. Salientou que o Programa de DST/AIDS do Brasil  
532 era exemplar porque buscava garantir o acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais para o  
533 tratamento de HIV/AIDS à população. Enfatizou que, diante da mutabilidade do vírus da AIDS, a indústria  
534 farmacêutica precisou investir, cada vez mais, na pesquisa para produção de novos medicamentos e  
535 atualmente, 79 medicamentos para AIDS estavam sendo testados, 34 anti-retrovirais, sendo dois de  
536 terapia genética. Lembrou que o Brasil era o 5º Signatário da Lei de Propriedade Intelectual e, de 1971 a  
537 1996, o país ficou sem patente para produtos farmacêuticos. Disse que dos dezoito mil pedidos de  
538 patentes apresentados ao Instituto Nacional de Propriedade Intelectual apenas 672 foram aprovados.  
539 Chamou a atenção, ainda, para o custo elevado para a produção de medicamento para AIDS.  
540 Prosseguindo, passou a tratar sobre os dispositivos legais concernentes à propriedade intelectual.  
541 Explicou que a Constituição Federal da República de 1988, no inciso XXIX, artigo 5º, assegurava o  
542 direito da propriedade intelectual ao definir que “A Lei assegurará aos autores de inventos industriais  
543 privilégio temporário para utilização, bem como proteção às criações industriais, às propriedades de  
544 marcas e aos nomes de empresas, a outros signos distintivos, tendo em vista o interesse social e o  
545 desenvolvimento tecnológico e econômico do país.” Além disso, citou o Decreto nº 1.355, de 30 de  
546 dezembro de 1994, Seção 5, artigo 27, que dispõe sobre matéria patenteável: “Sem prejuízo no disposto  
547 nos parágrafos 2º e 3º, qualquer invenção, de produto ou de processo, em todos os setores tecnológicos,  
548 será patenteável, desde que seja nova, envolva um passo inventivo e seja possível de aplicação  
549 industrial”. Prosseguindo, fez a leitura dos Parágrafos 2º e 3º que definem, respectivamente: “Os  
550 membros podem considerar como não patenteáveis invenções cuja exploração em seu território seja  
551 necessária para proteger a ordem pública ou moralidade, inclusive para proteger a vida ou a saúde  
552 humana, animal ou vegetal ou para evitar sérios prejuízos ao meio ambiente (...). Em 1996, informou  
553 que fora editada a Lei nº 9.279, que regula os direitos e obrigações relativas à propriedade intelectual e,  
554 em seu capítulo II, Seção I, artigo 8º define que “É patenteável a invenção que atenda aos requisitos de  
555 novidade, atividade inventiva e aplicação industrial”. Destacou que essa definição estava em  
556 consonância com o artigo 27, item I, do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual  
557 Relacionados ao Comércio (TRIPS). Nesse ponto, lembrou que o Brasil, junto com outros cem países,  
558 era signatário do Acordo TRIPS. Continuando, destacou o artigo 68 da Lei nº 9.279, que define os casos  
559 passíveis de licença compulsória: “O titular ficará sujeito a ter a patente licenciada compulsoriamente se  
560 exercer os direitos dela decorrente de forma abusiva, ou por meio dela praticar abuso de poder  
561 econômico, comprovado nos termos da lei, por decisão administrativa ou judicial.” Salientou, ainda, que  
562 alguns especialistas defendiam que apenas o trânsito em julgado da decisão judicial ensejaria a licença  
563 compulsória no Brasil, devido à possibilidade de revisão da decisão administrativa pelos Tribunais.  
564 Prosseguindo, citou o parágrafo 1º dessa Lei: “Ensejam igualmente licença compulsória: a não  
565 exploração do objeto da patente no território brasileiro por falta de fabricação ou fabricação incompleta  
566 do produto, ou, ainda, a falta de uso integral do processo patentead, ressalvados os casos de  
567 inviabilidade econômica, quando será admitida a importação”. Salientou que esse parágrafo contrariava  
568 o artigo 27.1 do TRIPS, que proíbe o estabelecimento de discriminação quanto ao fato de o produto ser  
569 produzido localmente ou importado. Acrescentou, ainda, que, conforme o parágrafo 5º dessa Lei, a  
570 licença compulsória, citada no § 1º, somente poderia ser concedida após decorridos três anos da  
571 concessão da patente. Por fim, falou sobre a concessão da patente em caso de emergência nacional e  
572 interesse público, destacando o artigo 71 da Lei que determina: “Nos casos de emergência nacional ou  
573 interesse público, declarados, em ato do Poder Executivo federal, desde que o titular da patente ou seu  
574 licenciado não atenda a essa necessidade, poderá ser concedida de ofício, licença compulsória  
575 temporária e não exclusiva para exploração da patente, sem prejuízo dos direitos do respectivo titular.”  
576 Sobre essa questão, salientou que era possível prever a emergência nacional (temporária), contudo, era  
577 difícil prever com certeza o interesse público, que era permanente, já que todo governo trabalhava por  
578 ele. Explicou que o Decreto nº 3.201, de 22 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 4.830, de 4  
579 de setembro de 2003, concedia ao Ministro de Estado da Saúde o direito de conceder licenças  
580 compulsórias nos casos de emergência nacional ou interesse público. Nesse ponto, expôs que a licença  
581 compulsória poderia ser concedida no caso de emergência nacional e não de interesse público, que era  
582 difícil de ser entendido. Seguindo, declarou que, conforme determinado na “The General Council  
583 Chaisperson’s Statement”, sobre o documento IP/C/W 405, da Organização Mundial do Comércio, o  
584 sistema estabelecido através da decisão WT/L/540 do Conselho de TRIPS sobre o parágrafo 6º da

585 Declaração de DOHA devia ser aplicado de boa fé para proteger a saúde pública e, sem prejuízo do que  
586 determina o parágrafo 6º, não devia ser usado como instrumento para implementar objetivos de política  
587 industrial ou comercial. Assim, a licença compulsória para fins de produção nacional poderia ser alvo de  
588 questionamentos. Ressaltou que o Decreto nº 3.201/99 deveria considerar a nota do Relatório da CPI de  
589 Medicamentos que determina “As matérias-primas, especialmente as substâncias farmacologicamente  
590 ativas, têm um papel importantíssimo na qualidade, segurança e nos preços dos remédios.” Salientou  
591 que a propriedade intelectual era de suma importância para a pesquisa e desenvolvimento de  
592 medicamentos, pois, sem ela não existiria esta mola propulsora de inovação. Finalizando, afirmou que o  
593 Decreto era objeto de grandes discussões multilaterais que, poderia prejudicar o paciente, a economia  
594 brasileira e suas exportações e trazer incertezas sobre os dispositivos legais na área da Propriedade  
595 Intelectual. Na seqüência, fez uso da palavra o Dr. **Paulo Teixeira**, Assistente Técnico da Coordenação  
596 de Saúde da Secretaria de Saúde de São Paulo, que fez algumas considerações sobre a interface da  
597 Política Nacional de Medicamentos Anti-retrovirais, as negociações com os laboratórios produtores, a  
598 produção nacional de genéricos e as legislações nacional e internacional sobre Propriedade Intelectual e  
599 Patentes. Iniciando, agradeceu a oportunidade de participar do debate e poder contribuir para que o CNS  
600 se posicionasse sobre a matéria. Primeiramente, afirmou que aquela discussão não seria necessária se  
601 o Brasil não tivesse aprovado a Lei de Propriedade Intelectual, em 1996, dez anos antes do prazo  
602 estabelecido. Acrescentou que países como a Índia e a China, que eram garantidores do mercado  
603 internacional, somente agora adotariam a Lei de Patentes. Disse que era necessário considerar como  
604 referência essencial para a discussão a Política Nacional de Acesso Universal ao Tratamento Anti-  
605 retroviral, adotada desde 1990, que provia assistência específica para 170 mil pessoas. Explicou que a  
606 distribuição universal dos medicamentos para tratamento da AIDS, pelo Ministério da Saúde, teve um  
607 impacto na resposta nacional à epidemia de HIV/Aids, em especial após a adoção da terapia combinada,  
608 a partir de 1997. Acrescentou que este impacto poderia ser avaliado, principalmente pela redução  
609 drástica da mortalidade de pessoas com HIV. Salientou que esses resultados traduziam apenas  
610 parcialmente os enormes benefícios dessa política, aos quais seria necessário acrescentar a melhoria na  
611 qualidade de vida, a reintegração social e a redução do estigma e da discriminação provocados pela  
612 doença. Acrescentou que a adoção da política possibilitou a redução do índice de tuberculose, das  
613 internações/dia, o que gerou uma economia de US\$ 1,2 bilhões/ano. Disse que era necessário notar que o  
614 impacto da política não beneficiou somente os cidadãos brasileiros atingidos pela infecção. Ressaltou  
615 que a redução dos preços de medicamentos no mercado internacional, decorrente do aumento de  
616 consumo e à produção de genéricos e a tecnologia assistencial gerada em nosso país, criaram novas  
617 perspectivas para o mundo em desenvolvimento, mudando o curso da história de combate à epidemia e  
618 trazendo novas esperanças para milhares de pessoas. Ressaltou que, embora ainda longe de  
619 corresponder às necessidades, os números mostravam a ampliação do acesso ao tratamento anti-  
620 retroviral em todo o mundo. Explicou que o Brasil assumiu a liderança mundial na promoção do acesso  
621 ao tratamento e, por muito tempo, outros países dependeriam da sustentação do programa nacional e  
622 das decisões políticas e estratégicas adotadas no país. Afirmou que esse fato colocava todos diante de  
623 uma responsabilidade adicional. Expôs que, em 1997, ao adotar a terapia tripla ou combinada, o  
624 Ministério da Saúde viu-se frente a um aumento substancial do volume de recursos financeiros  
625 necessários para financiá-la e, neste momento, adotou forte estratégia de estímulo à produção nacional  
626 de genéricos dos medicamentos não-patenteados cujos resultados não se fizeram esperar. Com isso, o  
627 custo do tratamento anti-retroviral caiu, permitindo ao país incluir um número cada vez maior de  
628 pacientes e adotar regimes terapêuticos mais avançados. Assim, o país, em 2000, oferecia um elenco de  
629 quinze medicamentos dos quais oito provinham da produção nacional. No entanto, o processo de  
630 substituição gradual de medicamentos genéricos por medicamentos mais modernos protegidos por  
631 patente apontava para um custo que poderia tornar-se insustentável em curto prazo. Diante disso,  
632 informou que foi incorporado um segundo elemento à estratégia nacional, sendo: negociar preços mais  
633 justos e aceitáveis com as companhias farmacêuticas internacionais, com base em estimativas de custo  
634 estabelecidas por Farmanguinhos, usando como instrumento a possibilidade de adotar a licença  
635 compulsória para a produção nacional, como previam a Lei Brasileira de Patentes, nos seus artigos 69 e  
636 71, e também os tratados internacionais. Destacou que era importante notar dois aspectos da postura  
637 brasileira neste processo: o Brasil não se colocava contra os acordos internacionais dos quais era  
638 signatário, apenas exigia o direito de usar as salvaguardas previstas nestes acordos para obter  
639 condições mais justas e coerentes com as necessidades nacionais, no caso preços mais razoáveis; e a  
640 disposição brasileira se apoiava na capacidade nacional já demonstrada de produzir medicamentos  
641 seguros, de qualidade e de baixo custo. Disse que essa posição firme e clara levou os laboratórios a  
642 negociar, assim, os ganhos obtidos nos acordos estabelecidos com os produtores foram substanciais.  
643 Destacou que, consolidando a posição brasileira, a Organização Mundial do Comércio reconheceu que  
644 as necessidades de saúde da população dos países membros e os interesses nacionais deveriam se  
645 sobrepor aos tratados internacionais de comércio. Neste sentido, adotou a Declaração de DOHA, em  
646 dezembro de 2001, cuja introdução diz: “Nós Concordamos que o Acordo de TRIPS não deve impedir os

647 países membros de tomar as medidas necessárias para proteger a Saúde Pública." (dezembro de 2001).  
648 Enfatizou que era importante notar que, nem a Declaração de DOHA, nem a legislação nacional se  
649 referia à emergência ou desastre como condição para adotar as salvaguardas. Salientou que o texto era  
650 claro e buscava de proteger os Interesses Nacionais de Saúde Pública, cabendo aos respectivos  
651 governos identificá-los. Disse que o Ministério da Saúde do Brasil, por sua vez, tratou de incorporar à  
652 legislação nacional mecanismos adicionais que tornassem mais ágil e eficaz um eventual processo de  
653 licença compulsória. Porém, não houve quebra de patentes e os acordos foram mantidos. Observou que,  
654 conforme ditam as próprias leis de mercado, era esperada redução constante dos preços acordados,  
655 frente à ampliação do consumo (no Brasil e em todo o mundo), ao tempo decorrido para a recuperação  
656 dos investimentos realizados e, principalmente, à drástica redução dos preços no mercado internacional.  
657 Entretanto, isto não se verificou apesar das insistentes gestões do governo brasileiro, chegando-se, ao  
658 final do ano de 2004, sem que qualquer redução adicional de preços. Afirmou que o momento apontava  
659 para a necessidade de dar mais um passo estratégico essencial para garantir a sustentação da política  
660 nacional. Salientou que, em 2003, foram tomadas todas as providências de caráter técnico e legal para  
661 que o país adotasse licença compulsória dos anti-retrovirais Nelfinavir (Roche), Efavirenz (Merck) e  
662 Kaletra (ABBOTT), contudo, o Governo entendeu que aquele não era o melhor mais apropriado.  
663 Enfatizou que, diante do fracasso das negociações, o Ministério da Saúde deveria adotar licença  
664 compulsória para a produção desses medicamentos que oneravam indevidamente o orçamento nacional,  
665 encerrando as negociações, uma vez que todas as etapas foram cumpridas e as condições satisfeitas.  
666 Finalizando, salientou que a responsabilidade do Conselho nesse processo era extremamente  
667 importante, pois essa iniciativa poderia dar conta futuramente da abordagem legal, nacional e  
668 internacional dos insumos de medicamentos que possuíam preços expansivos e tinham que sair do rol  
669 do bem consumo supérfluo, passando a ser um bem essencial à vida. Na seqüência, fez uso da palavra  
670 o Dr. **Dante Alário Júnior**, farmacêutico e empresário na área de pesquisa e desenvolvimento de  
671 medicamentos, que iniciou a sua exposição, agradecendo o convite para participar do debate e  
672 informando que participaria ativamente da discussão sobre propriedade intelectual de 1986 a 1996.  
673 Salientou que, apesar de reconhecer os problemas da Lei nº 9.279/96, que regula os direitos e  
674 obrigações relativas à propriedade intelectual, não era contra a patente. Explicou que Lei de Propriedade  
675 Intelectual precisa ter equilíbrio entre os direitos e as obrigações do patenteador, uma vez que o direito  
676 patentário não poderia ser tão hegemônico. Dentre as obrigações do patentário, destacou a promoção  
677 da atividade tecnológica, a transferência e a difusão de tecnologia para o país patenteador, garantia de  
678 benefício dos usuários e produtores do conhecimento tecnológico e do bem-estar social e econômico do  
679 país patenteador. Ressaltou que era favorável à exploração da licença compulsória, contudo, entendia  
680 que era preciso continuar as negociações para se chegar a um acordo. Afirmou que a Lei de Patentes do  
681 país não fora suficientemente discutida e os parlamentares, de um modo geral, no ato de sua votação,  
682 não a conheciam e, ainda hoje pouco se tinha conhecimento da mesma. Finalizando, disse que era  
683 preciso garantir uma lei de patentes com maior equilíbrio, contemplando a grandeza e a abrangência  
684 necessária por se tratar da vida das pessoas. Prosseguindo, Dr. **Michel Lothrowska**, Representante da  
685 Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais da Organização dos Médicos sem Fronteiras no  
686 Brasil, fez uma abordagem global sobre licença compulsória. Primeiramente, lembrou que, segundo  
687 dados da Organização Mundial da Saúde, várias instâncias comprometeram-se a erradicar a epidemia  
688 de AIDS no mundo. Citou os casos da Organização Mundial de Saúde que tinha por meta garantir que,  
689 até 2005, três milhões de pessoas tivessem acesso a anti-retrovirais, os Objetivos do Desenvolvimento  
690 do Milênio de 'parar a epidemia até 2015 e reverter o HIV/Aids' e Grupo dos oito Países mais poderosos  
691 do mundo firmaram o compromisso de garantir, até 2010, o acesso universal ao tratamento para todos  
692 aqueles que dele precisam. Salientou que, para atender a este comprometimento, fazia-se necessária  
693 ação global para assegurar preços e disponibilidade dos medicamentos. Também alertou para a  
694 importância de definir estratégias para o enfrentamento do novo paradigma: impossibilidade de se  
695 produzir genéricos de medicamentos novos, pois a Índia, produtora desses medicamentos nos últimos  
696 dez anos, não poderia mais fazê-lo. Destacou que o objetivo das negociações das multinacionais era  
697 garantir o monopólio, evitando as licenças compulsórias. Enfatizou, ainda, que as empresas genéricas,  
698 que contribuíram para garantir o acesso ampliado ao tratamento da AIDS, estavam voltando-se para  
699 mercados ricos, com a finalidade de vender produtos de alto valor agregado, já que não poderiam  
700 produzir medicamentos para África, Ásia e América Latina. Afirmou que a patente não se configurava em  
701 incentivo para doenças negligenciadas, haja vista que apenas 1% dos novos medicamentos  
702 desenvolvidos destinava-se a essas doenças. Prosseguindo, falou sobre o mercado mundial  
703 farmacêutico, destacando que a Europa, os Estados Unidos e o Japão representavam 90% desse total e  
704 a África, nem 1% do mercado, apesar da enorme crise de AIDS do país. Diante disso, afirmou que a  
705 concessão de licenças compulsórias para a produção de anti-retrovirais não teria reflexo negativo na  
706 pesquisa e desenvolvimento. Explicou que, apesar dos novos medicamentos para o tratamento, a  
707 AIDS era uma doença negligenciada, haja vista a falta de medicamentos adaptados para os sistemas de  
708 saúde dos países endêmicos, de tratamento adaptado para crianças, de métodos de prevenção

