



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA CENTÉSIMA QÜINQUAGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO  
NACIONAL DE SAÚDE**

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8

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

as portarias foram analisadas pelos integrantes do GT presentes à reunião, tendo sido definidos os seguintes encaminhamentos:

convite a técnicos e conselheiros das áreas afins e representantes do CONASS e CONASEMS envolvidos com os temas saúde mental, saúde indígena, recursos humanos, saúde do trabalhador e finanças, com o objetivo de contribuir com a análise; e solicitação à Secretaria-Executiva do CNS que realizasse o levantamento de todas as atas para verificar as políticas aprovadas no Conselho Nacional de Saúde relacionadas às portarias em questão. Já na segunda reunião, realizada no dia 3 de agosto de 2005, o GT agrupou as Portarias por eixos temáticos - saúde mental; saúde do trabalhador; saúde indígena; alimentação e nutrição; e recursos humanos na saúde - e definiu cinco grupos de trabalho para analisá-las. Além disso, ressaltou que foram analisadas outras Portarias que não tinham relação com esses eixos temáticos. Continuando, disse que esses grupos de trabalho apresentaram avaliações das portarias para os integrantes do GT, de acordo com os seguintes critérios: objeto da portaria; fundamentação e importância para o SUS; impacto na assistência ou impacto financeiro; e sugestões. Ressaltou que a terceira reunião do GT foi realizada no dia 9 de agosto de 2005 e teve como resultado: a

análise e avaliação dos produtos dos subgrupos do GT; a

análise pelos integrantes dos GT das demais portarias não contempladas nos cinco eixos temáticos; e e

laboração do parecer a ser apresentado ao Plenário do CNS. Após a apresentação da metodologia de trabalho utilizada pelo Grupo, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** passou à apresentação das portarias e dos encaminhamentos do GT. Iniciando, apresentou as seis

Portarias de Recursos Humanos, sendo elas: **a)** GM/MS nº 1.111, de 5 de julho de 2005, que fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho; **b)** GM/MS nº 1.168, de 7 de julho de 2005, que redefine os objetivos da RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS e dá outras providências; **c)** GM/MS nº

1.143, de 7 de julho de 2005, que apóia

programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRM-MFC), por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde; **d)** GM/MS

**nº 1.156**, de 7 de julho de 2005, que institui o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde; **e)** GM/MS nº 1.057, de 7 de julho de 2005, que

estabelece incentivo financeiro complementar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, parte integrante do piso de atenção básica, para regularização do vínculo contratual desses trabalhadores; e **f)** GM/MS 1.155, de 7 de julho de 2005, que

constitui a rede de apoio à despreciação do trabalho no SUS. Disse que a recomendação do GT era submeter as Portarias GM/MS nºs 1.111, 1.168,

1.143/GM e

1.156 à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH/CNS) para avaliação em reunião ampliada, que ocorreria no dia 16 de agosto de 2005 e solicitar ao Plenário do CNS a análise e apreciação das Portarias GM/MS nº 1.057 e 1.555. Conselheiro **José Eri Medeiros** acrescentou que no dia 15 de agosto de 2005 se reuniram dois grupos para analisar as Portarias com maior profundidade e preparar anteprojeto a ser apresentado a CIRH. Feita a apresentação, foi aberta a palavra para manifestação do Plenário sobre os encaminhamentos propostos pelo GT. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou que lhe fosse disponibilizado o texto da Portaria nº 1.057/05, pois precisava verificar se o seu teor contemplava a questão da precarização, que independia da vinculação, se havia mecanismos para garantir o repasse integral do incremento de 45% e se não haveria diferenciação entre os agentes comunitários que receberiam o incremento. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** também salientou a necessidade de analisar o teor da Portaria nº 1.057/05, a fim de verificar como seria feito o repasse do incentivo aos agentes comunitários de saúde. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** enfatizou que a idéia não era analisar o teor de todas as Portarias, mas sim, as recomendações e sugestões do GT. Contudo, diante das dúvidas em relação à Portaria nº 1.057/05, explicou que contemplava apenas os agentes comunitários de saúde e definia que o repasse do recurso somente seria feito com a comprovação do vínculo regular. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** disse que deveria ser explicitado na Portaria nº 1.057/05 o mecanismo de regulação, independente do processo de controle efetivo pelos Conselhos Municipais de Saúde. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** ressaltou que a proposta do GT era aprovação do mérito da Portaria, com revisão dos mecanismos de regulação. Conselheira **Zilda Arns Neumann** chamou a atenção para a necessidade de agilizar o processo de regulamentação da carreira de agentes comunitários de saúde. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** destacou que, apesar de reconhecer a excepcionalidade do trabalho do GT, estava preocupado com o *modus operandi* do Conselho Nacional de Saúde, por entender que o papel do CNS era aprovar a Política e não analisar o instrumento (Portaria) que o gestor utilizaria para implementá-la. Conselheiro **José Eri Medeiros** explicou que o Conselho decidiu criar o GT para analisar o mérito das Portarias que haviam sido suspensas, a fim de evitar prejuízos no processo de implementação de políticas importantes aprovadas

