



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA CENTÉSIMA SEPTUAGÉSIMA OITAVA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE – CNS

ABERTURA – Aos nove e dez dias do mês de outubro de dois mil e sete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde *Omlton Visconde*, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala B, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Septuagésima Oitava Reunião Ordinária do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos da reunião, cumprimentando todos os presentes, conselheiros, convidados, observadores e equipe da SE/CNS e desculpou-se pelo atraso no início das atividades. Em relação à pauta, comunicou que o Ministro da Saúde não poderia participar da abertura da reunião, mas estaria presente no segundo dia para apresentação do PAC da Saúde. Diante disso, sugeriu que, no período da manhã, fossem feitos breves informes e o debate sobre as Comissões do CNS (item 6 da pauta), previsto para o segundo dia reunião. Acatada a proposta, apresentou informe sobre o processo de Regulamentação da EC nº. 29. Explicou que, na semana anterior, o projeto tramitou na Comissão de Assuntos Econômicos e foi aprovado com graves alterações (ao invés de 10% de piso a ser aplicado, por exemplo, foi aprovada a manutenção do atual método e a inclusão de gastos com aposentados e pensionistas e com saneamento básico como ações e serviços de saúde). Diante disso, informou que se reuniu com o Presidente da Câmara dos Deputados, Arlindo Chinaglia, para tratar do assunto e, na oportunidade, o Deputado solicitou que o CNS lhe apresentasse documento explicando o debate do Conselho acerca do financiamento do SUS, que serviria de subsídio para o debate na Câmara. Desse modo, sugeriu como encaminhamento, delegar à COFIN a elaboração de documento nesses termos. **O encaminhamento foi aprovado. O texto sobre o debate do Conselho acerca da regulamentação do financiamento do SUS seria apresentado no segundo dia de reunião.** O Presidente do CNS informou ainda que o CNS, junto com CONASS e CONASEMS, foi convidado a participar da audiência, que ocorreria no período da tarde, na Comissão de Seguridade Social sobre a regulamentação da EC nº. 29. Finalizando, reiterou que o debate do CNS sobre o financiamento do SUS ocorria a partir das seguintes linhas: o financiamento é insuficiente; a regulamentação da EC nº. 29 é necessária; é preciso discutir a aplicação dos recursos do SUS. Na sequência, abriu a palavra à Coordenadora da CONEP/CNS, Conselheira **Gyséle Saddi Tannous**, para esclarecimentos sobre o processo eleitoral da Comissão. A coordenadora explicou que naquele dia deveria ser realizado processo para renovação de quinze integrantes da CONEP/CNS, da seguinte forma: cinco indicações do CNS (dois titulares e três suplentes); dois de indicação do Ministério da Saúde (um titular e um suplente); e oito sorteados pelo CNS (quatro titulares e quatro suplentes). Comunicou que a Comissão recebeu listagem de indicação dos CEPs, totalizando mais de quatrocentos nomes. Lembrou que, tradicionalmente, o Pleno destinava uma das vagas de indicação (titular e suplente) para o DCIT/MS. Sobre as vagas de indicação, propôs que o Pleno sugerisse nomes a partir da lista de indicações dos CEPs e fosse constituída comissão para analisar os currículos visando à escolha dos indicados. Em relação às vagas de sorteio, disse que seria realizado sorteio aberto dos nomes. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** resgatou que, no momento que o Pleno decidiu aumentar a participação de conselheiros no âmbito da CONEP/CNS, tendo sido contemplado o segmento dos usuários, foi feito pleito de que fossem incluídos outros segmentos à medida que se desse a renovação da Comissão. Nesse sentido, solicitou que o segmento dos trabalhadores também fosse contemplado na CONEP/CNS. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous**, coordenadora da CONEP/CNS, concordou que seria interessante ampliar a participação de conselheiros na Comissão. Contudo, salientou que, para modificar a forma de escolha de nomes, seria necessário alterar o regulamento, que, atualmente, definia que o Pleno escolhia nomes para Comissão a partir das indicações dos CEPs. Ressaltou que, tradicionalmente, o Pleno destinava uma das vagas de indicação para o governo e a escolha do nome era feita pelo DCIT/MS. Disse que não sabia como tratar dessa vaga (titular e suplente), pois a CONEP/CNS solicitou, mas não recebeu a indicação do Departamento. Diante dessa explicação, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** propôs que as duas vagas fossem ocupadas por um