709 adaptados às condições locais e da limitação das ferramentas de diagnóstico. Prosseguindo, chamou a  
710 atenção para a queda substancial de preços dos medicamentos devido à concorrência de genéricos e  
711 para a dificuldade de realizar tratamento da AIDS com medicamentos de segunda linha, uma vez que  
712 esses insumos estavam no processo de monopólio. Explicou que as empresas acreditavam que o preço  
713 diferencial voluntário era a solução para o problema. Contudo, isso configurava-se em maximização do  
714 lucro e os p

715 reços anunciados nem sempre estavam disponíveis. Citou como exemplo o caso do Viread, da Gilead  
716 (Tenofovir), que era registrado apenas em quatro dos 95 países onde a empresa fazia ofertas com preço  
717 diferenciado. Além disso, salientou que os produtos com fonte única continuavam muito caros, como era  
718 o caso do Lopinavir/Ritonavir (Kaletra). Enfatizou, ainda, que muitas ofertas não eram válidas para  
719 países de renda média, pois não refletiam as necessidades locais e não permitiam o acesso às  
720 formulações recomendadas. No caso do Lopinavir/Ritonavir (Kaletra), explicou que era recomendado  
721 pela OMS para tratamento de 2<sup>a</sup> linha e único com "booster" no mesmo comprimido. Disse que se tratava  
722 de um medicamento novo, patenteado na maioria dos países e possuía poucos genéricos, inclusive,  
723 nenhum pré-qualificado pela OMS. Explicou que, diante do problema com refrigeração, futuramente,  
724 seria lançada nova versão do medicamento não refrigerada. Informou que, na Europa, o preço do Kaletra  
725 era de U\$ 7.057/ano, muito próximo dos preços nos países não-africanos. Disse que era preciso utilizar  
726 as salvaguardas do TRIPS/DOHA para permitir a produção contínua e exportação de anti-retrovirais de  
727 genéricos e cessar a definição de capítulos de propriedades intelectuais nos acordos regionais e  
728 bilaterais, considerando que as fontes de genéricos não incentivavam mais a concorrência. Além disso,  
729 alertou que, sem concorrência genérica, o preço diferencial nunca cobriria as necessidades. Finalizando,  
730 apontou como ações a serem tomadas: u

731 tilizar a licença compulsória; exportar sob licença compulsória para a Região; definir prioridades de  
732 engenharia reversa com "pool" de laboratórios públicos e privados; evitar a concessão de patentes  
733 indevidas e definir novo uso, nova formulação, associações em dose fixa;  
734 reforçar e regular mecanismos pró-saúde pública como a anuência prévia; e propor regulação de  
735 licenças automáticas, conforme a legislação na Índia. Concluídas as apresentações, o coordenador da  
736 mesa, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, abriu a palavra para intervenções dos Conselheiros,  
737 lembrando que a intenção final do debate era definir posição do Conselho sobre a matéria. Conselheira  
738 **Noemy Yamaghishi Tomita** cumprimentou a mesa e agradeceu os expositores por entender que  
739 contribuiriam para que o Plenário se posicionasse sobre a matéria. Explicou que participaria do processo  
740 de discussão sobre a Lei de Patentes e pôde evidenciar o latente interesse americano pela sua  
741 aprovação e o total desconhecimento dos parlamentares no momento de sua votação. Disse que  
742 procurou abrir debate sobre patente nas Universidades do país, mas não obteve resultados. Nessa linha,  
743 salientou a necessidade de o CNS iniciar movimento no sentido de corrigir os equívocos da Lei.  
744 Conselheiro **Mário César Scheffer**, de início, enfatizou que a emissão de licença compulsória  
745 configurava-se em uma iniciativa de defesa do SUS, pois o Sistema não possuía recursos suficientes  
746 para garantir o acesso universal a medicamentos para tratamento de várias patologias. Além disso,  
747 afirmou que o monopólio da patente era incompatível com o dever legal do país de assegurar o acesso  
748 universal ao medicamento com qualidade. Em relação ao HIV/AIDS, explicou que a epidemia, apesar de  
749 estabilizada, não parava de crescer no país e, além dos 170 mil pacientes em tratamento, havia 600 mil  
750 pessoas infectadas que dependiam da disponibilização do coquetel de medicamentos patenteados  
751 para viver. Concordou que a possibilidade de negociação estava esgotada e, diante do respaldo legal do  
752 país e da sua capacidade técnica de produzir medicamentos de qualidade e com preços acessíveis,  
753 apelou para que o Plenário deliberasse pelo encerramento das negociações e pela emissão de licença  
754 compulsória para a produção de anti-retrovirais no país que oneravam o orçamento do SUS, com  
755 investimento e fortalecimento dos laboratórios estaduais e ampliação dos recursos destinados à  
756 pesquisa na área. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou que os interessados em manifestar-se se  
757 inscrevessem na fala do próximo Conselheiro. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou, a  
758 princípio, que o debate dessa matéria também possuía viés político fundamental. Disse que almejava um  
759 mundo onde as questões relativas à saúde das pessoas não fossem tratadas a partir do interesse  
760 mercadológico, mas sim, como obrigação do Estado. Entretanto, diante da real situação de exploração e  
761 busca do lucro a partir da doença, da evolução do número de pacientes, da ascensão do custo médio de  
762 tratamento, defendeu que o Plenário se manifestasse favorável ao licenciamento compulsório de  
763 medicamentos e a toda e qualquer medida que resultasse na ampliação do acesso dos usuários aos  
764 medicamentos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** salientou que era preciso trabalhar a partir do  
765 preceito de garantir o acesso universal a medicamentos. Nessa ótica, perguntou qual era o prazo para a  
766 fixação e vigência da patente e se os medicamentos do coquetel para tratamento da AIDS, produzidos  
767 no Brasil, eram genéricos ou não. Além disso, indagou se haveria possibilidade de trabalhar a revisão da  
768 Lei de Patentes paralelamente à questão da licença compulsória. Conselheira **Zilda Arns Neumann**  
769 defendeu que o CNS recomendasse ao Ministério da Saúde a solicitação de licenciamento compulsório  
770 para a produção dos medicamentos anti-retrovirais no país, já que essa era uma alternativa com

771 respaldo na legislação nacional e consoante com os acordos internacionais firmados pelo país. Também  
772 manifestou satisfação com o fato de o Brasil possuir o Programa de AIDS mais efetivo do mundo e,  
773 nessa ótica, enfatizou a necessidade de o Conselho reafirmá-lo. Conselheiro **Ciro Mortella**, inicialmente,  
774 cumpriu os expositores pela competência com que defenderam os seus pontos de vista. Disse  
775 que, na condição de representante da Confederação Nacional de Indústria (CNI), lidava com o conjunto  
776 da indústria instalada no Brasil e a Confederação possuía posição clara sobre o papel da inovação  
777 tecnológica no país e a defesa da propriedade intelectual e industrial. Salientou que o Brasil não teria  
778 avanços sem mecanismos capazes de defender e propiciar a inovação nacional. Além disso, afirmou  
779 que, para os pesquisadores, a defesa da propriedade intelectual e industrial era vital para o país.  
780 Também informou que fora entregue ao Presidente da República a Agenda Mínima de Governabilidade,  
781 com sugestões do setor industrial em relação ao que deve ser feito até o final desse governo e, dentre  
782 elas, destacou a defesa da inovação tecnológica e do respeito aos dispositivos constitucionais de direito.  
783 Explicou que pesquisas de medicamentos da alta tecnologia dependiam de recursos e, no Brasil, não  
784 havia empresas com condições financeiras para produzir esses produtos. Nessa ótica, indagou se as  
785 empresas fariam isso se não houvesse mecanismos que a protegessem e as levassem a produzir.  
786 Desse modo, disse que a questão era pensar se o país deveria trabalhar com ações de curto prazo, com  
787 efeitos imediatos ou com a linha estratégica voltada à produção de conhecimentos e de produtos no  
788 país. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** falou sobre a pertinência de avocar o artigo 21, inciso  
789 III, da Constituição da República do Brasil/88, que assegura a defesa nacional, para justificar a  
790 concessão de licença compulsória, já que o direito à vida do cidadão era patrimônio da sociedade.  
791 Também fez uma reflexão sobre a falta de dispositivos legais capazes de impedir que resultados das  
792 pesquisas feitas pelo setor público sejam comprados por entidades estrangeiras. Nessa linha, defendeu  
793 que o Plenário se manifestasse, na forma de resolução, favorável à 'quebra de patentes' e que esse  
794 documento fosse encaminhado a todos os envolvidos e divulgado à sociedade. Conselheira **Marisa**  
795 **Fúria Silva** disse que a propriedade industrial era importante, todavia, não poderia ser utilizada para  
796 justificar a cobrança de preços abusivos dos medicamentos. Em relação ao processo de licença  
797 compulsória, perguntou se tinha aparato legal na legislação brasileira, quanto tempo levaria e se poderia  
798 trazer prejuízos à dispensação dos medicamentos na rede. Conselheira **Silvia Marques Dantas**  
799 reafirmou que a produção de medicamentos estava diretamente ligada à finalidade ética de proteção da  
800 vida e a lei de patentes vinha contribuindo muito pouco para garantir o acesso da população aos  
801 medicamentos. Nessa ótica, disse que o Plenário deveria recomendar o licenciamento compulsório para  
802 a produção de medicamentos anti-retrovirais e defender a necessidade de revisão da Lei de Propriedade  
803 Intelectual do país. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** expôs que os direitos essenciais à vida  
804 humana deveriam estar acima dos interesses do mercado, já que estavam diretamente relacionados à  
805 soberania do país. Diante da importância do tema, defendeu que o CNS iniciasse movimento para mudar  
806 a Lei de Patentes do país. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** fez uso da palavra para expor as  
807 determinações da 12ª Conferência Nacional de Saúde sobre a propriedade intelectual e licença  
808 compulsória (artigo 52, eixo temático 8º), enfatizando a necessidade de serem cumpridas, sendo:  
809 "revisar a Lei de Patentes, com audiências públicas e outras formas de participação da população,  
810 visando proteger os interesses nacionais; exigir a 'quebra de patentes' de medicamentos e insumos,  
811 utilizando critérios epidemiológicos que justifiquem a urgência de saúde pública, sustentando em todos  
812 os acordos nacionais que o direito à vida e à saúde precedem qualquer acordo comercial." Conselheiro  
813 **Antônio Alves de Souza** parabenizou os convidados, por entender que as suas exposições  
814 contribuiriam para que o Plenário aprofundasse reflexões sobre o tema. Falou sobre a sua dificuldade de  
815 negociação, à frente da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, para garantir a disponibilização dos  
816 medicamentos anti-retrovirais na rede. Disse que, atualmente, o Ministério da Saúde destinava quase R\$  
817 4 bilhões para a compra de medicamentos e insumos estratégicos, o que representava um montante  
818 considerável e salientou que o direito à vida deveria ser norte pelo qual o país deveria se guiar.  
819 Ressaltou que no processo de licenciamento compulsório era preciso considerar uma série de fatores, a  
820 fim de não prejudicar aqueles que dependiam do medicamento. Disse que o ex-ministro da saúde  
821 decidiu não firmar posição sobre o licenciamento compulsório de anti-retrovirais, porque estava deixando  
822 o Ministério da Saúde e, por essa razão, não poderia assumir as consequências do seu ato. Ressaltou  
823 que essa decisão deveria ser avaliada com a máxima atenção, porque, futuramente, o país não poderia  
824 retroceder. Além disso, informou que a dispensação dos medicamentos anti-retrovirais, até aquele  
825 momento, estava assegurada até junho de 2006. Também salientou a necessidade de ser avaliada a  
826 possibilidade de criar um banco de negociação de preços na América Latina para que os países  
827 pudessem adquirir medicamentos com custo mais baixo. Encerradas as intervenções do Plenário, foi  
828 aberta a palavra para considerações dos convidados. Dr. **Michel Lothrowska**, representante da  
829 Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais da Organização dos Médicos sem Fronteiras no  
830 Brasil, salientou que o país precisava articular-se com outros países, visando à exportação dos produtos  
831 produzidos no território nacional. Alertou que um movimento para rever a lei de patentes poderia ser  
832 arriscado, pois poderia trazer prejuízos maiores, já que o "lobby" das empresas ainda era muito grande,