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

quatro portarias, todas referentes à política já aprovada pelo CNS, sendo elas: **a)** GM/MS nº 1.062, que institui a criação do Selo Hospital Amigo do Índio e do Comitê de Certificação e Avaliação do Selo Hospital Amigo do Índio; **b)** GM/MS nº 1.081, que trata da qualificação de municípios a receberem os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde;

**c)** GM/MS nº 1.076, que institui o incentivo financeiro adicional vinculado a atuação dos AIS e dos AISAN; e **d)** GM/MS nº 1.088, que dispõe sobre a definição dos valores de Incentivo Financeiro de Atenção Básica de Saúde aos Povos Indígenas e sobre a composição e organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena. Explicou que a recomendação do GT ao Plenário era: **1)** nº 1.062/05: aprovação e republicação da Portaria com as seguintes alterações: artigo 2º, item VI: mudar a redação para “garantia da participação de usuários e gestores no âmbito do DSEI, nas instâncias de avaliação hospitalar”; artigo 2º, item VII: incluir a palavra indígena “garantia de processo de Educação Permanente aos Profissionais com respeito a interculturalidade e valorização das práticas tradicionais de saúde indígena”; e artigo 4º, item V: retirar o representante da CISI/CNS do Comitê de Certificação e Avaliação do Selo Hospital Amigo do Índio, já que o CNS é um órgão deliberativo e não deve participar de Comitês Consultores;

**2)** Portarias nºs 1.081/05 e 1.076/05: aprovação e republicação com as seguintes sugestões de alterações: “Qualificar os municípios, descritos no Anexo I desta Portaria a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas, destinados às ações e procedimentos de Assistência Básica à Saúde, indicados no âmbito do Distrito Sanitário de Saúde Indígena, com o referendo do Conselho Distrital de Saúde Indígena”; que as tabelas das duas Portarias tenham a mesma sequência do padrão de codificação do IBGE; e que as planilhas sejam revistas sistematicamente, pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, para readequações, levando-se em consideração a população a ser atendida, as dificuldades de acesso e o perfil epidemiológico; e **3)** nº 1.088/05: remeter à Câmara Técnica de Saúde Indígena da Comissão Intergestores Tripartite e a CISI/CNS para análise em conjunto com a Portaria GM nº 1.163/99, que trata da relação da FUNASA com estados e municípios. Finalizada a apresentação, foi aberta a palavra para manifestações do Plenário. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** expôs que a comunidade indígena era contrária ao repasse de recursos pelos municípios, por entender que deveria ser feito por meio da Funasa, na perspectiva de fortalecer os Distritos Sanitários Indígenas. Diante disso, salientou a necessidade de análise mais aprofundada da Portaria nº 1.081/05, que dispõe sobre a qualificação dos municípios para recebimento de incentivos de Atenção Básica à Saúde. Conselheira **Zilda Arns Neumann** explicou que os povos indígenas queixavam-se que os municípios não aplicavam os incentivos destinados à saúde indígena. Na sua visão, o CNS deveria contribuir para o fortalecimento dos 34 Distritos Sanitários Indígenas, por serem espaços ideais para definição de políticas de saúde de acordo com a realidade local. Conselheiro **José Eri Medeiros** esclareceu que o GT, entendendo a necessidade de discutir a relação da Funasa com estados e municípios, indicou as Portarias nºs 1.163/99 e 70/04, que não haviam sido suspensas pelo Ministro da Saúde, para serem avaliadas em conjunto com a Portaria nº 1.088/05. Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** informou à Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** que as Portarias nºs 1.081 e 1.076 tratavam sobre repasses financeiros e as sugestões de alteração apresentadas reforçavam a participação dos Distritos Sanitários e dos Conselhos Distritais Indígenas no acompanhamento e monitoramento do repasse dos incentivos. Feitos esses esclarecimentos, Conselheiro **José Eri Medeiros** colocou em votação o encaminhamento proposto pelo GT: **aprovação do mérito das Portarias nºs 1.062, 1.081 e 1.076, com as alterações propostas e recomendação de que sejam republicadas; e envio da Portaria nº 1.088 à Câmara Técnica de Saúde Indígena da CIT e a CISI/CNS para análise, junto com a Portaria GM nº 1.163/99. O encaminhamento foi aprovado por unanimidade.** Definido esse ponto, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** passou a apresentação das portarias de saúde do trabalhador. Explicou que o GT analisou duas Portarias, sendo elas: **a)** GM/MS nº 1.125, de 6 de julho de 2005, ora suspensa, que dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS; e **b)** Portaria GM/MS nº 1.068, de 4 de julho de 2005, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Acrescentou que a Política de Saúde do Trabalhador para o SUS não havia sido discutida no CNS por falta de agenda, todavia, havia sido objeto de debate na Comissão Interserial de Saúde do Trabalhador (CIST/CNS). Desse modo, recomendou que a Política fosse pautada para debate no CNS, com a máxima urgência, em função da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador prevista para novembro de 2005. Em relação à Portaria nº 1.125/05, explicou que o GT recomendava a aprovação e a

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

sua priorização na execução financeira do Ministério da Saúde para o exercício de 2005 e 2006.