representante do governo (DECIT), na titularidade, e por um representante dos trabalhadores da saúde, na suplência. **Conselheiro Francisco Batista Júnior, Presidente do CNS, sugeriu que a proposta fosse negociada com o governo e, no caso de não ser aceita, que fosse solicitada a indicação dos dois representantes (titular e suplente) ainda naquele dia. O encaminhamento foi aprovado.** Definido esse ponto, o Presidente do CNS fez um informe sobre a 13ª Conferência. Comunicou que o processo de licitação para escolha do local da Conferência estava ocorrendo e seria necessária definição do Pleno sobre a nova proposta. Para isso, solicitou que quatro integrantes da Comissão Organizadora se reunissem com representantes do Comitê Executivo para definição. **Em atendimento à solicitação, foram indicados: Clóvis Bouffleur; Gyséle Saddi; Nildes de Oliveira; e Graciara Matos.** A seguir, Conselheira **Maria Izabel da Silva** apresentou informe sobre o GT do Seminário de Modalidades de Gestão do SUS. Comunicou que o Grupo reuniu-se no dia anterior, mas somente teve acesso ao material com as exposições do Seminário no final do dia, o que impossibilitou o trabalho. Diante disso, apresentou nova proposta de trabalho do Grupo, sendo: elaborar documento com a síntese das exposições e dos debates e conclusão, contemplando a carta do seminário e anexos com as apresentações dos palestrantes e a programação; realizar o segundo seminário em dezembro de 2007 (eixo de debate: sistematização dos principais pontos de consenso e dos que precisavam de discussão aprofundada); e elaborar carta aberta com a posição do CNS acerca da proposta de fundação estatal, com base na Deliberação do CNS nº. 001, nos resultados do trabalho do Grupo e nos debates do Conselho (a versão preliminar seria enviada aos conselheiros no dia 16 de outubro para receber contribuições até 26 de outubro). Assim, o GT se reuniria no dia 29 de outubro para elaborar a síntese das exposições e dos debates e finalizar a carta, considerando as contribuições do Pleno. Também falou da proposta de providenciar cópia do CD, com as exposições dos convidados do Seminário, para distribuir aos delegados da 13ª Conferência. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, destacou que seria importante elaborar documento do CNS, com formato a ser definido, resgatando o processo de debate do Conselho sobre a proposta de fundação estatal, uma vez que o CNS recebeu críticas de que foi precipitado na tomada de posição. Conselheira **Maria Izabel da Silva** perguntou sobre a possibilidade de providenciar, para próxima reunião do Grupo, a degravação dos debates do seminário, para elaboração do documento síntese. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que seria necessário contratar profissional para executar esse trabalho e o CNS não dispunha de recurso. Desse modo, ressaltou que seria necessário negociar com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa a contratação de profissional e a reprodução dos CDs para distribuição na Conferência. Diante da demanda, Conselheira **Maria Natividade Santana** informou que a SGEP/MS verificaria a possibilidade de contratação de profissional para degravar os debates do seminário, a fim de que o GT elaborasse o documento. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou aparte para registrar os 40 anos do desaparecimento de Ernesto Che Guevara. Feito esse registro, foi iniciada a discussão do item 6 da pauta. **ITEM 6 – DEBATE SOBRE COMISSÕES DO CNS** – A mesa foi composta por: Conselheira **Carmen Lúcia Luiz**; e Conselheira **Ana Cristhina Brasil**. Inicialmente, foi feita discussão sobre as comissões com pendências. **I - Comissão Intersectorial de Pessoas com Patologias – CIPP/CNS** – Conselheiro **José Cláudio Barriguelli**, coordenador da CIPP/CNS, lembrou que o Pleno aprovou a composição da Comissão, mas não apreciou o Plano de Trabalho e o Regimento Interno. Por essa razão, a Comissão não se reuniu. Ressaltou que foram realizadas várias reuniões com os segmentos das patologias para discutir as demandas da Comissão e definir diretrizes para elaboração do Plano de Trabalho. Para conhecimento do Pleno, destacou os objetivos do Plano de Trabalho da CIPP/CNS: elaborar e aprovar seu próprio Regimento; inventariar, reconhecer o diagnóstico situacional (estado da arte) e propor Protocolos e Programa Sistemático de Acompanhamento por agrupamentos de patologias e patologias específicas; inventariar, reconhecer o estado da arte e propor Programa Sistemático de Acompanhamento da legislação infraconstitucional reguladora por agrupamentos de Patologias e patologias