833 assim, sugeriu a negociação de mudanças no Decreto que poderiam ser mais fáceis e menos perigosas.  
834 Explicou, ainda, que a patente foi criada inicialmente para incentivar a inovação tecnológica, entretanto,  
835 estava sendo utilizada para conseguir o retorno do valor investido em pesquisas. Nessa lógica, disse que  
836 a propriedade industrial deveria estar agregada à política de desenvolvimento industrial. Além disso,  
837 ressaltou que era preciso considerar que o Brasil, diferentemente da Índia, nos últimos dez anos, não  
838 fortaleceu a indústria nacional e não possuía incentivos para produção de medicamentos no território  
839 nacional. Finalizando, afirmou que a decisão acerca das pesquisas e desenvolvimento não poderiam ser  
840 das empresas privadas, mas sim, do setor público. Por fim, desculpou-se por não poder participar do  
841 debate até o final e agradeceu novamente a oportunidade. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
842 agradeceu a participação do convidado e abriu a palavra para as considerações dos demais  
843 componentes da mesa. Dr. **Dante Alálio Júnior**, farmacêutico e empresário de empresa de pesquisa e  
844 desenvolvimento, respondeu que era possível continuar as negociações com os laboratórios, visando  
845 adquirir preços mais acessíveis. Disse que era favorável à revisão da Lei de Patentes do Brasil, mas,  
846 historicamente, os órgãos nacionais não conseguiam grandes avanços. Além disso, enfatizou que era  
847 um cumpridor das regras e das suas obrigações como cidadão brasileiro e abandonou a sua empresa  
848 para debater a questão da patente. Também agradeceu a oportunidade e despediu-se do Conselho. Na  
849 seqüência, fez uso da palavra o Dr. **Paulo Teixeira**, Assistente Técnico da Coordenação de Saúde da  
850 Secretaria de Saúde de São Paulo. Acrescentou à sua exposição que a Revista "Time", de 18 de julho  
851 de 2005, reproduziu a declaração oficial da ABBOT de que um eventual acordo com o Brasil não  
852 prejudicaria os lucros da empresas que, nos últimos três meses, foram de U\$ 877 milhões, o que  
853 representava um lucro de U\$ 3,4 bilhões/ano. Também reiterou que a licença compulsória contribuiria  
854 para garantir o acesso dos 400 milhões de infectados pelo vírus HIV aos medicamentos para tratamento  
855 da doença e garantiria a sustentabilidade do Programa Nacional de AIDS. Disse que,  
856 concomitantemente a esse processo, seria possível rever a legislação nacional sobre patentes, na  
857 perspectiva de recuperar as falhas cometidas há dez anos, no ato da aprovação da Lei. Destacou a  
858 necessidade de o Conselho manifestar-se favorável ao licenciamento compulsório dos medicamentos  
859 Efavirenz, Lopinavir/r e Tenofovir, que consumiam boa parte do orçamento destinado ao Programa da  
860 AIDS e considerar desleais e ilegais quaisquer retaliações comerciais contra o Brasil, após essa  
861 iniciativa. Concluindo, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição para maiores  
862 esclarecimentos. Dr. **Jorge Raimundo Filho**, ex-presidente da Glaxosmithkline e empresário na área de  
863 pesquisa e desenvolvimento, informou que possuía empresa de biotecnologia que realizava pesquisas  
864 na biodiversidade brasileira e chegou a ter 42 pesquisadores no eixo Biorio, mas, atualmente possuía  
865 apenas quatro, porque não conseguiu patentear nenhum medicamento. Respondeu que, nos países  
866 desenvolvidos, após dois ou três de aplicação da patente, o pesquisador conseguia a patente,  
867 entretanto, o medicamento somente ficava pronto e podia ser comercializado após dez a doze anos.  
868 Assim, a patente era válida de cinco a dez anos, após o remédio estar pronto. Nessa linha, salentou que  
869 a indústria de genérico não acabaria, pois, expirado o prazo da patente, poderia ser produzido genérico  
870 daquele medicamento anteriormente protegido por patente. Explicou que quebrar as leis de propriedade  
871 intelectual e produzir localmente não era a melhor saída para garantir o acesso da população aos  
872 medicamentos anti-retrovirais. Citou, por exemplo, o caso da Índia que não possuía legislação de  
873 propriedade intelectual para produtos farmacêuticos – somente entraria em vigor em 2005 - possuía a  
874 mais desenvolvida indústria de genéricos do mundo, com mais de 20 mil centos de produção e, no  
875 entanto, tinha 5 milhões de pessoas com HIV sem acesso a tratamento. Nessa linha, disse que o foco do  
876 debate deveria ser a necessidade de infra-estrutura na área da saúde e a disponibilidade financeira e  
877 não a propriedade intelectual. Acrescentou, ainda, que os medicamentos que eram produzidos como  
878 genéricos na Índia continuariam a ser produzidos, pois o TRIPS não era retroativo. Finalizando,  
879 defendeu novamente a lei de propriedade intelectual, já que a indústria farmacêutica deveria continuar  
880 inovando e trazendo novos medicamentos, com soluções para aumentar e melhorar a qualidade de vida  
881 dos pacientes, tendo como objetivo a cura da AIDS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** agradeceu os  
882 expositores pelos esclarecimentos e passou aos encaminhamentos. Consultou o Plenário se havia  
883 consenso sobre a proposta de elaborar minuta de resolução manifestando posição favorável ao  
884 licenciamento compulsório dos medicamentos anti-retrovirais utilizados no tratamento do HIV/AIDS.  
885 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** acrescentou ao encaminhamento que fosse encaminhada súmula  
886 do debate aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, na perspectiva subsidiar o debate sobre a  
887 matéria nesses fóruns. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** salentou a necessidade de a  
888 minuta de resolução apontar a importância de ser iniciada a fabricação local dos medicamentos, com  
889 investimento e fortalecimento dos laboratórios e ampliação dos recursos destinados à pesquisa.  
890 Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** solicitou a degravação de todas as intervenções da mesa, a fim de  
891 servir de substrato para a discussão da matéria. Conselheiro **Mário César Scheffer** sugeriu que o  
892 Plenário elaborasse recomendação, solicitando ao Ministério da Saúde e ao governo federal o  
893 encerramento das negociações com os laboratórios multinacionais que produziam os medicamentos  
894 anti-retrovirais, em face do fracasso das negociações; a emissão de licença compulsória dos

895 medicamentos para o tratamento da AIDS que oneravam indevidamente o orçamento do Sistema Único  
896 de Saúde; o início da fabricação local dos medicamentos, com investimento, fortalecimento dos  
897 laboratórios estatais, inclusive para a fabricação dos princípios ativos; e que fossem consideradas  
898 desleais e ilegais quaisquer retaliações comerciais contra o Brasil após a adoção do licenciamento  
899 compulsório. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** disse que era preciso incluir item solicitando a  
900 ampliação dos incentivos para a pesquisa. Também propôs que o CNS, por meio da Comissão de AIDS  
901 do CNS, promovesse seminário para aprofundar o debate sobre a lei de propriedade intelectual e  
902 licenciamento compulsório de medicamentos e propor mudanças na legislação concernente à patente.  
903 Conselheira **Silvia Marques Dantas** sugeriu que o GT/AIDS apresentasse parecer sobre a matéria para  
904 subsidiar os debates sobre o tema e que o seminário tivesse por objetivo final definir posicionamento do  
905 CNS. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** sugeriu que, após o seminário, fossem realizadas audiências  
906 públicas para discutir a matéria. Diante desses encaminhamentos, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
907 colocou em votação a seguinte proposta de encaminhamento: **elaborar minuta de resolução, nos**  
908 **moldes sugeridos pelo Conselheiro Mário César Scheffer, com os adendos apresentados pelos**  
909 **Conselheiros à proposta, a ser apresentada no segundo dia de reunião.** O encaminhamento foi  
910 **aprovado com dois votos contrários.** Definida essa posição, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
911 suspendeu os trabalhos para o lanche. Retomando, foi iniciada a discussão do item 4 da pauta. **ITEM 4 –**  
912 **APRESENTAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS REFERENTES À RECOMENDAÇÃO CNS 010/2004,**  
913 **PELA SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA** – Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** assumiu a  
914 coordenação dos trabalhos e convidou o Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Secretário de Gestão  
915 Estratégica e Participativa, para apresentação da proposta de Regimento Interno da Secretaria de  
916 Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Iniciando, o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa  
917 explicou que a proposta de Regimento da Secretaria, elaborada a partir da recomendação do CNS ao  
918 Ministério da Saúde de reformulação das competências e atribuições da Secretaria de Gestão  
919 Participativa, definia a categoria, a finalidade e a organização da Secretaria, a competência das suas  
920 unidades e as atribuições dos dirigentes. Feito esse esclarecimento passou a leitura da proposta de  
921 Regimento, destacando, em especial, as finalidades da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa,  
922 que seriam: **I** – formular e implementar a política de gestão democrática do SUS e fortalecer a  
923 participação social; **II** – articular as ações do Ministério da Saúde com os diversos setores  
924 governamentais e não-governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde e  
925 a utilização da informação de interesse da área pela sociedade; **III** – apoiar o controle social; **IV** – apoiar  
926 estratégias para a mobilização social em defesa do SUS, promovendo a participação popular na  
927 formulação e avaliação da política pública de saúde, na integralidade do cuidado às pessoas e no  
928 compartilhamento de saberes; **V** – apoiar as demandas de grupos sociais excluídos às políticas  
929 específicas de saúde; **VI** – formular e coordenar a Política de Monitoramento, Avaliação e Controle da  
930 Gestão do SUS, por meio da análise de seu desenvolvimento, da identificação e disseminação de  
931 experiências inovadoras, produzindo subsídios para a tomada de decisões e a organização dos serviços;  
932 **VII** – formular e coordenar a Política de Ouvidoria para o SUS, implementando sua descentralização e  
933 cooperação com entidades de defesa de direitos do cidadão; **VIII** – formular e coordenar a implantação  
934 do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, nas três esferas de Governo, realizando auditorias pertinentes  
935 ao nível federal; **IX** – promover a participação efetiva dos gestores, trabalhadores e usuários na eleição  
936 de prioridades e no processo de tomada de decisões na gestão do SUS; e **X** – promover a articulação  
937 dos órgãos do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Saúde. Prosseguindo, disse que a  
938 Secretaria teria por unidades: **1.** Gabinete: **1.1.** Divisão Técnico-Administrativa; **2.** Coordenação-Geral  
939 de Planejamento e Orçamento; **3.** Serviço de Apoio Administrativo; **4.** Secretaria Executiva do Conselho  
940 Nacional de Saúde; **5.** Departamento de Gestão Participativa; **5.1.** Coordenação-Geral de Apoio à  
941 Educação Popular e à Mobilização Social; **5.2.** Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao  
942 Controle Social; **6.** Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS: **6.1.** Coordenação-  
943 Geral do Sistema de Monitoramento e Avaliação e **6.2.** Coordenação-Geral de Informação Estratégica  
944 para a Gestão; **7.** Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS: **7.1.** Coordenação-Geral de Pesquisa e  
945 Processamento de Demandas e **7.2.** Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Ouvidoria; e **8.**  
946 Departamento de Auditoria Nacional do SUS: **8.1.** Coordenação de Sistemas de Informação, **8.2.**  
947 Coordenação-Geral de Auditoria e  
948 **8.3.** Coordenação-Geral e Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica. Destacou a proposta  
949 de incluir a Secretaria-Executiva do CNS na estrutura da Secretaria SGEP para discussão do Plenário.  
950 Além disso, explicou que o grupo, responsável pela elaboração da proposta, decidiu não definir as  
951 atribuições do Departamento de Gestão Participativa, da Coordenação-Geral de Apoio à Educação  
952 Popular e à Mobilização Social e da Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle  
953 Social, por entender que era preciso debater primeiramente com o Plenário, a fim de evitar conflitos com  
954 o papel do Conselho. Finalizando, disse que aguardava a avaliação do Plenário para a composição da  
955 equipe da Secretaria de gestão Estratégica e Participativa. Informou, em especial, que o Sr. **José Luiz**  
956 **Rianni** foi indicado para assumir o Departamento de Monitoramento e Avaliação e a Sra. **Ana Costa**

957 para o Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra  
958 para considerações sobre a proposta.

959 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** parabenizou o Conselheiro **Antônio Alves de Souza** pela  
960 reestruturação da Secretaria de Gestão Participativa, por entender que a sua real finalidade era formular  
961 e implementar a política de gestão democrática do SUS e fortalecer a participação social. A propósito da  
962 estrutura da Secretaria, sugeriu que o Plenário não apreciasse a proposta de inclusão da Secretaria-  
963 Executiva do CNS no organograma da SGEP naquele momento, mas sim, no debate sobre Regimento  
964 Interno do Conselho Nacional de Saúde. Conselheiro **Eni Carajá Filho** manifestou preocupação com a  
965 inclusão da Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social na estrutura da  
966 Secretaria. A propósito do Conselho Nacional de Saúde e sua Secretaria-Executiva, defendeu que  
967 fossem vinculados diretamente ao Gabinete do Ministro da Saúde, por entender que isso facilitaria a  
968 interlocução com o Ministério da Saúde e outros Conselhos de Políticas Públicas. Conselheiro **Geraldo**  
969 **Adão Santos** destacou o item V, do artigo 1º “apoiar as demandas de grupos sociais excluídos das  
970 políticas específicas da saúde”, para solicitar que fosse realizado levantamento sobre a população de  
971 rua, na perspectiva de definir política específica para esse grupo. Também discordou da proposta de  
972 inclusão da Secretaria-Executiva do CNS na estrutura da SGEP, por entender que dificultaria o  
973 encaminhamento das decisões do CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** perguntou qual seria a ação  
974 da SGEP para cumprir a sua finalidade de “apoiar as demandas de grupos sociais excluídos das  
975 políticas específicas da saúde”. Além disso, defendeu que o Conselho Nacional de Saúde e sua  
976 Secretaria-Executiva ficassem na mesma estrutura, sendo necessário aprofundar o debate sobre onde  
977 ambos seriam incluídos. Conselheira **Zilda Arns Neumann** registrou preocupação com o número de  
978 unidades da SGEP, por entender que isso dificultaria o desempenho de suas funções. Conselheiro **José**  
979 **Eri Medeiros** disse que era preciso analisar a proposta de Regimento, lembrando que as decisões na  
980 esfera nacional tinham repercussão direta nas demais esferas e, a princípio, registrou que era contra a  
981 vinculação do CNS à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Conselheiro **Gilca Ribeiro S.**  
982 **Diniz** explicou que a proposta de incluir a Secretaria-Executiva do CNS na estrutura da SGEP não foi  
983 apresentada pelo grupo de Conselheiros do CNS que, no dia anterior, analisou a proposta de Regimento  
984 Interno. Particularmente, manifestou-se contrária à proposta, justificando que o CNS deveria ser um  
985 órgão autônomo, com orçamentação própria. Além disso, sugeriu a supressão do item X, do artigo 1º  
986 “promover a articulação dos órgãos do MS com o Conselho Nacional de Saúde”, por entender que essa  
987 era atribuição da Secretaria-Executiva do CNS. Conselheira **Silvia Marques Dantas** ponderou se a  
988 competência do Departamento de Monitoramento, Avaliação da Gestão do SUS de “implantar o Sistema  
989 de Monitoramento, Avaliação ao das ações e dos recursos financeiros transferidos a estados, municípios  
990 e instituições no âmbito do SUS” não representaria superposição de papéis, já que vários grupos do  
991 Ministério da Saúde realizavam o processo monitoramento das políticas. Também enfatizou a  
992 necessidade de serem apresentadas as competências do Departamento de Gestão Participativa, da  
993 Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social e a Coordenação-Geral de  
994 Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** disse que,  
995 no dia anterior, junto com outros três Conselheiros, debateu exaustivamente a proposta de Regimento  
996 Interno e não fora possível chegar a consenso sobre as competências do Departamento de Gestão  
997 Participativa, da Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social e a  
998 Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Por essa razão, o grupo optou  
999 por ouvir o Plenário do CNS e definir, junto com o grupo de gestão participativa, no final do dia, as  
1000 funções dessas unidades. Explicou que a proposta de Regimento Interno fora elaborada a partir do  
1001 conceito amplo de gestão, atendendo à crítica de que as áreas do Ministério da Saúde era autônomas e  
1002 independentes. Nessa linha, propôs emenda aditiva ao item X, artigo 1º, que passaria a ter a seguinte  
1003 redação “promover, em parceria com a Secretaria-Executiva do CNS, a articulação dos órgãos do  
1004 Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Saúde”. Além disso, ratificou a proposta de não  
1005 apreciar, naquele momento, a proposta de incluir a Secretaria-Executiva do CNS na estrutura da  
1006 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, considerando a necessidade de tempo maior para  
1007 avaliá-la. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** manifestou apoio à proposta de apreciar  
1008 posteriormente a proposta de inclusão da Secretaria-Executiva do CNS na estrutura da SGEP e  
1009 defendeu a manutenção do inciso X, do artigo 1º, com a redação original. Assim, sugeriu que o Plenário  
1010 recomendasse a conclusão da proposta de Regimento Interno e o seu envio aos Conselheiros antes da  
1011 próxima reunião na qual o Plenário se manifestaria formalmente. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz**  
1012 endossou a proposta de manutenção do item X, do artigo 1º, com a proposta de redação apresentada  
1013 pela Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**. Todavia, discordou do encaminhamento proposto pela  
1014 Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** e propôs que o Plenário aprovasse a proposta de  
1015 Regimento Interno naquele reunião, dada a necessidade de definir, com urgência, o planejamento das  
1016 ações e garantir o orçamento para 2006. Além disso, sugeriu que fosse delegada ao GT de Gestão  
1017 Participativa do CNS a tarefa de elaborar as competências do Departamento de Gestão Participativa, da  
1018 Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social e a Coordenação-Geral de