Após a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** destacou que a RENAST vinha sendo implantada desde 2003 e não havia sido submetida à apreciação do Controle Social. Nessa linha, propôs que esse tema fosse pautado para debate na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu que o Plenário apreciasse as duas Portarias na próxima reunião junto com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** sugeriu que o Plenário recomendasse a republicação das Portarias, uma vez que a Política de Saúde do Trabalhador não havia sido pautada no Conselho por falta de agenda e pautasse debate dessa matéria na próxima reunião do CNS. Diante da falta de consenso, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** retirou a sua proposta em favor do encaminhamento proposto pelo Conselheiro **Jesus Francisco Garcia**, acrescido pelo Conselheiro **Eni Carajá Filho**, colocando-o em votação: **pautar o debate da Política Nacional de Saúde do Trabalhador na próxima Reunião Ordinária do CNS e apreciar, na ocasião, as Portarias GM/MS nºs 1.125/05 e nº 1.068/05. O encaminhamento foi aprovado com um voto contrário e uma abstenção.** Seguindo, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** passou à apresentação das portarias de alimentação e nutrição. De início, salientou que era preciso discutir a implementação efetiva da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, reforçando os cuidados em promoção e prevenção. Explicou que, nesse eixo temático, foram avaliadas duas Portarias, sendo elas: **a)** Portaria GM/MS nº 1.075, de 4 de julho de 2005, ora suspensa, que institui diretrizes para a atenção ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; e **b)** Portaria SAS/MS nº 390, que define Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave. A propósito da Portaria GM/MS nº 1.075/05, explicitou a sugestão do GT de

encaminhá-la aos demais membros do Grupo de Trabalho instituído por meio da Portaria nº 1827/GM, de 2 de setembro de 2004, que teve por incumbência a elaboração da proposta ora em análise, para complementação deste parecer e para outras considerações que possam subsidiar o CNS na análise da pertinência e oportunidade da ação proposta nesta portaria. Nesse ponto, lembrou que a coordenação do referido grupo coube ao Departamento de Atenção Especializada da SAS, sendo esta Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição um dos três representantes da SAS no referido grupo de trabalho. Em relação à Portaria SAS/MS nº 390, explicou que a sugestão era não aprovar o mérito e delegar à Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN/CNS) a discussão sobre a implementação efetiva da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com foco nos cuidados em promoção e prevenção. Não havendo novos encaminhamentos, Conselheiro **José Eri Medeiros** colocou em votação a proposta do GT: **enviar as Portarias a CIAN/CNS para aprofundar o debate, com apresentação dos resultados das discussões ao Plenário do Conselho. O encaminhamento foi aprovado com uma abstenção.** Na sequência, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz** passou à apresentação das demais p

ortarias avaliadas pelo GT, que não tinham relação com os eixos temáticos definidos, e as respectivas recomendações. Inicialmente, apresentou a [Portaria GM/MS nº 1.018, de 1º de julho de 2005](#), que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. A propósito, expôs que o GT recomendava ao Plenário a não aprovação da Portaria, por ser necessário debater a Política de Sangue no CNS. Feita a apresentação, abriu a palavra para o Plenário. Conselheiro **Eni Carajá Filho** defendeu a aprovação da Portaria, com a recomendação de pautar o debate da Política Nacional de Sangue do Ministério da Saúde. Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** ressaltou que o GT não havia discutido o mérito da Portaria, entendendo que o Plenário deveria manifestar-se sobre a matéria. O representante da SAS/MS, **José Carlos de Moraes**, solicitou que o Plenário apreciasse o encaminhamento proposto pelo Conselheiro **Eni Carajá Filho**, uma vez que, além de uma série de atos normativos, a 1ª Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial recomendou a discussão da atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias. Diante dessa consideração, Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** colocou em votação o seguinte encaminhamento: **aprovação do mérito da Portaria, recomendando ao Ministério da Saúde a sua republicação e indicação da necessidade de pautar, com urgência, o debate no CNS sobre a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde. O encaminhamento foi aprovado por unanimidade.** Prosseguindo, Conselheira **Gilca Ribeiro S. Diniz**, apresentou duas portarias, que tratam sobre saúde bucal, a saber: **a)** Portaria GM/MS nº 1.063, de 4 de julho de 2005, que define critérios, normas e requisitos para a



implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; e b)