específicas; acompanhar e avaliar os Programas e Ações ligadas aos segmentos e sua execução orçamentária e da política pública, inclusive na certificação/orientação dos equipamentos e insumos adquiridos no SUS; manter um Banco de Dados de Protocolos e Normas/Portarias; formatar Cadastro Nacional de Entidades de Patologias; Formatar Banco de Dados de Grupos Nacional de Pesquisas; propor, anualmente, programas e ações a serem inseridos na LDO e LOA; propor anualmente, quando for necessária, revisão no PPA 2008-2011; responder as demandas emanadas do Conselho Nacional de Saúde; produzir, por sua própria demanda ou de outros, relatórios, pareceres e avaliações; e promover articulação com as comissões afins intra e interconselhos. Explicou que, diante do grande número de patologias agudas ou crônicas, optou-se, para o ordenamento do trabalho, pela formação de estrutura em grandes grupos de patologias, com agrupamento de famílias por grupos e patologias por famílias: **1) Adquiridas e Transmissíveis (G-01); 2) Cardiovasculares/Respiratórias (G-02); 3) Diabetes/Hipertensão/Nefropatias/Obesidade (G-03); 4) Endocrinopatias (G-04); 5) Degenerativas Adquiridas (G-05); 6) Genéticas Degenerativas (G-06); 7)**

Hemopatias/Imunopatias (G-07); **8)** Hepatopatias (G-08); **9)** Mentais/Intelectuais (G-09); **10)** Neoplasias (G-10); e **11)** Patologias do Trabalho e Ambientais (G-11). Também destacou que foram listadas entidades regionais, locais e estaduais que seriam convidadas permanentes (sem custo para o CNS), as quais funcionariam como interlocutoras na base. Disse que alguns pontos do Plano de Trabalho deveriam ser revistos e, portanto, propôs que fosse discutida a proposta geral e a metodologia do trabalho, as incumbências e as tarefas da Comissão. Informou ainda que, considerando as peculiaridades da Comissão, foi elaborado Regimento Interno, que poderia ser substituído por manual de funcionamento, estando de acordo com a prática usual do Regimento Interno do CNS, para organizar o trabalho da Comissão. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Pleno. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou a iniciativa de elaborar Manual de Funcionamento para Comissão, por entender que atendia à demanda do CNS. Contudo, destacou o item do Plano de Trabalho “propor Protocolos e Programa Sistemático de Acompanhamento”, para explicitar que a elaboração de protocolos era papel do Estado, cabendo ao Controle Social acompanhar e fiscalizar esse processo. Desse modo, solicitou esclarecimentos e a revisão do item a fim de torná-lo mais claro. Conselheira **Maria Natividade Santana**, primeiro, perguntou quanto custaria o funcionamento da Comissão, nos termos propostos. Além disso, solicitou cautela para que o CNS não replicasse trabalho feito pelo Poder Executivo e, nessa linha, avaliou não deveriam constar do Plano de Trabalho ações que eram executadas por órgãos do Ministério da Saúde. Dessa forma, sugeriu que, antes de ser votada, a proposta fosse submetida à apreciação da SAS/MS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** saudou a iniciativa da Comissão de buscar respostas para os problemas de doenças, contudo, avaliou que o Pleno não tinha condições de avaliar a proposta naquele momento, com o detalhamento necessário. Destacou que a lógica de trabalho proposta para a Comissão era similar à da CONEP/CNS. Todavia, por se tratar de uma Comissão de Patologias, considerou que o foco estava na busca por caminhos para tratar da doença do que para preveni-la. Ressaltou também que deveria ser discutida a proposta de reunião da Comissão um dia antes da reunião do CNS, porque contrariava orientação do Conselho. No mais, destacou que a proposição de reuniões mensais não estava de acordo com o Regimento Interno do CNS. Conselheira **Maria Izabel da Silva**, inicialmente, disse ser importante garantir a apresentação dos planos de trabalho das demais Comissões do CNS. Avaliou que algumas das questões colocadas no Regimento Interno da Comissão poderiam ser levadas ao Regimento Interno do CNS, porque se aplicavam a todas as Comissões. Também ressaltou a sua preocupação com o fato de as Comissões terem Regimento Interno próprio, porque se corria o risco de criar “pequenos conselhos” no âmbito do CNS. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**, na condição de participante da Comissão, disse que a Doença Celíaca não era reconhecida pelo Ministério da Saúde, portanto, não tinha protocolo, o que causava grandes dificuldades para as pessoas com essa patologia. Nesse sentido, reiterou a necessidade de elaboração do protocolo da Doença Celíaca. Concluído esse bloco, foi aberta a palavra ao Conselheiro **José Cláudio Barriguelli**, coordenador da CIPP/CNS, para respostas. O coordenador destacou, em relação ao Plano de Trabalho, que o sentido da palavra “propor” em “propor Protocolos” era avaliar, cabendo ao Executivo a formulação de protocolos. Contudo, destacou que as discussões dos protocolos não demandavam, necessariamente, conhecimentos técnicos e, nesse sentido, salientou que o conteúdo dos mesmos eram discutidos pelas entidades. De todo modo, ressaltou que “propor” estava no sentido de “avaliar”, o que não significava que as entidades não tinham capacidade, do ponto de vista político e técnico, de propor. Em relação à estrutura, destacou que a Comissão contaria com o apoio de órgãos permanentes para discussão das políticas públicas. Ressaltou também que as entidades de patologia vinham discutindo a necessidade de programa de atenção integral às patologias, contemplando a atenção à saúde, com recuperação do conceito de seguridade social. Também falou das dificuldades enfrentadas pelas pessoas com patologias não reconhecidas porque não possuíam protocolo. Nesse sentido, salientou a necessidade desse assunto ser discutido pelo CNS. Na sequência, foi aberta a palavra aos demais inscritos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** parabenizou a Comissão pelo Plano de Trabalho, entendendo que serviria de referência para as demais comissões e pelo agrupamento das patologias, porque facilitava o entendimento e o acompanhamento. Sobre os protocolos, sugeriu que houvesse melhor entrosamento entre as áreas técnicas e as Comissões, de forma a torná-los mais acessíveis. Conselheira **Cândida Maria Carnevalheira** lembrou que, na reestruturação do Conselho, em 1990, foi indicado grupo, composto por representantes das pessoas com hanseníase, renais e ostomizados, para participar do Pleno e, naquele momento, tinha grande satisfação em testemunhar a criação da Comissão Intersetorial de Pessoas com Patologias, por entender que se tratava de uma das Comissões mais importantes para o Ministério da Saúde. Enfatizou também a necessidade dos protocolos para as pessoas com patologias e, nesse sentido, solicitou o apoio à aprovação do Plano de Trabalho e do regulamento da Comissão. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** avaliou como correta a metodologia da Comissão de voltar-se para discussão política dos protocolos. Também apelou pela aprovação da idéia central do Plano de

Trabalho da Comissão, com possibilidade de ajustes no texto. Conselheiro **Sérgio Metzger** cumprimentou os integrantes da Comissão e também convocou os conselheiros a aprovarem a idéia central da Comissão. Além disso, salientou a importância da participação das entidades na elaboração das políticas públicas de saúde. Conselheira **Marisa Fúria** solicitou maior ênfase na interface da CIPP/CNS com as demais Comissões do CNS. Conselheiro **Alceu José Pimentel** reiterou a importância da Comissão para qualificação da assistência e do acesso à saúde e para o trabalho do Controle Social. Disse que as entidades médicas manifestaram interesse em participar da Comissão na perspectiva de contribuir com as discussões. Por fim, defendeu a aprovação do plano de trabalho e do regimento, com mudança da nomenclatura. Conselheiro **Armando Raggio** compartilhou da idéia de regimento único para todas as comissões. Também fez uma reflexão sobre a utilização do termo “patologia” como sinônimo de doença, explicando que patologia consistia no estudo de como se estabelecia as doenças. Nesse sentido, solicitou que o Pleno ponderasse a utilização de “Comissão de Pessoas Portadoras de Doenças Crônicas”, entendendo que se tratava de uma denominação mais acessível para compreensão da sociedade. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** saudou a iniciativa de elaboração das diretrizes de trabalho da Comissão e solicitou que fosse contemplado no plano de trabalho interface com a pesquisa. Citou, por exemplo, o caso de protocolo, recusado pela CONEP/CNS, solicitando a autorização para realizar pesquisa no País com braço exclusivo de placebo, quando o medicamento possuía eficácia reconhecida em outros países. Disse que, apesar desse posicionamento contrário, a Comissão recebeu carta de apoio dos usuários da patologia alvo da pesquisa, explicitando o entendimento de que era preferível que uma parte dos usuários recebesse a medicação do que nenhum deles. Conselheira **Silvia Martins Casagrande** cumprimentou a Comissão pelo trabalho e reforçou a necessidade de reformular o item 2 do Plano, no sentido de explicitar que a Comissão contribuiria para elaboração dos