1028 Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social, a serem apresentadas no segundo dia seguinte.  
1029 Finalizando, recomendou que o processo de gestão participativa no Ministério da Saúde fosse iniciado  
1030 no Conselho Nacional de Saúde, por meio da Secretaria-Executiva do CNS. Conselheiro **Antônio Alves**  
1031 **de Souza** explicou que não tinha a intenção de subordinar o Conselho Nacional de Saúde à Secretaria  
1032 de Gestão Estratégica e Participativa e que o CNS continuaria vinculado ao Gabinete do Ministro da  
1033 Saúde. Acrescentou que a proposta de incluir a Secretaria-Executiva do CNS na estrutura da SGEP  
1034 visava garantir apoio administrativo e financeiro à Secretaria-Executiva do CNS, que, atualmente, não  
1035 possuía orçamentação própria. Em relação aos grupos sociais excluídos, disse que a SGEP daria apoio  
1036 às demandas desses grupos, que estavam excluídos das políticas específicas de saúde. Disse que a  
1037 intenção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa era agrupar os departamentos e as áreas  
1038 que estavam dispersas no âmbito do Ministério da Saúde. Ressaltou, ainda, que a promoção da  
1039 articulação dos órgãos do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional da Saúde deveria ser papel da  
1040 SGEP e não da Secretaria-Executiva do CNS. Além disso, informou que para elaborar o Regimento  
1041 Interno da SGEP a equipe do Ministério consultou todas as atas das reuniões que discutiram a matéria,  
1042 na perspectiva de contemplar as preocupações dos Conselheiros. Finalizando, apelou para que o  
1043 Plenário aprovasse a proposta, dada a necessidade de estruturar a Secretaria, com o compromisso que,  
1044 no dia seguinte, fossem apresentadas as competências do Departamento de Gestão Participativa, da  
1045 Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social e da Coordenação-Geral de  
1046 Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** reapresentou a  
1047 sua proposta de retirar a Secretaria-Executiva do CNS da estrutura da SGEP, aprovar a proposta de  
1048 Regimento Interno, com a apresentação, no dia seguinte, das competências das três unidades da  
1049 Secretaria e retificar a redação do item X, do artigo 1º. Conselheiro **Antônio Alves dos Santos**  
1050 defendeu que fosse mantida a redação original do item X, do artigo 1º. Por outro lado, concordou com a  
1051 proposta de retirar a Secretaria-Executiva do CNS da estrutura da SGEP, caso fosse incluído inciso nas  
1052 finalidades da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa nos seguintes termos “apoiar  
1053 administrava e financeiramente a Secretaria-Executiva do CNS para o desempenho de suas funções”.  
1054 Diante das considerações do Plenário, Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** salientou que houve  
1055 consenso sobre a retirada da Secretaria-Executiva do CNS da estrutura da SGEP e o Plenário deveria  
1056 manifestar-se sobre a redação do item X, do artigo 1º sob o qual não houve consenso e acerca da  
1057 inclusão de inciso, no artigo 1º, que define as finalidades da Secretaria de Gestão Estratégica e  
1058 Participativa, nos seguintes termos “apoiar administrava e financeiramente a Secretaria-Executiva do  
1059 CNS para o desempenho de suas funções.” Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** reiterou que a  
1060 Secretaria-Executiva deveria ter orçamento próprio, entretanto, defendeu a proposta de incluir artigo,  
1061 definindo que a SGEP daria apoio administrativo e financeiro àquela Secretaria, já que isso não  
1062 significaria que a SGEP seria o órgão de execução orçamentária do CNS. Finalizando, solicitou que o  
1063 Plenário aprovasse os pontos da proposta sob os quais não houve polêmica e, no dia seguinte, fossem  
1064 apreciados os pontos polêmicos. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** sugeriu que o Plenário  
1065 se manifestasse sobre a proposta de Regimento, inclusive acerca dos pontos polêmicos e, no dia  
1066 seguinte, apreciasse apenas os artigos 10, 11 e 12, para os quais seria elaborada redação. Seguindo  
1067 esse encaminhamento, Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** passou a encaminhar a votação das  
1068 polêmicas. Primeiro, colocou em votação as duas propostas de redação para o inciso X do artigo 1º: **1)**  
1069 manutenção da proposta original; e **2)** nova redação nos seguintes termos: “promover, em parceria com  
1070 a Secretaria-Executiva do CNS, a articulação dos órgãos do Ministério da Saúde com o Conselho  
1071 Nacional de Saúde.” **A proposta número 1 recebeu seis votos. A proposta número 2, quinze votos.**  
1072 **Nenhuma abstenção.** Seguindo, colocou em apreciação a proposta de inserir inciso XI no artigo 1º, nos  
1073 seguintes termos “apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do CNS para  
1074 assegurar o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde”. Conselheira **Solange Gonçalves**  
1075 **Belchior** sugeriu a supressão do trecho “para assegurar o pleno funcionamento do Conselho Nacional  
1076 de Saúde”. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** concordou com a proposta apresentada pela  
1077 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior**. De tal forma, Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** colocou  
1078 em votação a proposta de inclusão de inciso XI, artigo 1º, com a seguinte redação: “apoiar administrativa  
1079 e financeiramente a Secretaria-Executiva do CNS”. **A proposta foi aprovada por unanimidade.**  
1080 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** propôs que, no dia seguinte, o Plenário solicitasse  
1081 formalmente ao Ministro da Saúde a disponibilização de orçamento para a Secretaria-Executiva do CNS,  
1082 para garantir o funcionamento do CNS. Prosseguindo, Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** perguntou  
1083 se havia consenso sobre a exclusão do item 4 do artigo 2º da proposta, que inclui a Secretaria-Executiva  
1084 do CNS na estrutura da Secretaria, bem como do artigo 9º, que define as competências dessa  
1085 Secretaria. **Houve consenso sobre a proposta.** Além disso, acordou-se que, no segundo dia de  
1086 reunião, seriam submetidas à apreciação do CNS as competências das seguintes unidades da  
1087 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: Departamento de Gestão Participativa, da  
1088 Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social e a Coordenação-Geral de  
1089 Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Concluída a discussão do item 4, a Secretaria-

1090 Executiva do CNS encerrou os trabalhos da tarde do primeiro dia de reunião, estando presentes os  
1091 seguintes Conselheiros: **Titulares** - **Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Carlos**  
1092 **Alberto E. Duarte, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gianni Franco**  
1093 **Samaja, Gilca Ribeiro S. Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, Jesus**  
1094 **Francisco Garcia, João Donizetti Scaboli, Luiz Augusto Ângelo Martins, Luiz Fernando C. Silva,**  
1095 **Marcelo de Ávila Rosa, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo Rogério A. de Oliveira, Rômulo Maciel**  
1096 **Filho, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange**  
1097 **Gonçalves Belchior, Wander Geraldo da Silva e Zilda Arns Neumann.** **Suplentes:** **Ciro Mortella,**  
1098 **Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Francisca Valda da Silva, Geraldo Adão Santos, Geusa**  
1099 **Dantas Lelis, José Eri Medeiros, Júlia Maria Roland, Lírida Maria dos Santos Vieira, Lílian Alické,**  
1100 **Luiz Gonzaga de Araújo, Maria Irene M. Magalhães, Maria Thereza Mendonça de Carneiro**  
1101 **Rezende, Mário César Scheffer, Mauro Fernando Schmidt, Marisa Fúria Silva, Noemy Yamaguishi**  
1102 **Tomita e Vera Lúcia M. de Vita.** A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, abriu os  
1103 trabalhos da manhã do segundo dia de reunião e definiu a coordenação da mesa do item 6 da pauta.  
1104 **ITEM 6 – CADASTRO NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE** – A Coordenadora da Área de  
1105 Comunicação e Informação do CNS, **Alessandra Ximenes da Silva**, sob a coordenação das  
1106 Conselheiras **Geusa Lelis Dantas e Maria Thereza Mendonça**, submeteu à apreciação do Plenário o  
1107 projeto do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Iniciando, a coordenadora da Área de  
1108 Comunicação e Informação do CNS, gerente do projeto, explicou que a idéia de definir um Cadastro  
1109 Nacional de Conselhos de Saúde surgiu a partir da necessidade de comunicação entre os conselhos, da  
1110 importância de agregar os dados dos cadastros existentes (dois do CNS, um do SIOPS e um da  
1111 Secretaria de Gestão Participativa/MS) e de definir rotina para atualização dos dados. Informou que o  
1112 Cadastro era uma estratégia que utilizaria a internet, por meio de uma ferramenta construída pelo  
1113 DATASUS, com o objetivo de manter um único cadastro, atualizado, com identificação dos conselhos de  
1114 saúde de âmbito estadual, municipal e DF e de seus presidentes e disponibilizar o cadastro para todos  
1115 os órgãos do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais, Conselho do  
1116 Distrito Federal e Conselhos Municipais. Expôs que a atualização dos dados do Cadastro, que ocorreria  
1117 anualmente, seria feita por meio de conta de acesso fornecida aos presidentes dos conselhos estaduais  
1118 (1º momento) e conselhos municipais (2º momento). Detalhou que, na primeira etapa do projeto, seriam  
1119 apresentados os seguintes dados: identificação (Nome do Conselho - Estadual, Distrito Federal e  
1120 Municipal); endereço (bairro/localidade, complemento, ponto de referência, CEP); telefone, fax e  
1121 endereço eletrônico; e dados de funcionamento do conselho (data de criação do conselho, instrumento  
1122 de criação, data da última recomposição do conselho). Já na segunda etapa, deveriam ser apresentados  
1123 dados do presidente do Conselho (nome completo, sexo, faixa etária, segmento, estado, município,  
1124 bairro/localidade, endereço, ponto de referência, CEP, telefone, fax e endereço eletrônico), sendo  
1125 necessária a autorização do mesmo para divulgação dos seus dados. Informou que os Conselhos  
1126 Estaduais seriam responsáveis pelo contato com os municípios que não tinham acesso a internet,  
1127 podendo utilizar o apoio do DATASUS nos estados. Disse que optou por implantar  
1128 projeto piloto no Rio Grande do Sul e Amazonas, regiões com realidades diferentes, a fim de possibilitar  
1129 avaliação estratégica para atingir o restante do país. Informou que, no Estado do Rio Grande do Sul,  
1130 foram cadastrados 465 Conselhos Municipais e o Conselho Estadual, atingindo o índice de 93,76%. Já  
1131 no Amazonas, os 62 Conselhos Municipais mais o Conselho Estadual foram cadastrados, atingindo o  
1132 percentual de 100%. Também apresentou os resultados da implementação do Cadastro no Acre – Norte;  
1133 Mato Grosso do Sul – Centro- Oeste; Espírito Santo – Sudeste; Pernambuco – Nordeste;  
1134 Piauí – Nordeste; e  
1135 Santa Catarina – Sul. Concluindo, disse que o objetivo era atingir a meta de 90% dos Conselhos de  
1136 Saúde cadastrados até o final de 2005. Os Conselheiros cumprimentaram a equipe responsável pelo  
1137 projeto e solicitaram esclarecimentos pontuais sobre a proposta. Após os esclarecimentos da mesa,  
1138 Conselheira **Geusa Lelis Dantas** colocou em votação o projeto do Cadastro Nacional de Conselhos de  
1139 Saúde. **Não havendo posições contrárias, o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde foi**  
1140 **aprovado por unanimidade.** Prosseguindo, foi iniciada a discussão do item 7 da pauta.  
1141 **ITEM 7 – COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO DO CNS/PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA**  
1142 **PARA 2006** - Conselheira **Júlia Maria Roland**, integrante da COFIN/CNS, apresentou o relatório da  
1143 reunião da COFIN/CNS, realizada no dia 3 de agosto de 2005, que teve como pontos de pauta: situação  
1144 dos Restos a Pagar 2000-2004; análise da execução orçamentária do mês de julho de 2005; avaliação  
1145 do Impacto da Proposta de “Déficit Nominal Zero” sobre os Gastos com Ações e Serviços Públicos de  
1146 Saúde; avaliação do impacto orçamentário das recentes Portarias do Ministério da Saúde; informes:  
1147 SIOPS; LDO 2006; Tramitação do PLC nº 01/03 – Regulamentação EC nº 29; e informes Gerais.  
1148 Inicialmente, informou que a COFIN/CNS não pôde debater a proposta de orçamento 2006 porque o  
1149 Ministério da Saúde não havia concluído a sua elaboração. Prosseguindo, falou sobre a situação dos  
1150 Restos a Pagar, destacando que os membros da COFIN indicaram a realização de levantamento dos  
1151 Restos a Pagar cancelados no período 2000-2004 a partir dos relatórios de execução orçamentária de  
1152 1153 1154 1155

1156 dezembro de cada ano recebidos pela COFIN, visando buscar a consolidação desses valores com os  
1157 que seriam apresentados pelo Ministério da Saúde. Além da consolidação dos valores, a Comissão  
1158 definiria, na sua próxima reunião, a metodologia a ser utilizada para a compensação desses valores. Em  
1159 relação à execução orçamentária, lembrou que, apesar das reuniões da COFIN serem mensais, a  
1160 Comissão apresentaria a análise trimestral da execução orçamentária do Ministério da Saúde.  
1161 Prosseguindo, abordou a questão do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, explicando que o  
1162 valor mínimo da aplicação com ações e serviços de saúde em 2005, considerando a última revisão do  
1163 PIB, era de R\$ 37.125.000.000, enquanto que o valor que consta na Tabela “Execução Orçamentária e  
1164 Financeira – 2005 – Consolidado – Ministério da Saúde – Posição Maio (atualizado até 31.07.2005)” era  
1165 de R\$ 36.483.608.442. Portanto, a diferença a ser suplementada era de R\$ 641.391.558, além da  
1166 suplementação adicional relativa aos Restos a Pagar tratada, no valor de R\$ 93.313.724, totalizando R\$  
1167 734.705.282. Salientou, ainda, que era preciso apurar os cancelamentos de Restos a Pagar realizados  
1168 no período de 2000-2004. Em seguida, enfocou o Acórdão do Tribunal de Contas da União nº 957/2005,  
1169 destacando os seguintes pontos: **a)** item 9.1: estabelece que “quando não atingido o valor mínimo de  
1170 gastos em saúde em um determinado exercício, seja computado o próprio valor mínimo e não o valor  
1171 empenhado para fins de avaliação do cumprimento da Emenda Constitucional nº29, de 13 de setembro  
1172 de 2000, para o exercício seguinte”. Trata-se de um aspecto positivo, pois define o conceito de “valor  
1173 apurado no ano anterior” estabelecido como base de cálculo na EC29. É importante destacar que tal  
1174 definição corresponde àquela estabelecida na Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde;  
1175 **b)** alerta para o risco de descumprimento do limite mínimo dos gastos com saúde em 2005, calculado  
1176 nos termos da EC nº 29, se não houver suplementação orçamentária. Porém, enquanto a COFIN apurou  
1177 como necessidade de suplementação R\$ 641 milhões, o Relatório do TCU (fls.09) apurou R\$ 422,4  
1178 milhões. A diferença pode estar relacionada aos valores “empenhado em 2004 e “mínimo 2005” que  
1179 serviram como base de cálculo, bem como a incorporação das despesas com Farmácias Populares pelo  
1180 TCU. Além disso, disse que os membros da COFIN também constataram divergência em relação aos  
1181 valores “empenhado 2003”, “mínimo 2003” e “mínimo 2004”, sendo os valores apurados pelo TCU  
1182 menores que os da COFIN (Sobre as diferenças dos valores empenhados, os membros da COFIN  
1183 decidiram solicitar esclarecimentos ao Ministério da Saúde/SPO); **c)** item 9.3: estabelece que “as ações  
1184 7660 – Implantação de Farmácias Populares’ e 8415 – Manutenção e Funcionamento das Farmácias  
1185 Populares’ possuem caráter complementar à ação de distribuição gratuita de medicamentos e atuam,  
1186 igualmente, na promoção e recuperação da saúde dos beneficiários por meio de maior acesso da  
1187 população aos medicamentos”, enquanto o item 9.3.5 estabelece que “o Conselho Nacional de Saúde,  
1188 em reunião do dia 04/08/04, aprovou a Política Nacional de Saúde, que inclui tanto as ações de  
1189 Farmácia Popular como as ações da Saúde Suplementar”. Segundo o TCU, no que se refere à Farmácia  
1190 Popular, esse entendimento encontra respaldo em deliberação do CNS, conforme consta no item 7.67 do  
1191 Relatório que acompanha o Acórdão: “Para consolidar os argumentos ora apresentados, é relevante  
1192 mencionar que o CNS, órgão máximo de deliberação das políticas de saúde a serem implementadas no  
1193 SUS, em reunião de 5 de maio de 2004, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica que  
1194 inclui o programa Farmácias Populares. Essa política, inserida também no PNS (fls.74 a 76), contempla  
1195 propostas aprovadas na I Conferência Nacional de Medicamentos, e Assistência Farmacêutica, de 2003,  
1196 ratificadas pela Resolução nº338/2004 do CNS (fls.35 e 36)”. Assim sendo, conforme item 7.69: “Conclui-  
1197 se, por conseguinte, que a Farmácia Popular deve ser considerada uma ação de saúde nos moldes da  
1198 EC29”; e **d)** item 9.3.6: estabelece que as despesas decorrentes do projeto de lei de suplementação  
1199 orçamentária do Programa Bolsa Família no Ministério da Saúde não poderão ser computadas no  
1200 cálculo do cumprimento da EC29, pois são financiadas com recursos do Fundo de Combate e  
1201 Erradicação da Pobreza. Sobre o item 9.3, que era o ponto mais polêmico do Acórdão, disse que os  
1202 integrantes da COFIN sugeriam ao Plenário do CNS encaminhar documento ao TCU, esclarecendo que  
1203 apesar da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e do Projeto Farmácia Popular terem sido  
1204 aprovados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, não houve deliberação do CNS, quer na ata  
1205 da reunião de maio de 2004, quer na Resolução nº 338/2004, para a inclusão de tais despesas no  
1206 cômputo do limite mínimo de gastos com ações e serviços públicos de saúde. Sobre o que pode ser  
1207 considerado como ações e serviços públicos de saúde para fins do cômputo da EC nº 29, havia a  
1208 Resolução nº 322/2003 do CNS, anterior às deliberações citadas. Nessa perspectiva, as ações  
1209 relacionadas ao Projeto Farmácia Popular estão em desacordo com Quinta Diretriz da Resolução nº  
1210 322/2003, pois a gratuidade não está presente: “Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº  
1211 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e  
1212 outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto  
1213 nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90, relacionadas a programas  
1214 finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:  
1215 I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito”. Concluída a  
1216 apresentação do relatório, Conselheiro **Gerônimo Paludo** fez a leitura da proposta de resolução do  
1217 CNS, determinando que a alocação de recursos orçamentários para o Conselho Nacional de Saúde em