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

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

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



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

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

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

adaptados às condições locais e da limitação das ferramentas de diagnóstico. Prosseguindo, chamou a atenção para a queda substancial de preços dos medicamentos devido à concorrência de genéricos e para a dificuldade de realizar tratamento da AIDS com medicamentos de segunda linha, uma vez que esses insumos estavam no processo de monopólio. Explicou que as empresas acreditavam que o preço diferencial voluntário era a solução para o problema. Contudo, isso configurava-se em maximização do lucro e os preços anunciados nem sempre estavam disponíveis. Citou como exemplo o caso do Viread, da Gilead (Tenofovir), que era registrado apenas em quatro dos 95 países onde a empresa fazia ofertas com preço diferenciado. Além disso, salientou que os produtos com fonte única continuavam muito caros, como era o caso do Lopinavir/Ritonavir (Kaletra). Enfatizou, ainda, que muitas ofertas não eram válidas para países de renda média, pois não refletiam as necessidades locais e não permitiam o acesso às formulações recomendadas. No caso do Lopinavir/Ritonavir (Kaletra), explicou que era recomendado pela OMS para tratamento de 2ª linha e único com “booster” no mesmo comprimido. Disse que se tratava de um medicamento novo, patenteado na maioria dos países e possuía poucos genéricos, inclusive, nenhum pré-qualificado pela OMS. Explicou que, diante do problema com refrigeração, futuramente, seria lançada nova versão do medicamento não refrigerada. Informou que, na Europa, o preço do Kaletra era de U\$ 7,057/ano, muito próximo dos preços nos países não-africanos. Disse que era preciso utilizar as salvaguardas do TRIPS/DOHA para permitir a produção contínua e exportação de anti-retrovirais de genéricos e cessar a definição de capítulos de propriedades intelectuais nos acordos regionais e bilaterais, considerando que as fontes de genéricos não incentivavam mais a concorrência. Além disso, alertou que, sem concorrência genérica, o preço diferencial nunca cobriria as necessidades. Finalizando, apontou como ações a serem tomadas: utilizar a licença compulsória; exportar sob licença compulsória para a Região; definir prioridades de engenharia reversa com “pool” de laboratórios públicos e privados; evitar a concessão de patentes indevidas e definir novo uso, nova formulação, associações em dose fixa; reforçar e regular mecanismos pró-saúde pública como a anuência prévia; e propor regulação de licenças automáticas, conforme a legislação na Índia. Concluídas as apresentações, o coordenador da mesa, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, abriu a palavra para intervenções dos Conselheiros, lembrando que a intenção final do debate era definir posição do Conselho sobre a matéria. Conselheira **Noemy Yamaghashi Tomita** cumprimentou a mesa e agradeceu os expositores por entender que contribuiriam para que o Plenário se posicionasse sobre a matéria. Explicou que participara do processo de discussão sobre a Lei de Patentes e pôde evidenciar o latente interesse americano pela sua aprovação e o total desconhecimento dos parlamentares no momento de sua votação. Disse que procurou abrir debate sobre patente nas Universidades do país, mas não obteve resultados. Nessa linha, salientou a necessidade de o CNS iniciar movimento no sentido de corrigir os equívocos da Lei. Conselheiro **Mário César Scheffer**, de início, enfatizou que a emissão de licença compulsória configurava-se em uma iniciativa de defesa do SUS, pois o Sistema não possuía recursos suficientes para garantir o acesso universal a medicamentos para tratamento de várias patologias. Além disso, afirmou que o monopólio da patente era incompatível com o dever legal do país de assegurar o acesso universal ao medicamento com qualidade. Em relação ao HIV/AIDS, explicou que a epidemia, apesar de estabilizada, não parava de crescer no país e, além dos 170 mil pacientes em tratamento, havia 600 mil pessoas infectadas que dependeriam da disponibilização do coquetel de medicamentos patenteados para viver. Concordeu que a possibilidade de negociação estava esgotada e, diante do respaldo legal do país e da sua capacidade técnica de produzir medicamentos de qualidade e com preços acessíveis, apelou para que o Plenário deliberasse pelo encerramento das negociações e pela emissão de licença compulsória para a produção de anti-retrovirais no país que oneravam o orçamento do SUS, com investimento e fortalecimento dos laboratórios estaduais e ampliação dos recursos destinados à pesquisa na área. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou que os interessados em manifestar-se se inscrevessem na fala do próximo Conselheiro. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou, a princípio, que o debate dessa matéria também possuía viés político fundamental. Disse que almejava um mundo onde as questões relativas à saúde das pessoas não fossem tratadas a partir do interesse mercadológico, mas sim, como obrigação do Estado. Entretanto, diante da real situação de exploração e busca do lucro a partir da doença, da evolução do número de pacientes, da ascensão do custo médio de tratamento, defendeu que o Plenário se manifestasse favorável ao licenciamento compulsório de medicamentos e a toda e qualquer medida que resultasse na ampliação do acesso dos usuários aos medicamentos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** salientou que era preciso trabalhar a partir do preceito de garantir o acesso universal a medicamentos. Nessa ótica, perguntou qual era o prazo para a fixação e vigência da patente e se os medicamentos do coquetel para tratamento da AIDS, produzidos no Brasil, eram genéricos ou não. Além disso, indagou se haveria possibilidade de trabalhar a revisão da Lei de Patentes paralelamente à questão da licença compulsória. Conselheira **Zilda Arns Neumann** defendeu que o CNS recomendasse ao Ministério da Saúde a solicitação de licenciamento compulsório para a produção dos medicamentos anti-retrovirais no país, já que essa era uma alternativa com