protocolos. Na seqüência, Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** comentou as intervenções do Pleno. Salientou a necessidade de atenção com as pesquisas, pois as pessoas com patologia eram o alvo preferencial das mesmas e dos seus resultados. Nesse sentido, concordou que era preciso estreitar relação com a CONEP/CNS. Também destacou que o termo “pessoas com patologia”, apesar de não ser o mais adequado, foi adotado por ser o mais universalizante. Além disso, ressaltou ser preferível utilizar o termo “pessoas com” a “pessoas portadoras”, porque este trazia carga de preconceito. Disse que aceitava sugestões, contanto que não colocasse as pessoas com deficiência como doentes e que tivesse sentido universalizante. Também concordou com a proposta de rever o item 2 do Plano de Trabalho para não induzir à interpretação de que a Comissão, tecnicamente, elaboraria os protocolos, contudo, disse que não poderia deixar subentendido que as entidades seriam incapazes de propor. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu o termo “indutores de mudança” a “pessoas com patologias”. Encaminhando, Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** fez a síntese das sugestões do Pleno, sendo: modificar o termo Regimento Interno para outro mais adequado; e garantir a interface da CIPP/CNS com a CONEP/CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou as seguintes sugestões: Regimento Interno – excluir o termo “deliberações” do art. 14; e Plano de Trabalho - rever a redação do item 2. No mais, disse ser importante possibilitar a análise mais aprofundada do Regimento e do Plano de Trabalho para apresentação de sugestões. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** questionou a proposta de excluir o termo “deliberações” do art. 14, por entender que às Comissões cabiam decidir sobre temas relevantes. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** explicou que as comissões eram instâncias assessoras do Pleno, não cabendo a elas deliberar sobre matérias. Conselheira **Maria Izabel da Silva** destacou que as Comissões não deveriam trabalhar com voto, devendo, portanto, no caso de matéria sem consenso, apresentar as posições ao Pleno, para deliberação. Considerando esse entendimento, Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** sugeriu a substituição de “deliberações” por “entendimentos”. **Não houve posições contrárias à proposta.** Por solicitação, as falas da Conselheira **Maria Natividade Santana** que se seguem constam, na íntegra, em ata: “Eu expressei uma preocupação em que a Comissão não se transformasse em algo de execução, que é papel do executivo; que fosse uma Comissão de assessoria ao Pleno, do ponto de vista do Controle Social. Daí eu propus que as propostas contidas de atividades, de incumbências, de competências, fossem discutidas com a SAS e com outros membros. E não houve resposta. Respondeu?”. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** explicou que a tarefa da Comissão era fazer um debate, inclusive, sobre protocolos, o que não significava retirar do Executivo as suas competências. Nesse sentido, destacou que os principais órgãos do Ministério da Saúde eram convidados permanentes da Comissão. Conselheira **Maria Natividade Santana**: “Eu quero saber se eles participaram da discussão da proposta que está sendo trazida ao Plenário”. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** informou que a Comissão ainda não tinha se reunido. Conselheira **Maria Natividade Santana**: “Então é bastante pertinente a minha preocupação. Eu e a Maria Helena Machado, que somos representantes do governo, não participamos dessa discussão. Quem do governo participou dessa discussão da proposta que os senhores estão trazendo? É só para contribuir, Barriguelli, porque eu acho que as pessoas que compõem a Comissão,

que já foram indicadas, precisariam tomar conhecimento dessas competências que estão sendo propostas e avaliá-las. Só isso que eu estou propondo, para que não haja um “re-trabalho” na Comissão, para que o governo fique fazendo uma coisa e a Comissão, outra. Só isso que estou colocando.” Diante dessa ponderação, Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** explicou que o plano de trabalho da Comissão precisaria ser revisto, possivelmente na primeira reunião, portanto, as áreas técnicas do Ministério da Saúde poderiam participar desse debate. Conselheira **Maria Natividade Santana**: “A minha preocupação era no sentido de aprovar essa proposta sem que os membros do governo tivessem, efetivamente, participado dessa elaboração. Então, a minha proposta é algo para contribuir, não para atrapalhar. Se não é uma aprovação, mas uma proposta para ver e contribuir, eu estou propondo que, na verdade, isso seja rediscutido na primeira reunião para que não haja duplicidade de trabalho e que a Comissão não tome para si um papel de executor e sim de controle social. Obrigada.” **Conselheira Carmen Lúcia Luiz considerou acatada a sugestão da Conselheira Maria Natividade de rediscutir o plano de trabalho da Comissão, na sua primeira reunião, com a presença das áreas técnicas do Ministério da Saúde.