1218 2006 seria, no mínimo, compatível com o recurso destinado para o exercício de 2005, com a garantia da  
1219 ampliação necessária para cobrir as despesas referentes às conferências temáticas, seminários,  
1220 plenárias e demais eventos previstos e aprovados em 2005 e que será garantida a autonomia de  
1221 planejamento das ações e prioridades de despesa do Conselho Nacional de Saúde, definindo como  
1222 ordenador de despesas a Secretaria-Executiva do CNS. Na seqüência, foi aberta a palavra para  
1223 considerações do Plenário sobre o relatório e a minuta de resolução. **Após considerações, o Plenário**  
1224 **aprovou o relatório da COFIN, bem como a minuta de resolução sobre a alocação de recursos**  
1225 **orçamentários para o Conselho Nacional de Saúde em 2006 e decidiu encaminhar ofício ao TCU,**  
1226 **que deverá ser entregue em audiência a ser marcada, manifestando a posição contrária do CNS**  
1227 **sobre a inclusão das despesas do Projeto Farmácia Popular no cômputo do limite mínimo de**  
1228 **gastos com ações e serviços públicos de saúde, nos termos propostos pela COFIN/CNS.** A  
1229 COFIN/CNS analisaria, na sua próxima reunião, as 21 Portarias, suspensas pelo Ministério da Saúde,  
1230 com impacto financeiro. Na oportunidade, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** fez a leitura do texto da  
1231 minuta de resolução do CNS sobre a licença compulsória, que: manifesta a posição do CNS favorável ao  
1232 licenciamento compulsório dos medicamentos Efavirenz, Lopinavir/r e Tenofovir, bem como de outros  
1233 anti-retrovirais patenteados que oneram ou venham onerar o orçamento do Sistema Único de Saúde;  
1234 recomenda ao Ministério da Saúde que inicie a fabricação local dos medicamentos, com investimento,  
1235 fortalecimento dos laboratórios estaduais e ampliação dos recursos destinados à pesquisa, inclusive  
1236 visando à produção dos princípios ativos; sejam consideradas desleais e ilegais quaisquer retaliações  
1237 comerciais contra o Brasil, após a adoção do licenciamento compulsório; e solicita a promoção de amplo  
1238 debate sobre o impacto das patentes no acesso a medicamentos no país, a análise e a revisão da  
1239 legislação brasileira de patentes, bem como sua regulamentação e decretos. **O texto da minuta de**  
1240 **resolução foi aprovado por unanimidade.** Concluído esse ponto, sob a coordenação do Conselheiro  
1241 **Clóvis A. Boufleur**, foi aberta a palavra ao Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, que fez  
1242 o seguinte pronunciamento: "Bom, primeiramente, eu gostaria de agradecer a oportunidade de, na  
1243 condição de Ministro da Saúde, participar da reunião do Conselho Nacional de Saúde. Quero  
1244 cumprimentar a **Eliane Cruz**, Secretária-Executiva do Conselho, o Conselheiro **Clóvis Boufleur**, que  
1245 está coordenando a mesa e representa a Pastoral da Criança no CNS, cumprimentar os demais  
1246 Conselheiros e Conselheiras e pessoas que participam dessa reunião. Gostaria de dizer que o Ministério  
1247 fez uma pequena alteração na sua representação no Conselho. Nós teremos como titulares: eu, **Saraiva**  
1248 **Felipe**, o Doutor **Antônio Alves** e o Doutor **João Cândido** e como suplentes o Doutor **Nelson**  
1249 **Rodrigues dos Santos**, o Doutor **José Agenor Álvares da Silva** e o Doutor **José Temporão**, que é o  
1250 Secretário de Atenção à Saúde. Gostaria de dizer que estamos saindo de uma reunião do primeiro  
1251 escalão do Ministério onde abordamos temas de condução do Ministério, prioridades e uma questão que  
1252 está nos afligindo, que é a negociação sobre o orçamento que estamos empreendendo com a área  
1253 econômica do Governo. A primeira proposta de orçamento que nos apresentaram, na verdade, tinha  
1254 duas distorções. Primeiro, limitava em torno de 17% os gastos de custeio do Ministério da Saúde.  
1255 Custeio para a maioria dos Ministérios representa gastos administrativos com viagens, gastos internos.  
1256 No caso da orçamentação do Ministério da Saúde, custeio é a própria prestação de serviços. Dessa  
1257 forma, seria absolutamente inviável se nós limitássemos a 17% os gastos com a atenção à saúde, dentro  
1258 do orçamento. Nós explicamos ao Ministro **Paulo Bernardo** que, no caso da saúde, essa interpretação  
1259 era indevida e não podia ser dada. Outro aspecto que nos preocupou é o que eu tenho chamado de  
1260 'carona' dentro do orçamento do Ministério da Saúde, ou seja, para se atingir o previsto pela Emenda  
1261 Constitucional nº 29, passa pelo Ministério da Saúde, de forma crescente, recursos que são destinados  
1262 *lato sensu* à saúde, mas nós não podemos absorver esse *lato sensu* porque corremos o risco da falta de  
1263 recursos, ou seja, fatalmente nós teríamos recursos insuficientes, ou melhor, subfinanciamento para  
1264 ações típicas na área da saúde. Então, era um recurso de R\$ 1 bilhão para a área de saneamento,  
1265 suprindo atividades do Ministério das Cidades e R\$ 3,2 bilhões que passariam para o Ministério de  
1266 Desenvolvimento Social, cuja pasta é ocupada pelo Ministro **Patrus Ananias**. Então, nós estamos  
1267 discutindo com a área econômica a necessidade de revermos o significado da questão de despesas de  
1268 custeio para o orçamento da saúde, já que para nós, custeio é AIHs, pagamento da atenção ambulatorial  
1269 e procurando reduzir o repasse de recursos para outros Ministérios como 'carona' dentro do Ministério da  
1270 Saúde para que se cumpra, pelo piso, a Emenda Constitucional nº 29. A proposta de orçamento nos foi  
1271 apresentada no final da semana passada e eu tive a oportunidade de conversar sobre ela com o  
1272 Presidente Lula e mostrar que era inviável. Eu gostaria de dizer que, independente da reunião do  
1273 Conselho, que acontece mensalmente, nós vamos comunicar aos Conselheiros o andamento dessa  
1274 negociação. Nós já apresentamos uma contra-proposta à área econômica do Governo, ao Ministério do  
1275 Planejamento e, se houver necessidade, nós teremos uma convocação extraordinária do Conselho para  
1276 que se posicione sobre a proposta, porque não estou disposto a deixar que a idéia e a proposta  
1277 generosa do SUS se frustre por subfinanciamento. É claro que temos problemas gerenciais, mas um é  
1278 crucial: para cumprir os preceitos constitucionais de universalização, de integralidade, de equidade e de  
1279 gratuidade, obviamente eu tenho que ter orçamento e ter liberação de recursos financeiros previstos

1280 nesse orçamento. Eu sei que o Conselho, sem dúvida nenhuma, é um parceiro, até pelo seu caráter  
1281 deliberativo, é um parceiro fundamental que o Ministério da Saúde tem, particularmente o Ministro, no  
1282 encaminhamento dessa questão. Eu espero que, com a mesma coragem que eu tenho enfrentado essa  
1283 discussão com a área econômica do Governo, inclusive, eu já me reuni com a Frente Parlamentar da  
1284 Saúde e vou à Comissão de Seguridade Social e Família para fazer uma explanação sobre essas  
1285 negociações, então, eu espero que ela seja levada também aos governos estaduais e municipais,  
1286 porque essas 'caronas' têm sido comuns para que estados e municípios apresentem, maquiem uma  
1287 participação dentro da proposta da Emenda nº 29 com os percentuais exigidos quando, na verdade,  
1288 gastos com alimentação, entre outras, tentam ser incluídos no orçamento da saúde. Então, é importante  
1289 que o Conselho fortaleça os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para que eles também  
1290 trabalhem com a mesma filosofia, com o mesmo espírito de tentar evitar ou diminuir ao mínimo essas  
1291 carências. Ontem, em uma reunião da Confederação das Misericórdias do Brasil, nós tivemos a  
1292 oportunidade de encontrarmos dois Ministros do Supremo Tribunal Federal e o Ministro **Edson Vidigal**,  
1293 que é o Presidente do Superior Tribunal de Justiça e nós colamos que existem ADIns, sobretudo no  
1294 Supremo Tribunal Federal, que tentam definir o que são ações típicas de atenção à saúde. Eu não deixo  
1295 de reconhecer que o saneamento é importante, que a alimentação é importante, a moradia é importante,  
1296 o emprego é importante, mas se nós diluirmos o nosso orçamento com todas essas atividades, que  
1297 possuem estruturas específicas, para atividades típicas de atenção à saúde, nós teremos muita  
1298 dificuldade. Eu estou completando a formação da equipe. Vocês podem imaginar que isso foi uma luta,  
1299 porque, às vezes, vê-se nas funções do Ministério empregos, quando na verdade são cargos que exigem  
1300 experiência, ainda mais quando eu assumi no meio do processo. Eu não posso me dar o direito de fazer  
1301 experimentos. Assim, estamos indicando pessoas experientes do país inteiro, sem muita preocupação  
1302 partidária, apesar das pressões monumentais que eu sofri. O Antônio e outros companheiros são  
1303 testemunhas disso. Como deputado e político, eu reconheço que essas pressões são normais, mas  
1304 estou tendo a sabedoria e a força de resistir a esse tipo de tentativa de imposição e acredito que  
1305 estamos montando uma equipe experiente, boa, que já passou pelos órgãos públicos e que tem  
1306 compromisso com a consolidação do SUS. Eu aproveitei pessoas da equipe anterior e insisto que estou  
1307 em processo de continuidade dentro do Governo do Presidente Lula...*interrupção*...nem sobreviver nas  
1308 condições precárias em que estamos sobrevivendo. Ele teve uma ação pronta em relação a isso,  
1309 estabelecemos prioridades. Eu já disse na reunião anterior: nós não vamos inventar muito, mas sim, dar  
1310 continuidade a projetos que já vinham sendo desenvolvidos. Uma das recomendações do Presidente é  
1311 que, ao invés de obras novas – o Ministro, em geral, sofre muita pressão nesse sentido – nós vamos  
1312 tentar concluir obras inacabadas que estão paradas há cinco, seis anos. Eu já pude identificar cerca de  
1313 sessenta delas, hospitais, por exemplo, como o que nós inauguramos ontem em Palmas, no Estado de  
1314 Tocantins cuja obra estava parada há vários anos e com uma injeção de recursos a unidade começou a  
1315 operar com cem leitos funcionando e daqui a seis meses, serão duzentos. Então, a idéia é trabalhar  
1316 dentro dessa linha. Eu pedi à minha equipe que pensasse em um choque de descentralização no que se  
1317 refere a algumas áreas do Ministério e vou citar aqui um exemplo de coisas que, para mim, parecerem  
1318 pouco lógicas. O Ministério concentrou a compra de medicamentos básicos, a compra é feita aqui,  
1319 quando os medicamentos de alto custo estão descentralizados, ou seja, não há controle sobre isso.  
1320 Deveria ser ao contrário: medicamentos de alto custo que o Ministério compra em escala nacional - a  
1321 quantia é menor, mas o valor é mais alto – deveria estar concentrado no nível central para se fazer a  
1322 distribuição. Não justifica comprar aspirina e o medicamento de alto de alto custo ser descentralizado,  
1323 comprado nas esferas estadual e municipal. Então, essa foi uma recomendação que nós discutimos hoje  
1324 pela manhã. Eu estou re-expedindo portarias paulatinamente à medida que são analisadas sob o  
1325 aspecto técnico. Algumas precisaram de pequenas correções, porque, provavelmente, havia pressa em  
1326 expedi-las, outras, além de fazer isso, estou encaminhando à Tripartite para apreciação, porque eu não  
1327 tenho como trabalhar a questão o SUS sem fortalecer a parceria com os estados e municípios. Se eu  
1328 tentar fazer isso, eu posso expedir milhares de portarias sem nenhum tipo de eficácia na ponta, através  
1329 das instâncias que são mais executoras do SUS. Nós estamos olhando com muita atenção a questão do  
1330 Rio de Janeiro. O Ministério está recuperando quatro hospitais que não têm condições de serem geridos  
1331 nem pelo Estado, nem pelo Município. Nós teremos uma estrutura de dezenas de hospitais vinculados ao  
1332 Ministério, no Rio de Janeiro, e acho que as negociações e encaminhamentos são eficazes no sentido  
1333 de arrumarmos essa questão crônica que é a atenção à saúde no Rio de Janeiro. Agora, eu gostaria de  
1334 ouvir os Conselheiros sobre as discussões de ontem e na manhã de hoje." Após o pronunciamento, o  
1335 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, coordenador da mesa, formalizou, em nome do CNS, a entrega das  
1336 duas minutias de resoluções, aprovadas pelo Plenário, ao Ministro da Saúde. A primeira, dispondo sobre  
1337 a alocação de recursos orçamentários para o Conselho Nacional de Saúde em 2006 e a segunda,  
1338 solicitando ao Ministério da Saúde a emissão de licenças compulsórias dos medicamentos Efavirenz,  
1339 Lopinavir/r e Tenofovir, bem como de outros anti-retrovirais patenteados que oneravam ou viessem a  
1340 onerar o orçamento do SUS. Em seguida, abriu a palavra para considerações do Plenário. Conselheira  
1341 **Gyselle Saddi Tannous** chamou a atenção do Ministro da Saúde para a importância de a