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



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

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

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

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

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

Executiva do CNS encerrou os trabalhos da tarde do primeiro dia de reunião, estando presentes os seguintes Conselheiros: *Titulares* - **Antônio Alves de Souza, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Francisco Batista Júnior, Francisco das Chagas D. Monteiro, Gianni Franco Samaja, Gilca Ribeiro S. Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, Jesus Francisco Garcia, João Donizetti Scaboli, Luiz Augusto Ângelo Martins, Luiz Fernando C. Silva, Marcelo de Ávila Rosa, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo Rogério A. de Oliveira, Rômulo Maciel Filho, Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas, Solange Gonçalves Belchior, Wander Geraldo da Silva e Zilda Arns Neumann. *Suplentes*: **Ciro Mortella, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Francisca Valda da Silva, Geraldo Adão Santos, Geusa Dantas Lelis, José Eri Medeiros, Júlia Maria Roland, Lérida Maria dos Santos Vieira, Lílian Aliche, Luiz Gonzaga de Araújo, Maria Irene M. Magalhães, Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende, Mário César Scheffer, Mauro Fernando Schmidt, Marisa Fúria Silva, Noemy Yamaguishi Tomita e Vera Lúcia M. de Vita.** A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, abriu os trabalhos da manhã do segundo dia de reunião e definiu a coordenação da mesa do item 6 da pauta.**

**ITEM 6 – CADASTRO NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE** – A Coordenadora da Área de Comunicação e Informação do CNS, **Alessandra Ximenes da Silva**, sob a coordenação das Conselheiras **Geusa Lelis Dantas** e **Maria Thereza Mendonça**, submeteu à apreciação do Plenário o projeto do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Iniciando, a coordenadora da Área de Comunicação e Informação do CNS, gerente do projeto, explicou que a idéia de definir um Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde surgiu a partir da necessidade de comunicação entre os conselhos, da importância de agregar os dados dos cadastros existentes (dois do CNS, um do SIOPS e um da Secretaria de Gestão Participativa/MS) e de definir rotina para atualização dos dados. Informou que o Cadastro era uma estratégia que utilizaria a internet, por meio de uma ferramenta construída pelo DATASUS, com o objetivo de manter um único cadastro, atualizado, com identificação dos conselhos de saúde de âmbito estadual, municipal e DF e de seus presidentes e disponibilizar o cadastro para todos os órgãos do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais, Conselho do Distrito Federal e Conselhos Municipais. Expôs que a atualização dos dados do Cadastro, que ocorreria anualmente, seria feita por meio de conta de acesso fornecida aos presidentes dos conselhos estaduais (1º momento) e conselhos municipais (2º momento). Detalhou que, na primeira etapa do projeto, seriam apresentados os seguintes dados: identificação (Nome do Conselho - Estadual, Distrito Federal e Municipal); endereço (bairro/localidade, complemento, ponto de referência, CEP); telefone, fax e endereço eletrônico; e dados de funcionamento do conselho (data de criação do conselho, instrumento de criação, data da última recomposição do conselho). Já na segunda etapa, deveriam ser apresentados dados do presidente do Conselho (nome completo, sexo, faixa etária, segmento, estado, município, bairro/localidade, endereço, ponto de referência, CEP, telefone, fax e endereço eletrônico), sendo necessária a autorização do mesmo para divulgação dos seus dados. Informou que os Conselhos Estaduais seriam responsáveis pelo contato com os municípios que não tinham acesso a internet, podendo utilizar o apoio do DATASUS nos estados. Disse que optou por implantar projeto piloto no Rio Grande do Sul e Amazonas, regiões com realidades diferentes, a fim de possibilitar avaliação estratégica para atingir o restante do país. Informou que, no Estado do Rio Grande do Sul, foram cadastrados 465 Conselhos Municipais e o Conselho Estadual, atingindo o índice de 93,76%. Já no Amazonas, os 62 Conselhos Municipais mais o Conselho Estadual foram cadastrados, atingindo o percentual de 100%. Também apresentou os resultados da implementação do Cadastro no Acre – Norte; Mato Grosso do Sul – Centro- Oeste; Espírito Santo – Sudeste; Pernambuco – Nordeste; Piauí – Nordeste; e Santa Catarina – Sul. Concluindo, disse que o objetivo era atingir a meta de 90% dos Conselhos de Saúde cadastrados até o final de 2005. Os Conselheiros cumprimentaram a equipe responsável pelo projeto e solicitaram esclarecimentos pontuais sobre a proposta. Após os esclarecimentos da mesa, Conselheira **Geusa Lelis Dantas** colocou em votação o projeto do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. **Não havendo posições contrárias, o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde foi aprovado por unanimidade.** Prosseguindo, foi iniciada a discussão do item 7 da pauta.