** Nessa linha, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** propôs que o debate sobre o plano de trabalho e o Regimento Interno não se encerrasse naquele momento. Assim, encaminhou no sentido de a Comissão cumprir a sua ação de intersectorialidade e que as questões sobre o Regimento Interno pudessem ser discutidas com maior profundidade. Também destacou que a discussão sobre o nome da Comissão não deveria ser esgotada. **Feitas essas propostas, Conselheira Carmen Lúcia Luiz colocou em votação a constituição da Comissão, com os adendos do Pleno. A proposta foi aprovada, com uma abstenção.** Conselheiro **Armando Raggio** declarou que se absteve da votação por considerar que a discussão não foi suficiente para a deliberação. Conselheira **Cândida Maria Carvalheira** perguntou se havia definição para pessoas com deficiência. Conselheiro **Armando Raggio** disse que o problema não se referia à “classificação” das pessoas, mas sim que a resposta à sua proposta foi um sofismo. Disse que, ao entrar do mérito da palavra estigmatizante, não se abandonou a estrutura do nome da Comissão, que era de pessoas com patologia, assim, a pessoa que não tivesse patologia, não estaria contemplada na Comissão. Todavia, ressaltou que isso não era o mais grave, mas sim, a autorização de Regimento Interno supraconselho. Ressaltou que o CNS deveria ter regimento único para suas Comissões e estas poderiam especificar as peculiaridades para seu funcionamento individual. Também se colocou à disposição para discutir essa e outras questões. Por fim, avaliou que houve vício na condução e a proposta não deveria ter sido submetida à apreciação. Conselheira **Ana Cristhina Brasil** colocou, para discussão, a proposta de modificar o nome da Comissão para Comissão Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas com Patologias. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** registrou a proposição e sugeriu que fosse oportunamente debatida. Prosseguindo, abriu a discussão para as demais Comissões com pendências. **II - Comissão de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens – CASAJ** – Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** propôs que a Comissão fosse estruturada após a 13ª Conferência Nacional de Saúde. **A proposta foi acatada. b) Comissão de Saúde Integral da População Negra – CSIPN** - Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** também propôs que a Comissão fosse estruturada após a 13ª Conferência Nacional de Saúde. **A proposta foi acatada. c) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – CISB** – Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** também sugeriu que a Comissão fosse estruturada após a 13ª Conferência Nacional de Saúde e a aprovação do Regimento Interno do CNS. **A proposta foi acatada.** Conselheira **Clair Castilhos** perguntou se seria possível solicitar a participação nas comissões que seriam estruturadas. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** respondeu afirmativamente. Desse modo, Conselheira **Clair Castilhos** manifestou o interesse do Movimento de Mulheres de participar da Comissão de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens. **O pleito foi registrado.** Antes de passar ao próximo ponto, Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** esclareceu que as comissões, para serem aprovadas pelo Pleno, teriam que apresentar a composição e o plano de trabalho. Conselheira **Maria Izabel da Silva** concordou que todas as Comissões aprovadas possuíam plano de trabalho, porém, nem todas foram submetidas à apreciação do pleno. Exemplificou que o plano de trabalho da CIST/CNS, apesar de estar quase 60% cumprido, não foi aprovado pelo Pleno e as propostas não puderam ser encaminhadas porque não passaram pelo Plenário. Falou, inclusive, da situação dos trabalhadores canavieiros, que foi discutida à exaustão pela CIST/CNS e os encaminhamentos não foram apreciados pelo Pleno. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** propôs que, a cada reunião do CNS, fosse pautada a apresentação de informe das atividades de duas Comissões. **Conselheira Maria Izabel da Silva propôs que no segundo dia de reunião fosse reservado espaço para informe sobre a situação dos trabalhadores canavieiros, para que o Pleno apreciasse os encaminhamentos da CIST sobre o tema. A proposta foi acatada.** Na sequência, Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** apresentou recomendação da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição de que o tema situação alimentar e nutricional seja pautado no Pleno do CNS, com o objetivo de discutir as possibilidades de atuação completa na eliminação da desnutrição infantil e nas demais fases do ciclo de vida, como a redução da prevalência de excesso