1342 proposta orçamentária de 2006 ser encaminhada ao CNS, em tempo hábil, a fim de ser apreciada pelo  
1343 Plenário. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** salientou a necessidade de regulamentar a EC nº 29, a fim  
1344 de serem disponibilizados mais recursos para a consolidação do SUS. Também sinalizou a importância  
1345 de o Ministério da Saúde definir Política de Atenção ao Idoso, considerando as particularidades dessa  
1346 população. Por fim, manifestou apoio à proposta de o Cardio Minas ser transformado em um centro de  
1347 especialidade. Conselheira **Rozângela Fernandes Camapum** solicitou ao Ministro de Estado da Saúde  
1348 que agilizasse a publicação do decreto de composição do Conselho, a fim de se garantir, o mais breve  
1349 possível, a realização das eleições para a escolha dos novos membros do CNS. Conselheiro **Eni Carajá**  
1350 **Filho** falou sobre o processo de terceirização das ações de saúde, por meio das Organizações da  
1351 Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e solicitou o pronunciamento do Ministro da Saúde sobre  
1352 essa questão. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou maiores esclarecimentos sobre a Portaria  
1353 que define o repasse de recursos Fundo a Fundo a estados e municípios para ações concernentes a  
1354 DST/AIDS. Além disso, pediu que o Ministro da Estado da Saúde analisasse a possibilidade de emissão  
1355 de licença compulsória para a produção de anti-retrovirais. Conselheira **Silvia Marques Dantas** solicitou  
1356 esclarecimentos sobre o debate da Lei de Responsabilidade Sanitária. Conselheira **Maria Fúria Silva**  
1357 salientou a necessidade de melhorar a proposta orçamentária, dada a necessidade de implementar, em  
1358 especial, uma política de atenção às pessoas com deficiência. Conselheira **Solange Gonçalves**  
1359 **Belchior** enfocou a necessidade de o Ministério da Saúde continuar intervindo no Rio de Janeiro, a fim  
1360 de normalizar a situação, inclusive com o acompanhamento do CNS. Também manifestou preocupação  
1361 com o debate acerca da reestruturação das gerências dos hospitais. Por fim, solicitou que o Ministro da  
1362 Saúde contribuísse para a conclusão da greve dos servidores da segurança social. Na seqüência, o  
1363 Ministro de Estado da Saúde, **José Saraiva Felipe**, comentou as intervenções do CNS, manifestando-se  
1364 nos seguintes termos: "Eu vou comentar alguns posicionamentos, começando pela Conselheira  
1365 **Solange**. Esse Conselho tem que funcionar em parceria absoluta com o Ministro da Saúde. Eu não vou  
1366 aceitar que o Conselho cobre do Ministro. Não vai cobrar, porque, senão, eu não aceito ser cobrado pelo  
1367 Conselho. Vocês tenham clareza do que estou falando: se o Conselho não for meu parceiro e eu for  
1368 colocado como uma instância de poder para ser cobrado, eu não vou acatar esse Conselho como  
1369 deliberativo, ele será consultivo, pois eu não posso admitir que o Conselho, por exemplo, ao invés de –  
1370 eu estou trazendo a questão do orçamento – eu quero que o Conselho seja meu parceiro e mobilize o  
1371 que tiver que mobilizar para conseguirmos refazer e melhorar as condições da proposta orçamentária  
1372 que nos foi oferecida porque, senão, o Conselho não seria necessário. Eu montaria um grupo consultivo  
1373 e toda a responsabilidade recairia sobre mim. Então, é só para fixar como eu vejo o Conselho. Eu o  
1374 respeito, mas olhando nos olhos no mesmo nível. Eu não vou aceitar ser cobrado: aqui eu sou  
1375 Presidente do Conselho, mas o meu peso e o da Conselheira Solange são um só. Eu valho um e você  
1376 vale um. Então, essa é uma questão de princípio que estou colocando aqui que vai nortear a nossa  
1377 convivência e eu vou vir mensalmente aqui participar das discussões. Todas as questões que ela  
1378 colocada são pertinentes. Só que a forma é o seguinte: eu quero ser tido no Conselho como um parceiro  
1379 e não como alguém que vai ser cobrado, uma autoridade superior. Nós estamos intervindo no Rio de  
1380 Janeiro com bastante veemência. Para se ter uma idéia, o Ministério está re-absorvendo unidades  
1381 hospitalares do Rio de Janeiro que não vinham funcionando. Foram para o governo municipal e ele não  
1382 as queria e ficaram como enjeitadas, o que é uma situação inaceitável e nós estamos absorvendo.  
1383 Estamos criando sim uma estrutura. Eu acho que é justa a proposta de designar alguém do Conselho  
1384 para acompanhar as ações que estamos desenvolvendo no Rio de Janeiro. Vou pedir ao nosso  
1385 Secretário de Gestão Participativa para que providencie a inclusão de uma representação do Conselho  
1386 para acompanhar as ações que estamos desenvolvendo no Rio. É uma ação na linha de retomarmos o  
1387 peso do poder público federal do Rio de Janeiro, porque eu não consegui através das parcerias. Por  
1388 exemplo, eu era Secretário de Saúde do Estado e absorvia a rede federal de hospitais em Belo  
1389 Horizonte, acabou, continua lá em uma fundação pública. No Rio de Janeiro, nós não conseguimos isso  
1390 e eu não posso deixar que os hospitais morram como os doentes por indigência, por não atendimento e  
1391 não funcionamento. Em relação à greve, eu acho que nenhum ministro se mobilizou tanto para acabar  
1392 com essa greve quanto eu. Eu tive reuniões com o Ministro **Nelson Machado**, da Previdência, eu tive  
1393 reuniões com o Ministro **Paulo Bernardo** e hoje, inclusive, eu estou tendo a missão, a tarefa...talvez  
1394 porque ao mesmo tempo em que eu intervi, intervi de uma forma mais conciliatória. Todas as vezes que  
1395 representações grevistas vieram a esse Ministro eu interrompi a agenda e atendi a comissão dos  
1396 grevistas, do comando de greve. Nenhuma vez o pessoal foi embora, eu não impus nenhuma condição,  
1397 abri as portas do Gabinete e recebi o pessoal. E hoje eu estou tendo a grata satisfação de ser o portador  
1398 de uma proposta para que eu leve ao Ministro **Marinho** em relação à greve dos servidores que eu vou  
1399 chamar 'da segurança social', que envolve, inclusive, o Ministério da Previdência. Então, eu estou feliz e  
1400 satisfeito com meu desempenho e com o resultado dele nesse processo de greve. Quero aqui agradecer  
1401 e ressaltar que o **Antônio Alves** teve uma participação importante junto comigo nessas negociações.  
1402 Agora voltando rapidamente às demais questões. Em relação ao questionamento da **Gyséll** sobre o  
1403 orçamento. Esse orçamento me foi apresentado no final da semana passada. Daí eu apresentei uma

1404 contra-proposta e fui discutir isso com o Ministro **Paulo Bernardo** e com o Presidente **Lula**. Eu coloquei  
1405 o orçamento da saúde como um tópico a ser discutido, porque havia, inclusive, equívocos técnicos. Essa  
1406 questão de generalizar, tratar tudo igual. Por exemplo, no orçamento do Ministério da Saúde, eu já disse,  
1407 a atenção finalística é classificada como custeio. Não é custeio, por exemplo, de outros Ministérios que  
1408 você reduz viagem, papel, xerox, não. Aqui, é considerado como custeio o atendimento finalístico.  
1409 Provavelmente, o pessoal não teve essa percepção quando resolveu restringir os gastos de custeio. Eu  
1410 estou apresentando uma contra-proposta, que seria assim: dentro das dificuldades, seria uma contra-  
1411 proposta que nos permitiria melhorar em relação a esse ano. Para esse ano, por exemplo, eu vou ter que  
1412 negociar suplementação orçamentária. Vocês sabem disso. Eu já estou começando um processo para  
1413 sobreviver, negociando suplementação orçamentária. Eu vou pedir para o Antônio que tanto a proposta,  
1414 a lógica da contra-proposta, à medida que isso for avançando, eu gostaria que fosse disponibilizado aos  
1415 membros do Conselho e nós vamos receber as contribuições, críticas. A questão do nosso companheiro  
1416 **Geraldo Adão** sobre fortalecer a idéia e o compromisso com o SUS, o fato de nos situar nesse processo  
1417 há pelo menos trinta anos é uma coisa importante. Eu vou ter que fazer duas coisas: eu estou  
1418 alimentando o Congresso em relação à necessidade da regulamentação da Emenda nº 29 no momento  
1419 em que o Congresso está paralizado por outros assuntos que estão sendo bem tratados tanto em  
1420 instâncias do Executivo quanto em instâncias do Congresso Nacional, mas eu não posso esperar a  
1421 regulamentação da Emenda nº 29 e ter problemas com o orçamento para o ano que vem, porque, senão,  
1422 não teremos nem Emenda nº 29 regulamentada, nem orçamento factível, viável para 2006. A questão do  
1423 idoso, Conselheiro **Geraldo**. Uma das prioridades que nós discutimos hoje com o primeiro escalão do  
1424 Ministério e solicitei ao Dr. **Temporão** é desenvolver uma Política Nacional para os Idosos. Há coisas  
1425 que são curiosas. O Estatuto do Idoso propõe e prevê muita coisa, mas, na área da saúde, é menos  
1426 aplicado. Se eu chegar a um aeroporto, por exemplo, e tiver mais de 65 anos, eu tenho direito a  
1427 embarque prioritário. Na maioria dos bancos, há um caixa próprio para pessoas idosas. Por outro lado,  
1428 se eu tiver noventa anos, eu vou para o fim da fila de atendimento no ambulatório do SUS...Eu  
1429 determinei que um grupo pensasse ações articuladas para darmos uma atenção especial à questão do  
1430 idoso, olhando a questão de fornecimento de medicamentos, talvez um programa de mobilização física,  
1431 nós tentarmos usar a mídia – o Ministério tem condições de fazer isso, formular essas propostas, trazer  
1432 aqui no Conselho, transformar isso em Portaria e colocar na rua. O meu tempo técnico e político vão  
1433 exigir que eu seja ágil, para que o nosso tempo não passe. Então, a sua colocação coincidiu com uma  
1434 preocupação que discutimos hoje pela manhã. Sobre o Cardio Minas, é um hospital específico, ou a  
1435 questão, já que estamos falando de Minas, do hospital de Vida Nova, do Hospital de Queimados, na  
1436 baixa fluminense ou o hospital de Palmas que estava parado, faltando um convênio ou aumentar alguma  
1437 coisa no teto estadual para garantir o custeio...nós temos cerca de sessenta hospitais prontos para  
1438 funcionar no Brasil, alguns, inclusive, equipados, construídos e equipados que não funcionam. Então, ao  
1439 invés de começar obras novas, nós vamos priorizar isso. Sobre a colocação da **Rozângela**, desculpe-  
1440 me, mas eu tenho que me inteirar sobre o processo eleitoral do CNS. Eu verei se consigo publicar esse  
1441 decreto, evitando as prorrogações, mas eu preciso me inteirar sobre esse assunto. Quanto à questão  
1442 que o **Eni** coloca sobre OSCIPs: é uma discussão que contraria a legislação. Eu, enquanto Ministro da  
1443 Saúde, prefiro que isso funcione diretamente através do poder público. Eu fui Secretário em várias  
1444 oportunidades, em várias situações e nunca fiz nada funcionar através de OSCIPs, eu prefiro que  
1445 funcione através do poder público municipal, preferencialmente, do estadual e do nacional. Agora, eu  
1446 vou ter que discutir isso também na Tripartite com os gestores estaduais para ver ser a gente avança  
1447 nessa posição. Inclusive, o funcionamento das OSCIPs tem sido questionado pelo Ministério Público.  
1448 Então, eu não vou afrontar a Lei, mas eu vou ter que discutir isso com municípios e estados, porque na  
1449 reunião do CONASS, em Fortaleza, alguns colocaram experiências de OSCIPs exitosas, que eu não  
1450 conheço, mas, de qualquer forma, é uma posição que o Ministério vai levar. Eu quero louvar, também, a  
1451 preocupação com o orçamento nas três esferas, porque não vai adiantar nada o Conselho, o Ministro e o  
1452 parlamento discutir a questão do orçamento, sem envolver as outras duas esferas. Costuma-se  
1453 aumentar o orçamento federal e encolher o orçamento estadual. Na verdade, os médios e pequenos  
1454 municípios têm sido os mais onerados nesse processo, porque estão mais próximos – o prefeito é  
1455 cobrado, o Secretário é cobrado. Essas esferas intermediárias, às vezes, não têm, orçamentariamente,  
1456 cumprido a Lei e isso acaba passando. Eu acho que vale a pena também, por parte desse Conselho,  
1457 analisar as situações estaduais, sem nenhum tipo de preocupação com a origem, pensando a questão  
1458 de um funcionamento nacional adequado do SUS e também se posicionar com o mesmo vigor em  
1459 relação aos orçamentos estaduais e aos orçamentos municipais. Alguns estados estão fazendo uma  
1460 verdadeira invasão no orçamento do SUS, com inclusão de despesas com moradia, entre outras,  
1461 fazendo com que o orçamento com atividades típicas de saúde fique reduzido a nada. É interessante  
1462 essa inversão aqui em relação ao papel da força de trabalho em saúde, com os municípios respondendo  
1463 com 66% do total, o que eu acho que é correto. O problema é que isso tem que estar adequado a  
1464 repasses que contemplam essa situação. Eu sou um defensor do municipalismo, vocês sabem disso, e  
1465 acho que é preciso fortalecer o município, garantindo apoio financeiro e técnico, para realmente ser uma