**ITEM 7 – COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO DO CNS/PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA PARA 2006** - Conselheira **Júlia Maria Roland**, integrante da COFIN/CNS, apresentou o relatório da reunião da COFIN/CNS, realizada no dia 3 de agosto de 2005, que teve como pontos de pauta: situação dos Restos a Pagar 2000-2004; análise da execução orçamentária do mês de julho de 2005; avaliação do Impacto da Proposta de “Déficit Nominal Zero” sobre os Gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde; avaliação do impacto orçamentário das recentes Portarias do Ministério da Saúde; informes: SIOPS; LDO 2006; Tramitação do PLC nº 01/03 – Regulamentação EC nº 29; e informes Gerais. Inicialmente, informou que a COFIN/CNS não pôde debater a proposta de orçamento 2006 porque o Ministério da Saúde não havia concluído a sua elaboração. Prosseguindo, falou sobre a situação dos Restos a Pagar, destacando que os membros da COFIN indicaram a realização de levantamento dos Restos a Pagar cancelados no período 2000-2004 a partir dos relatórios de execução orçamentária de

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



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

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

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

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

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

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



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

**ITEM 9 – PARECER REFERENTE À DESABILITAÇÃO EM GESTÃO PLENA DO MUNICÍPIO DE AMARGOSA/BA, SOLICITADO PELA CIT** - Conselheiro **Júlio Strubing Müller Neto** apresentou a solicitação do CONASS de retirar a apreciação do processo referente ao Município de Amargosa/BA da pauta da reunião, a fim de possibilitar aos membros do CONASS análise mais criteriosa e posicionamento na próxima reunião ordinária do CNS. **O Plenário acatou a solicitação e deliberou que a matéria retornaria na próxima Reunião Ordinária do CNS, a ser realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2005, para apreciação e deliberação.** Antes de iniciar a apresentação do item 10, Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, seguindo a deliberação do Plenário, no primeiro dia de reunião, apresentou as competências das unidades da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, sendo elas: **1) Departamento de Gestão Participativa: I** - Propor, coordenar e apoiar a implementação da Política Nacional de Gestão Participativa em Saúde; **II** - Criar mecanismos de apoio ao processo de organização e funcionamento do controle social do SUS; **III** - Fomentar a participação de trabalhadores e usuários na tomada de decisões na gestão do SUS; **IV** - Apoiar processos de qualificação do controle social do SUS; **V** - Contribuir para a promoção da equidade em saúde acolhendo e articulando demandas e oferta de políticas específicas, priorizando os grupos e populações excluídas; **VI** – apoiar iniciativas dos movimentos sociais para o processo de formulação de políticas e de gestão do SUS; **VII** - Fomentar e ampliar a mobilização social em defesa do SUS; **VIII** - Mobilizar e instrumentalizar gestores e trabalhadores de saúde para as práticas de gestão participativa; e **IX** - Estimular a produção de conhecimento no campo da gestão participativa e do controle social; **2) Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização: I** - Promover e apoiar iniciativas de movimentos, entidades e instituições para o desenvolvimento da Educação Popular em Saúde; **II** - Identificar e divulgar novos canais de participação popular e controle social; **III** – planejar e coordenar a educação em saúde e cidadania nas escolas de nível fundamental; e **IV** - planejar e coordenar ações de apoio aos trabalhadores de saúde no desenvolvimento de práticas de educação em saúde e cidadania; e **3) Coordenação Geral de Apoio a Gestão Participativa e ao Controle Social: I** - Planejar e coordenar o processo de acompanhamento e apoio à adoção de práticas de gestão participativa nas distintas esferas de gestão do SUS; **II** - Apoiar e incentivar o processo de organização e funcionamento do controle social do SUS; **III** - Planejar e coordenar ações pertinentes ao Ministério da Saúde no processo de qualificação do controle social no SUS; **IV** - Planejar e coordenar ações de apoio à participação de trabalhadores, gestores e usuários na tomada de decisões na gestão do SUS; e **V** - Acolher demandas provenientes da sociedade civil, por intermédio dos representantes das organizações e movimentos sociais, com vistas à promoção da equidade ampliação do acesso e à melhoria dos serviços de saúde, promovendo e articulando políticas e programas específicos junto a outros órgãos do Ministério. **O Plenário aprovou por unanimidade a proposta, com destaque para o inciso III, da Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização, que passou a ter como redação “incentivar e apoiar a educação em saúde e cidadania nas escolas de nível fundamental”.**

**ITEM 10 – RELATÓRIO DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO GERAL DO CNS PARA ANÁLISE E DELIBERAÇÕES/INFORMES E INDICAÇÕES** - A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou o relatório da reunião da Comissão de Coordenação Geral – CCG, realizada no dia 21 de julho de 2005, estando presentes os Conselheiros **Carlos Alberto Ebeling Duarte, Luiz Fernando Corrêa Silva, Silvia Marques Dantas de Oliveira** e os representantes da Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz, Lúcia Figueiredo e Alessandra Ximenes da Silva**. O relatório da CCG apresenta a pauta da 157ª Reunião Ordinária, súmula das contribuições dos Conselheiros no que se refere às competências da CCG, melhoria do funcionamento do CNS e capacitação de Conselheiros discutidos, proposta de data e pauta para realização da reunião dos coordenadores de comissões, GTs e conferências com a CCG e a Secretaria-Executiva e informes relativos à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -CONEP/CNS, apresentado pelo Conselheiro **Willian Saad Hossne**, coordenador da CONEP, com encaminhamentos da CCG. Dentre os itens do relatório, destacou a proposta da Comissão de Coordenação Geral de que a reunião dos coordenadores de comissões e GTs do CNS com a CCG e a Secretaria-Executiva fosse realizada no dia 24 de agosto de 2005, das 10 às 18 horas, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde, com o propósito de articular periodicidade de reuniões e pautas. Sobre a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, informou que, no dia 21 de julho de 2005, a Comissão de Coordenação Geral – CCG e o Conselheiro **Willian Saad** conversaram sobre demandas da CONEP e indicaram alguns encaminhamentos, a saber: constituição de grupo de trabalho entre a CONEP e o Ministério da Saúde para análise de projetos de pesquisa de clínicas privadas financiadas por indústrias farmacêuticas que estão sob análise da CONEP; analisar a Lei de Responsabilidade Sanitária no que tange à ética em pesquisa; orientar as parcerias no trabalho com o Departamento de Ciência e Tecnologia/Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos no que se refere a projetos de