1466 instância do SUS mais apta a ser a parte operacional, de ponta do sistema. Eu vou deixar por última a  
1467 questão do Conselheiro **Carlos** sobre a patente. Eu não sabia desse esboço de Portaria para ajuste  
1468 Fundo a Fundo do repasse para DST/AIDS. Estou pedindo aqui, isso vai estar na ata, mas eu gostaria  
1469 que o Antônio levantasse essa questão para que eu tomasse conhecimento. A Lei de Responsabilidade  
1470 Sanitária. Nós já estamos discutindo. A nossa idéia é transformá-la em uma Lei de Direitos dos Usuários  
1471 do SUS. Do jeito que está posta, prevê muita penalidade, aliás, eu deveria até ser a favor, porque eu  
1472 descobri que o gestor federal está fora das penalidades da Lei. Então, se for para penalizar os  
1473 municípios e estados, eu deveria ser o primeiro a estar de acordo. Agora, vale a frase, inclusive, que eu  
1474 disse para a imprensa “Do jeito que está posta, eu não aceito ser gestor municipal, nem estadual, só  
1475 gestor federal, porque eu estou livre de qualquer sanção.” Eu posso mandar prender, suspender os  
1476 direitos políticos, com coisas, inclusive, que nós sabemos que são subjetivas. Como é que eu mando  
1477 prender um Secretário Municipal que não conseguiu atingir uma meta de mortalidade infantil? Quem é  
1478 sanitarista sabe que a assistência à saúde é um dos ingredientes, mas teve muito mais importância na  
1479 queda da mortalidade infantil o saneamento básico no mundo inteiro. Então, quer dizer, se toda a  
1480 população estiver desempregada e o nível de nutrição for lá em baixo, o gestor do SUS vai responder  
1481 pelo problema político geral. Nós teremos sim, vai ser trazida a esse Conselho para nós discutirmos.  
1482 Claro que nós vamos ter responsabilidades definidas, só que mais na ótica do direito do usuário do que  
1483 na ótica punitiva. Já há uma equipe trabalhando na questão da Lei de Responsabilidade Sanitária e eu  
1484 asseguro que brevemente nós teremos em mão um texto que me parece mais adequado e que vou  
1485 discutir com o Conselho, com os Secretários Estaduais e com os Secretários Municipais. **Marisa**, o  
1486 Fórum de Deficiência. Eu recebi uma visita da CNBB e do Conselho dos pastores do Brasil e essas  
1487 duas entidades terão como tema em 2006 a questão da deficiência, da atenção aos deficientes. Claro,  
1488 deficiente de uma forma genérica: desde o deficiente físico até o deficiente mental. E nós vamos tentar  
1489 ser parceiro desse processo de trabalharmos a questão da deficiência. Eu estou motivando o Conselho  
1490 para que também apresente propostas factíveis e práticas em relação ao idoso e ao deficiente. Em  
1491 relação ao orçamento, será disponibilizada a proposta, onde nós veremos que há furos, que eu chamo  
1492 de ‘caronas’ e a questão também de nós termos a necessidade, para não ficarmos preso na questão do  
1493 orçamento para medicamentos, de fazermos um remanejamento. Se for feito um remanejamento,  
1494 conforme propusemos, é possível termos uma situação melhor do que a que temos esse ano, ainda não  
1495 ideal, com a Emenda nº 29 regulamentada, porque essa seria super ideal, porque além de forçar o  
1496 governo federal, enquadraria mais os estados e os municípios nas suas obrigações com gastos  
1497 específicos em atividades de saúde. Em relação às duas resoluções do Conselho. Sobre a questão do  
1498 kaletra. Quando eu assumi o Ministério, eu obtive a informação de que havia sido firmado um acordo  
1499 com o laboratório ABBOT. Eu estava convicto disso. É claro que acordo feito com o setor público tem  
1500 que está escrito, então, eu solicitei o acordo e descobri que não tinha acordo. O que havia era uma  
1501 proposta do Laboratório ABBOT. Além disso, fui informado que a urgência não era essa, porque, na  
1502 verdade, nós temos um contrato de fornecimento do kaletra até maio do ano que vem. Então, eu não  
1503 entendi como isso, de repente, virou uma questão central de discussão na mídia, que tinha três ou  
1504 quatro dias para resolver essa questão. Não é assim. Eu considerei inaceitável a proposta que a ABBOT  
1505 nos apresentou e isso foi amplamente divulgado, porque fere o interesse público, tanto em relação ao  
1506 preço unitário do produto, quanto em relação a duas condições. Primeiro, nós teríamos que assinar um  
1507 contrato de fornecimento até 2010 e isso é uma bobagem porque até lá, em uma área onde a  
1508 obsolescência é enorme, ou seja, a cada dois anos aparece um produto mais avançado, é um absurdo  
1509 eu ser obrigado a comprar e estocar Kaletra. E isso já está acontecendo. Nós vamos perder alguns retro-  
1510 virais porque outros mais modernos substituíram os que estão aí. Isso é decorrente de contratos dessa  
1511 natureza. Eu sou obrigado a comprar um medicamento que eu já tenho até a informação de que ficará  
1512 obsoleto daqui a dois anos. E a questão que eles propuseram de transferência de tecnologia é outra  
1513 bobagem, porque transferir tecnologia em 2010...não importa mais, porque em 2013 o medicamento cai  
1514 em domínio público internacional. Então, quando eles transferirem, além do medicamento estar obsoleto,  
1515 se, por ventura, eu considerar a possibilidade de que não haverá um retro-viral com essa especificidade  
1516 mais moderna, ainda assim, já estará quebrada a patente de forma natural, com o domínio público a  
1517 partir de 2013. Nós tivemos reuniões essa semana e fomos informados agora na reunião entre a  
1518 Secretaria de Vigilância em Saúde, Dr. **Pedro Scheker** e eu envolvi o Dr. **Moisés Goldbaum**, que é o  
1519 Secretário de Ciência e Tecnologia. Eu estou dando ao Laboratório ABBOT o que é preciso dar, ou seja,  
1520 a possibilidade deles oferecerem o kaletra em condições iguais àquelas que nós podemos ter em termos  
1521 de custo da produção nacional. Aí teríamos que ter uma associação, pois a Farmanguinhos sozinha não  
1522 teria condições de produzir. Seria necessária parceria com um laboratório privado nacional. Eu estou  
1523 cumprindo o rito que, inclusive, é exigido por Lei. O rito é o seguinte: para não configurar violação de  
1524 propriedade intelectual, você tem que estar...isso corre um prazo – isso está sendo visto com a  
1525 Advocacia Geral da União – de tal forma que o laboratório tenha a chance de nos oferecer o produto nas  
1526 condições que atenda ao interesse público. Em relação aos outros dois retro-virais, sinceramente, eu  
1527 não avancei tecnicamente negociando para ver se temos condições de produzir nacionalmente, porque

1528 bravata também não adianta. Bravata é o seguinte: eu quebro a patente de todos os anti-retrovirais e, na  
1529 verdade, não tenho condição de produzir no Brasil. Em relação ao kaletra, parece-me que nós temos  
1530 condições. Em relação aos outros dois, eu não tenho a informação. Eu vou buscá-la com os Secretários  
1531 da Área. Então, eu estou acolhendo essa resolução do Conselho dentro desse processo de negociação  
1532 que estamos desenvolvendo. O Ministério tem uma posição firme a respeito disso. A imprensa  
1533 perguntou-me se a ABBOT tinha feito alguma proposta de negociação. Um item da proposta eu  
1534 considerei, de imediato, inaceitável, por ser ilegal, que é: eles fazerem uma negociação secreta com o  
1535 Ministério da Saúde. Quem aqui trabalha com administração pública sabe que o pilar dos princípios  
1536 administrativos é a publicização de qualquer ato público. Ou seja, nós fazemos um preço mais barato  
1537 para o Brasil, vocês não contam para ninguém para podermos continuar vendendo caro para África,  
1538 Ásia. Outra coisa: isso não afeta muito o mercado. O receio é muito mais do precedente da 'quebra de  
1539 patente' do que do prejuízo financeiro. Eu solicitei um levantamento, o mercado farmacêutico, incluindo a  
1540 América Latina, África e Ásia, excetuando o Japão, corresponde a 12% do mercado mundial. Então, a  
1541 preocupação é muito mais do Brasil não criar esse precedente de, em tendo condições tecnológicas,  
1542 fazer licenciamento compulsório. Então, as negociações estão nesse estágio, caminhando para um  
1543 desfecho e será público o resultado. Se o laboratório nos fornecer condições de realizar um contrato de  
1544 curto prazo, com preço igual ao que se fosse produzido aqui, nós não teremos o porquê, por gosto ou  
1545 por bravata, 'quebrar patente', mas se nós não atingirmos essas condições, eu não ponderarei em  
1546 defender o interesse público, fazendo o que nunca foi feito. Quando fui convidado para ser ministro, eu  
1547 estava convicto que o Ministro **Serra** havia quebrado patente, mas eu descobri que não quebrou  
1548 nenhuma. Ameaçou, mas, ao final, nenhuma patente foi quebrada e nem considerada de interesse  
1549 público, como foi feito pelo Ministro **Humberto**. Às vezes, vale mais o "marketing" do que a atitude real e  
1550 concreta. Essa questão da resolução que diz respeito à garantia da autonomia de planejamento das  
1551 ações e prioridades de despesas do Conselho Nacional de Saúde, definindo como ordenador de  
1552 despesas a Secretaria-Executiva do Conselho, vocês me desculpem, mas eu não sabia do assunto, mas  
1553 com o peso que tem uma resolução do Conselho, nós vamos analisar e vou passar isso para os  
1554 representantes do Ministério no Conselho. Eu não sou contra, nem a favor, porque eu tomei  
1555 conhecimento da solicitação aqui e agora. Eu vou ver se há meios jurídicos e administrativos de  
1556 fazermos isso. Então, eu estou pedindo paciência para que eu possa me inteirar do assunto. Eu vou  
1557 pedir desculpas a vocês por falado mais do que havia previsto. Vou pedir que as informações que  
1558 ficamos de encaminhar sejam encaminhadas...*interrupção*...em geral a área econômica – e eu já passei  
1559 pelo município, pelo estado e agora estou como gestor federal do SUS – considera gastos com saúde  
1560 como gastos compressíveis, não tem jeito de pagar aposentadoria, mas tem jeito de diminuir o elenco ou  
1561 a quantidade de medicamentos distribuídos. Então, nós temos que estar atentos e trabalhando em  
1562 parceria. Eu gostaria de um tratamento de igual para igual. Eu me disponho a ouvir o que vocês têm a  
1563 dizer e a dar os encaminhamentos e estou dando peso ao que vocês estão me encaminhando. Agora,  
1564 nós temos que ser parceiros. Eu não posso, pelo fato de estar em uma posição de autoridade, de ser o  
1565 Ministro, receber cobranças, como se fossem cobranças externas. Isso eu recebo, por exemplo, do  
1566 movimento sindical quando querem pleitear salário, mas do Conselho não. Esse não é o papel do  
1567 Conselho. O papel do Conselho é gerir o Ministério junto comigo, dividindo o ônus e o bônus. É isso.  
1568 Muito obrigado." Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** agradeceu o Ministro da Saúde pela presença e a  
1569 Secretaria-Executiva do CNS encerrou os trabalhos da manhã do segundo dia de reunião, estando  
1570 presentes os seguintes Conselheiros: **Titulares** - **Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim,**  
1571 **Carlos Alberto E. Duarte, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Gilca Ribeiro S. Diniz,**  
1572 **Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, João Donizetti Scaboli, José Saraiva Felipe,**  
1573 **Luiz Augusto Ângelo Martins, Luiz Fernando C. Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Rômulo Maciel**  
1574 **Filho, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior e Zilda Arns**  
1575 **Neumann. Suplentes: Ciro Mortella, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Francisca Valda da Silva,**  
1576 **Geraldo Adão Santos, Geusa Dantas Lelis, José Eri Medeiros, Júlia Maria Roland, Lérida Maria**  
1577 **dos Santos Vieira, Lílian Alické, Maria Irene M. Magalhães, Maria Thereza Mendonça de Carneiro**  
1578 **Rezende, Marisa Fúria Silva, Noemy Yamagishi Tomita e Vera Lúcia M. de Vita.** Os trabalhos da  
1579 tarde do segundo dia de reunião foram retomados, com a apresentação do item 8 da pauta. **ITEM 8 –**  
1580 **INFORMES DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT** - O Coordenador da Comissão  
1581 Intergestores Tripartite, **André Luiz Bonifácio**, com a participação da Coordenadora da Secretaria  
1582 Técnica da CIT, **Aranelita Neves de Arruda**, apresentou informe sobre as atividades da Comissão  
1583 Intergestores Tripartite desenvolvidas até o mês de agosto de 2005. Dentre os assuntos discutidos pela  
1584 Comissão, destacou o processo de homologações, tendo sido feitas doze habilitações de municípios  
1585 para Gestão Plena do Sistema Municipal; a desabilitação do município de Presidente Prudente; por falta  
1586 de consenso, encaminhado para deliberação do CNS o processo de desabilitação do município de  
1587 Amargosa/PB; certificação de Municípios para Gestão das Ações de Vigilância em Saúde; qualificação  
1588 dos Estados e Municípios para receberem incentivos no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e  
1589 outras DST – CNDST/AIDS. Também apresentou os resultados da Câmara Técnica da CIT, que é

1590 composta por uma coordenação Técnica e nove grupos temáticos, destacando as ações na área da  
1591 assistência farmacêutica, atenção à saúde; informação e informática; vigilância em saúde; e vigilância  
1592 sanitária. Os Conselheiros solicitaram informações pontuais sobre as ações da CIT, que foram  
1593 respondidas pela mesa.

1594 **ITEM 9 – PARECER REFERENTE À DESABILITAÇÃO EM GESTÃO PLENA DO MUNICÍPIO DE  
1595 AMARGOSA/BA, SOLICITADO PELA CIT** - Conselheiro **Júlio Strubing Müller Neto** apresentou a  
1596 solicitação do CONASS de retirar a apreciação do processo referente ao Município de Amargosa/BA da  
1597 pauta da reunião, a fim de possibilitar aos membros do CONASS análise mais criteriosa e  
1598 posicionamento na próxima reunião ordinária do CNS. **O Plenário acatou a solicitação e deliberou**  
1599 **que a matéria retornaria na próxima Reunião Ordinária do CNS, a ser realizada nos dias 14 e 15 de**  
1600 **setembro de 2005, para apreciação e deliberação.** Antes de iniciar a apresentação do item 10,  
1601 **Conselheiro Antônio Alves de Souza**, seguindo a deliberação do Plenário, no primeiro dia de reunião,  
1602 apresentou as competências das unidades da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, sendo  
1603 elas: **1)** Departamento de Gestão Participativa: I - Propor, coordenar e apoiar a implementação da  
1604 Política Nacional de Gestão Participativa em Saúde; **II** - Criar mecanismos de apoio ao processo de  
1605 organização e funcionamento do controle social do SUS; **III** - Fomentar a participação de trabalhadores e  
1606 usuários na tomada de decisões na gestão do SUS; **IV** - Apoiar processos de qualificação do controle  
1607 social do SUS; **V** - Contribuir para a promoção da equidade em saúde acolhendo e articulando  
1608 demandas e oferta de políticas específicas, priorizando os grupos e populações excluídas; **VI** – apoiar  
1609 iniciativas dos movimentos sociais para o processo de formulação de políticas e de gestão do SUS; **VII** -  
1610 Fomentar e ampliar a mobilização social em defesa do SUS; **VIII** - Mobilizar e instrumentalizar gestores e  
1611 trabalhadores de saúde para as práticas de gestão participativa; e **IX** - Estimular a produção de  
1612 conhecimento no campo da gestão participativa e do controle social; **2)** Coordenação-Geral de Apoio à  
1613 Educação Popular e Mobilização: I - Promover e apoiar iniciativas de movimentos, entidades e  
1614 instituições para o desenvolvimento da Educação Popular em Saúde; **II** - Identificar e divulgar novos  
1615 canais de participação popular e controle social; **III** – planejar e coordenar a educação em saúde e  
1616 cidadania nas escolas de nível fundamental; e **IV** - planejar e coordenar ações de apoio aos  
1617 trabalhadores de saúde no desenvolvimento de práticas de educação em saúde e cidadania; e **3)**  
1618 Coordenação Geral de Apoio a Gestão Participativa e ao Controle Social: I - Planejar e coordenar o  
1619 processo de acompanhamento e apoio à adoção de práticas de gestão participativa nas distintas  
1620 esferas de gestão do SUS; **II** - Apoiar e incentivar o processo de organização e funcionamento do  
1621 controle social do SUS; **III** - Planejar e coordenar ações pertinentes ao Ministério da Saúde no processo  
1622 de qualificação do controle social no SUS; **IV** - Planejar e coordenar ações de apoio à participação de  
1623 trabalhadores, gestores e usuários na tomada de decisões na gestão do SUS; e **V** - Acolher demandas  
1624 provenientes da sociedade civil, por intermédio dos representantes das organizações e movimentos  
1625 sociais, com vistas à promoção da equidade ampliação do acesso e à melhoria dos serviços de saúde,  
1626 promovendo e articulando políticas e programas específicos junto a outros órgãos do Ministério. **O**  
1627 **Plenário aprovou por unanimidade a proposta, com destaque para o inciso III, da Coordenação-**  
1628 **Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização, que passou a ter como redação “incentivar e**  
1629 **apoiar a educação em saúde e cidadania nas escolas de nível fundamental”.** **ITEM 10 –**  
1630 **RELATÓRIO DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO GERAL DO CNS PARA ANÁLISE E**  
1631 **DELIBERAÇÕES/INFORMES E INDICAÇÕES** - A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**  
1632 **Cruz**, apresentou o relatório da reunião da Comissão de Coordenação Geral – CCG, realizada no dia 21  
1633 de julho de 2005, estando presentes os Conselheiros **Carlos Alberto Ebeling Duarte, Luiz Fernando**  
1634 **Corrêa Silva, Silvia Marques Dantas de Oliveira** e os representantes da Secretaria-Executiva do CNS,  
1635 **Eliane Aparecida da Cruz, Lúcia Figueiredo e Alessandra Ximenes da Silva.** O relatório da CCG  
1636 apresenta a pauta da 157ª Reunião Ordinária, símula das contribuições dos Conselheiros no que se  
1637 refere às competências da CCG, melhoria do funcionamento do CNS e capacitação de Conselheiros  
1638 discutidos, proposta de data e pauta para realização da reunião dos coordenadores de comissões, GTs e  
1639 conferências com a CCG e a Secretaria-Executiva e informes relativos à Comissão Nacional de Ética em  
1640 Pesquisa -CONEP/CNS, apresentado pelo Conselheiro **Willian Saad Hossne**, coordenador da CONEP,  
1641 com encaminhamentos da CCG. Dentre os itens do relatório, destacou a proposta da Comissão de  
1642 Coordenação Geral de que a reunião dos coordenadores de comissões e GTs do CNS com a CCG e a  
1643 Secretaria-Executiva fosse realizada no dia 24 de agosto de 2005, das 10 às 18 horas, no Plenário do  
1644 Conselho Nacional de Saúde, com o propósito de articular periodicidade de reuniões e pautas. Sobre a  
1645 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, informou que, no dia 21 de julho de 2005, a Comissão de  
1646 Coordenação Geral – CCG e o Conselheiro **Willian Saad** conversaram sobre demandas da CONEP e  
1647 indicaram alguns encaminhamentos, a saber: constituição de grupo de trabalho entre a CONEP e o  
1648 Ministério da Saúde para análise de projetos de pesquisa de clínicas privadas financiadas por indústrias  
1649 farmacêuticas que estão sob análise da CONEP; analisar a Lei de Responsabilidade Sanitária no que  
1650 tange à ética em pesquisa; orientar as parcerias no trabalho com o Departamento de Ciência e  
1651 Tecnologia/Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos no que se refere a projetos de  
1652