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

solicitando a composição de comissão para acompanhar a situação da Sra. Maria Francisca Abrutta Moro, Conselheira Municipal do Município de Uberlândia, cassado do desempenho de suas funções por uma série de fatores irrelevantes. A propósito, o Plenário decidiu encaminhar ofício ao Conselho Estadual de Saúde, solicitando maiores informações sobre essa questão e indicou os Conselheiros **Eni Carajá Filho e Gilca Ribeiro S. Diniz** para, junto com um representante do CONASEMS e outro do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, verificar essa situação. **8)** Indicação de um Conselheiro para acompanhar o processo de intervenção do Ministério da Saúde no Município do Rio de Janeiro. A Conselheira **Solange Gonçalves Belchior** foi indicada a acompanhar esse processo. **9)** Encontro de Odontologia para pacientes especiais da Região Centro-Oeste e Jornada Nacional. A Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** foi indicada para tratar sobre o tema da humanização no atendimento ao paciente idoso. **10)** Seminário sobre Violência contra a Mulher. Data: 16 de agosto. Local: Congresso Nacional, Brasília/DF. A Conselheira **Silvia Marques Dantas** foi indicada para participar do Seminário. **11)** 13ª Encontro Nacional de ONGs AIDS. Data: 3 a 7 de setembro de 2005. A Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** foi indicada para participar do evento (a confirmar). **12)** Processo da União de Parentes e Amigos dos Doentes de “Runtincon”. A Sra. **Sheila Miranda da Silva**, da Área Técnica da Pessoa Portadora de Deficiência, elaborou parecer favorável à aposentadoria por invalidez permanente das pessoas com essa doença. A Conselheira **Marisa Fúria Silva** foi indicada para acompanhar a discussão dessa matéria como relatora. **Informes – 13)** A Confederação Nacional dos Municípios realizará nos dias 18 e 19 de agosto o Seminário “Um Olhar Social sobre o Orçamento Público” em Belo Horizonte/MG, com objetivo de analisar as prioridades na aplicação dos recursos públicos na Saúde, Educação e Assistência Social. **14)** Debate “Educação em São Paulo: desafios e conquistas” – Data: 16 de agosto. Local: São Paulo – SP. Reunião com Secretário de Educação de São Paulo, José Aristodemo Pinotti. **15)** O presidente da Câmara dos Deputados, Severino Cavalcanti, enviou ofício comunicando que encaminhou a Recomendação CNS 05/2005, de exclusão de “despesas com assistência médico-hospitalar aos militares” do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias, ao Presidente do Senado Federal, à Comissão de Seguridade Social e Família e à Comissão de Relações Exteriores e de Defesa Nacional, bem como a publicação para conhecimento dos demais membros da Câmara dos Deputados. **16)** A Comissão de Seguridade Social e Família comunica que adotou a emenda sugerida na Recomendação CNS 05/2005e apresentou à Comissão Mista de Orçamento como emenda de texto à Lei de Diretrizes Orçamentárias. **17)** A Coordenação Nacional do SGT nº 11 e da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul encaminhou ao CNS a publicação do Plano Regional de Intensificação das Ações de Controle de Dengue no Mercosul e Estados Associados, versão em português e espanhol.(Os conselheiros interessados na publicação devem comunicar a SE/CNS). **18)** O Ministério da Ciência e Tecnologia, o Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, a Associação Brasileira das Instituições de Pesquisa Tecnológica e as Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia convidam para a 3ª Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação – Regional Sudeste, a ser realizada no Auditório da Fiemg Trade Center, em Belo Horizonte, nos dias 3 e 4 de agosto de 2005. **19)** De 9 a 12 de outubro, acontece em São Paulo o III Congresso Brasileiro de Psicossomática e Psicologia da Saúde e III Simpósio Brasileiro de Psiconeuroimunologia, promovido pelo Centro de Terapia Existencial. Maiores informações no endereço eletrônico [psicoexistencial@psicoexistencial.com.br](mailto:psicoexistencial@psicoexistencial.com.br). **20)** Conforme deliberação do plenário do CNS, foi enviada uma carta ao Correio Braziliense sobre a matéria publicada no dia 14 de julho, onde citava que o ministro “enfrentou pela 1ª vez o CNS, onde ouviu queixas de toda ordem”. A resposta do CNS foi publicada no dia 22 de julho, na coluna Sr. Redator. **21)** Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** informou o Plenário sobre o debate concernente a Políticas Públicas e Metas do Milênio. Disse que o tema vinha sendo debatido principalmente nas reuniões de conselhos, sob a coordenação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), que já promovera quatro reuniões entre agosto de 2004 e maio de 2005. Explicou que, junto com a Secretária-Executiva do CNS, participara da primeira reunião, representando o CNS. Na segunda e terceira reuniões, não foi possível a participação de representantes do CNS, em virtude de conflito de agenda. Na reunião realizada no dia 18 de maio de 2005, a Secretária-Executiva do CNS esteve presente. Também manifestou a sua preocupação com a possibilidade de os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) serem discutidos no Plenário do CNS, sem antes serem apreciados pelas suas comissões. Nessa linha, propôs que as comissões do CNS elegeassem os temas, entre os oito Objetivos, em ordem de prioridade e estabelecessem os principais programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério da Saúde cujas ações se relacionavam com os ODM. Ressaltou ser importante a contribuição das comissões do CNS na definição e formulação de estratégias e diretrizes que possibilitassem a adaptação dos objetivos e metas à realidade brasileira, bem como na definição de agenda para a discussão do tema no Plenário do CNS. **REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA – O Plenário convocou reunião extraordinária do CNS, no dia 25 de agosto de 2005, quinta-feira, para discutir a proposta orçamentária do Ministério da Saúde para 2006, haja vista o prazo constitucional de 30 de agosto de 2005 para entrega do orçamento ao Congresso Nacional. ENCERRAMENTO – Nada mais havendo a tratar, a Secretária-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  
1779 Amorim, Carlos Alberto E. Duarte, Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior, Gilca Ribeiro S.  
1780 Diniz, Graciara Matos de Azevedo, Gyséle Saddi Tannous, João Donizetti Scaboli, Luiz Augusto  
1781 Ângelo Martins, Marcelo de Ávila Rosa, Nildes de Oliveira Andrade, Rômulo Maciel Filho,  
1782 Rozângela Fernandes Camapum, Rui Barbosa da Silva, Silvia Marques Dantas e Solange  
1783 Gonçalves Belchior. *Suplentes* - Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Francisca Valda da Silva,  
1784 Geraldo Adão Santos, Geusa Dantas Lelis, José Eri Medeiros, Júlio Müller Strubing Neto, Lérída  
1785 Maria dos Santos Vieira, Lílian Alicke, Maria Irene M. Magalhães, Maria Thereza Mendonça de  
1786 Carneiro Rezende, Marisa Fúria Silva, Mauro Fernando Schmidt, Noemy Yamaguishi Tomita e  
1787 Vera Lúcia M. de Vita.  
1788  
1789