1654 Capacitação; Avaliação e acompanhamento dos CEPs, considerando os avanços no Campo da Ética em  
1655 Pesquisa no Brasil, estabelecido pelo Sistema CEP/CONEP construído a partir da Resolução CNS nº  
1656 196/1996; e desenvolver e consolidar o Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa –  
1657 SISNEP. Para tanto, ressaltou que foi proposto debater o papel do governo federal no que tange à  
1658 regulação da ética em pesquisa no Brasil; renovação da CONEP –processo eleitoral, nos moldes da  
1659 Resolução CNS nº 196/1996, que ocorrerá na 158<sup>a</sup> Reunião Ordinária do CNS, no mês de setembro. A  
1660 propósito, disse que Plenário deveria indicar dois ou três Conselheiros para acompanhar o processo nos  
1661 meses de agosto/setembro de 2005. **Com relação às questões propostas pela CCG, o Plenário**  
1662 **definiu que: a reunião dos coordenadores de comissões e GTs do CNS com a CCG e a Secretaria-**  
1663 **Executiva será realizada no dia 26 de agosto de 2005, no Plenário do Conselho Nacional de**  
1664 **Saúde; que o processo eleitoral para renovação dos membros da CONEP/CNS ocorrerá na 158<sup>a</sup>**  
1665 **Reunião Ordinária do CNS, tendo sido indicadas as Conselheiras Gysélle Saddi Tannous, Cleuza**  
1666 **de Carvalho Miguel, Rozângela Fernandes Camapum e Marisa Fúria Silva para acompanhar esse**  
1667 **processo nos meses de agosto e setembro de 2005. Além disso, foi aprovada, por unanimidade, a**  
1668 **indicação dos nomes das Conselheiras Gysélle Saddi Tannous e Cleuza de Carvalho Miguel para**  
1669 **representar o segmento dos usuários na CONEP, em substituição a Alejandra Rotania e Jorge**  
1670 **Beloqui. Além disso, o Plenário deliberou por realizar reunião com os representantes dos**  
1671 **Conselhos Estaduais de Saúde, no dia 24 de agosto de 2005, para tratar sobre o processo de**  
1672 **mobilização das conferências temáticas. Os Conselheiros Clóvis A. Boufleur, Vera Lúcia**  
1673 **Marques; e Solange Gonçalves Belchior foram indicados a participar dessa reunião. Na**  
1674 **seqüência, o Plenário aprovou o mérito de duas recomendações da Comissão Intersetorial de**  
1675 **Saúde Mental – CISM/CNS, recomendando ao Plenário do CNS: 1) que seja priorizada a campanha**  
1676 **televisiva e na imprensa, em rede nacional, sobre a existência de Rede Nacional de Serviços**  
1677 **Substitutivos ao tratamento hospitalar psiquiátrico, que favoreça a re-inserção social e familiar**  
1678 **dos usuários e saúde mental; e 2) que seja solicitada à Área Técnica do Ministério da Saúde a**  
1679 **elaboração e apresentação a CISM de proposta de instrumento de acompanhamento e avaliação**  
1680 **de qualidade das ações prestadas pela Rede Nacional de Serviços Substitutivos.** **EXPEDIENTE,**  
1681 **INFORMES E INDICAÇÕES** - *Expediente:* **1)** Haja vista a renovação dos membros da Comissão  
1682 Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, prevista para 14 e 15 de setembro de 2005, a Secretaria-  
1683 Executiva do CNS encaminhou Ofício-Circular aos Comitês de Ética em Pesquisa solicitando a indicação  
1684 de dois nomes que comporão a lista dos nomes a serem escolhidos pelo Plenário do CNS. *Indicações:*  
1685 **2)** II Reunião Macro Regional Norte de Hanseníase – A Secretaria de Vigilância em Saúde informou que  
1686 a reunião foi prorrogada para dia 24 e 25 de agosto em Belém/PA. Deverá ser definido nome entre os  
1687 integrantes da Comissão do CNS pela Eliminação da Hanseníase. **3)** O Sindicato de Enfermeiros do Rio  
1688 Grande do Sul – SERGS realizaria seminário dos Trabalhadores da Saúde e solicita a indicação de um  
1689 conselheiro para proferir palestra sobre o tema “Conferências de Saúde do Trabalhador – Apresentação  
1690 do texto base nacional”. Data: 9 de setembro de 2005. Horário: 9 horas. Local: Porto Alegre/RS. A  
1691 Comissão Organizadora da 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador indicará um nome para  
1692 proferir essa palestra. **4)** 2<sup>a</sup> Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador de João Pessoa – Data: 29  
1693 a 31 de agosto. Local: João Pessoa – PB. Convida para debate no dia 30, sobre o tema “Como garantir a  
1694 integralidade e a transversalidade da ação do município em saúde do trabalhador”. A Comissão  
1695 Organizadora da 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador indicará representantes para  
1696 participar do debate. **5)** Cursos de Capacitação de Agentes Fiscais e Técnicos de Defesa do Consumidor  
1697 – A Secretaria-Executiva do CNS, por orientação do Conselheiro **Mário Scheffer**, reuniu-se com o  
1698 Departamento de Proteção à Defesa do Consumidor -DPDC, do Ministério da Justiça, que propôs uma  
1699 parceria com o CNS, começando com as etapas do Curso Integrado de Capacitação dos Agentes  
1700 Fiscais e Técnicos de Defesa do Consumidor. O objetivo é avançar na discussão sobre o direito à saúde  
1701 e defesa do consumidor. O Convite para as etapas vem por meio do Coordenador do Departamento de  
1702 Proteção à Defesa do Consumidor/Ministério da Justiça – DPDC/MJ, **Ricardo Morishita Wada**. A  
1703 solicitação é que seja indicado um conselheiro para fazer exposição de uma hora, em cada etapa, e  
1704 distribuir materiais do CNS. Convidam o CNS para discorrer sobre os Conselhos de Saúde – nacional,  
1705 estadual e municipal – levando informações aos órgãos do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor  
1706 sobre os conselhos e respectivas atribuições. Agenda: **a)** de 12 a 16 de setembro, em Vitória/ES – 25<sup>º</sup>  
1707 Curso Integrado de Capacitação de Agentes Fiscais e Técnicos de Defesa do Consumidor. O Plenário  
1708 indicou o Conselheiro **Luiz Augusto Ângelo Martins**; **b)** de 3 a 7 de outubro, em Campo Grande/MS –  
1709 26<sup>º</sup> Curso Integrado de Capacitação de Agentes Fiscais e Técnicos de Defesa do Consumidor. O Plenário  
1710 indicou a Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**; **c)** de 3 a 7 de outubro, em São Luiz/MA - 27<sup>º</sup>  
1711 Curso Integrado de Capacitação de Agentes Fiscais e Técnicos de Defesa do Consumidor. O Plenário  
1712 indicou a Conselheira **Marisa Fúria Silva**; **d)** de 7 a 11 de novembro, em Goiânia/GO - 28<sup>º</sup> Curso  
1713 Integrado de Capacitação de Agentes Fiscais e Técnicos de Defesa do Consumidor. O Plenário indicou a  
1714 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**. **6)** Congresso da ABRAS. Data: 18 a 20 de agosto de 2005.  
1715 Local: Belo Horizonte/MG. O Plenário indicou o Conselheiro **Eni Carajá Filho**. **7)** Ofício do MORHAN

1716 solicitando a composição de comissão para acompanhar a situação da Sra. Maria Francisca Abrutta  
1717 Moro, Conselheira Municipal do Município de Uberlândia, cassado do desempenho de suas funções por  
1718 uma série de fatores irrelevantes. A propósito, o Plenário decidiu encaminhar ofício ao Conselho  
1719 Estadual de Saúde, solicitando maiores informações sobre essa questão e indicou os Conselheiros **Eni**  
1720 **Carajá Filho** e **Gilca Ribeiro S. Diniz** para, junto com um representante do CONASEMS e outro do  
1721 Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, verificar essa situação. **8)** Indicação de um Conselheiro  
1722 para acompanhar o processo de intervenção do Ministério da Saúde no Município do Rio de Janeiro. A  
1723 Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** foi indicada a acompanhar esse processo. **9)** Encontro de  
1724 Odontologia para pacientes especiais da Região Centro-Oeste e Jornada Nacional. A Conselheira **Maria**  
1725 **Leda de R. Dantas** foi indicada para tratar sobre o tema da humanização no atendimento ao paciente  
1726 idoso. **10)** Seminário sobre Violência contra a Mulher. Data: 16 de agosto. Local: Congresso Nacional,  
1727 Brasília/DF. A Conselheira **Silvia Marques Dantas** foi indicada para participar do Seminário. **11)** 13ª  
1728 Encontro Nacional de ONGs AIDS. Data: 3 a 7 de setembro de 2005. A Conselheira **Gysélle Saddi**  
1729 **Tannous** foi indicada para participar do evento (a confirmar). **12)** Processo da União de Parentes e  
1730 Amigos dos Doentes de "Runtincon". A Sra. **Sheila Miranda da Silva**, da Área Técnica da Pessoa  
1731 Portadora de Deficiência, elaborou parecer favorável à aposentadoria por invalidez permanente das  
1732 pessoas com essa doença. A Conselheira **Marisa Fúria Silva** foi indicada para acompanhar a discussão  
1733 dessa matéria como relatora. *Informes – 13)* A Confederação Nacional dos Municípios realizará nos dias  
1734 18 e 19 de agosto o Seminário "Um Olhar Social sobre o Orçamento Público" em Belo Horizonte/MG,  
1735 com objetivo de analisar as prioridades na aplicação dos recursos públicos na Saúde, Educação e  
1736 Assistência Social. **14)** Debate "Educação em São Paulo: desafios e conquistas" – Data: 16 de agosto.  
1737 Local: São Paulo – SP. Reunião com Secretário de Educação de São Paulo, José Aristodemo Pinotti. **15)**  
1738 O presidente da Câmara dos Deputados, Severino Cavalcanti, enviou ofício comunicando que  
1739 encaminhou a Recomendação CNS 05/2005, de exclusão de "despesas com assistência médico-  
1740 hospitalar aos militares" do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias, ao Presidente do Senado  
1741 Federal, à Comissão de Seguridade Social e Família e à Comissão de Relações Exteriores e de Defesa  
1742 Nacional, bem como a publicação para conhecimento dos demais membros da Câmara dos Deputados.  
1743 **16)** A Comissão de Seguridade Social e Família comunica que adotou a emenda sugerida na  
1744 Recomendação CNS 05/2005e apresentou à Comissão Mista de Orçamento como emenda de texto à  
1745 Lei de Diretrizes Orçamentárias. **17)** A Coordenação Nacional do SGT nº 11 e da Reunião de Ministros  
1746 da Saúde do Mercosul encaminhou ao CNS a publicação do Plano Regional de Intensificação das Ações  
1747 de Controle de Dengue no Mercosul e Estados Associados, versão em português e espanhol.(Os  
1748 conselheiros interessados na publicação devem comunicar a SE/CNS). **18)** O Ministério da Ciência e  
1749 Tecnologia, o Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, a Associação Brasileira das Instituições de  
1750 Pesquisa Tecnológica e as Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia convidam para a 3ª  
1751 Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação – Regional Sudeste, a ser realizada no Auditório da  
1752 Fiemp Trade Center, em Belo Horizonte, nos dias 3 e 4 de agosto de 2005. **19)** De 9 a 12 de outubro,  
1753 acontece em São Paulo o III Congresso Brasileiro de Psicossomática e Psicologia da Saúde e III  
1754 Simpósio Brasileiro de Psiconeuroimunologia, promovido pelo Centro de Terapia Existencial. Maiores  
1755 informações no endereço eletrônico [psicoexistencial@psicoexistencial.com.br](mailto:psicoexistencial@psicoexistencial.com.br). **20)** Conforme deliberação  
1756 do plenário do CNS, foi enviada uma carta ao Correio Braziliense sobre a matéria publicada no dia 14 de  
1757 julho, onde citava que o ministro "enfrentou pela 1ª vez o CNS, onde ouviu queixas de toda ordem". A  
1758 resposta do CNS foi publicada no dia 22 de julho, na coluna Sr. Redator. **21)** Conselheira **Nildes de**  
1759 **Oliveira Andrade** informou o Plenário sobre o debate concernente a Políticas Públicas e Metas do  
1760 Milênio. Disse que o tema vinha sendo debatido principalmente nas reuniões de conselhos, sob a  
1761 coordenação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), que já promovera  
1762 quatro reuniões entre agosto de 2004 e maio de 2005. Explicou que, junto com a Secretaria-Executiva do  
1763 CNS, participara da primeira reunião, representando o CNS. Na segunda e terceira reuniões, não foi  
1764 possível a participação de representantes do CNS, em virtude de conflito de agenda. Na reunião  
1765 realizada no dia 18 de maio de 2005, a Secretaria-Executiva do CNS esteve presente. Também  
1766 manifestou a sua preocupação com a possibilidade de os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio  
1767 (ODM) serem discutidos no Plenário do CNS, sem antes serem apreciados pelas suas comissões. Nessa  
1768 linha, propôs que as comissões do CNS elegessem os temas, entre os oito Objetivos, em ordem de  
1769 prioridade e estabelecessem os principais programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério da Saúde  
1770 cujas ações se relacionavam com os ODM. Ressaltou ser importante a contribuição das comissões do  
1771 CNS na definição e formulação de estratégias e diretrizes que possibilitassem a adaptação dos objetivos  
1772 e metas à realidade brasileira, bem como na definição de agenda para a discussão do tema no Plenário  
1773 do CNS. **REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA – O Plenário convocou reunião extraordinária do CNS, no**  
1774 **dia 25 de agosto de 2005, quinta-feira, para discutir a proposta orçamentária do Ministério da**  
1775 **Saúde para 2006, haja vista o prazo constitucional de 30 de agosto de 2005 para entrega do**  
1776 **orçamento ao Congresso Nacional. ENCERRAMENTO – Nada mais havendo a tratar, a Secretaria-**  
1777 **Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, encerrou os trabalhos da 157ª Reunião Ordinária,**

1778 estando presentes os seguintes Conselheiros: *Titulares* - **Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Gilca Ribeiro S. Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, João Donizetti Scaboli, Luiz Augusto Ângelo Martins, Marcelo de Ávila Rosa, Nildes de Oliveira Andrade, Rômulo Maciel Filho, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas e Solange Gonçalves Belchior.** *Suplentes* - Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Francisca Valda da Silva, Geraldo Adão Santos, Geusa Dantas Lelis, José Eri Medeiros, Júlio Müller Strubing Neto, Lérida Maria dos Santos Vieira, Lílian Alické, Maria Irene M. Magalhães, Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende, Marisa Fúria Silva, Mauro Fernando Schmidt, Noemy Yamaguishi Tomita e Vera Lúcia M. de Vita.

1779

1780

1781

1782

1783

1784

1785

1786

1787

1788

1789