ponderal e da obesidade na população brasileira. **Não havendo destaques, a recomendação da CIAN/CNS foi aprovada.** Seguindo, Conselheira **Clair Castilhos** informou que assumiu no lugar da Conselheira **Silvia Marques Dantas**, que havia sido escolhida para coordenar a CISMU/CNS. Nesse caso, perguntou se assumiria a coordenação da Comissão, em substituição à referida Conselheira. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** colocou o entendimento de que a coordenação pertencia à entidade, portanto, a Conselheira **Clair Castilhos** assumiria no lugar da Conselheira **Silvia Marques Dantas**. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** disse que era preciso verificar no Regimento Interno do CNS se as vagas na coordenação das Comissões pertenciam às Entidades. Diante dessa ponderação, acordou-se que seria feita consulta ao Regimento Interno do CNS e o assunto retornaria posteriormente. Continuando, Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** passou à Comissão Permanente de Saúde Suplementar - CPSS. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** submeteu à apreciação e deliberação do Pleno a coordenação e a composição da CPSS/CNS. Para coordenação, explicou que foram definidos: **José Marcos de Oliveira** - Movimento Nacional de Luta Contra a AIDS; e **Nelci Dias da Silva** – FENTAS/CNTSS/CUT. Como componentes, foram escolhidos: **1)** Titular: FENTAS/Conselho Federal de Odontologia – CFO; Suplente: FENTAS/Conselho Federal de Fisioterapia – COFFITO; **2)** Titular: FENTAS/Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; Suplente: FENTAS/Conselho Federal de Psicologia – CFP; **3)** Titular: Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE; Suplente: Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE; **4)** Titular: Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE; Suplente: Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE; **5)** Titular: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; Suplente: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; **6)** Titular: Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP; Suplente: Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP; **7)** Titular: Fórum Nacional das Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor - FNECDC; Suplente: Fórum Nacional das Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor - FNECDC; **8)** Titular: Confederação Nacional de Saúde – CNS; Suplente: Confederação Nacional de Saúde – CNS; **9)** Titular: Instituto de Defesa do Consumidor – IDEC; Suplente: Instituto de Defesa do Consumidor – IDEC; **10)** Titular: Associação Médica Brasileira – AMB; Suplente: Gestão de Convênios de Planos de Saúde GGRH/SAAMS. Convidado permanente: Força Sindical. **Feita a apresentação, Conselheira Carmen Lúcia Luiz colocou em votação a coordenação e a composição da CPSS/CNS, que foram aprovadas.** A primeira reunião da Comissão ocorrerá após a 13ª Conferência Nacional de Saúde e, na oportunidade, será elaborado o Plano de Trabalho. Na sequência, Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** passou a tratar dos Grupos de Trabalho. **Primeiro, colocou em apreciação a proposta de criar o GT de Saúde da População LGBT, nos termos do Regimento Interno do CNS (composição: cinco nomes). Não havendo destaques, a proposta foi aprovada.** Em seguida, submeteu à votação a extinção do GT de Proteção do Sujeito de Pesquisa, porque concluiu o seu trabalho. **Não havendo destaques, o GT foi extinto.** Em seguida, colocou em discussão o funcionamento das Câmaras Técnicas. Conselheira **Ana Cristhina Brasil** informou que no dia 28 de setembro de 2007 foi realizada reunião entre a COFIN/CNS e os coordenadores das Comissões do CNS e, nessa oportunidade, foi utilizada a metodologia das Câmaras. Disse que o resultado foi interessante, pois foi possível discutir orçamento e financiamento, de forma transversal. Contudo, salientou que era preciso direcionamento maior para o funcionamento dessas câmaras. Desse modo, sugeriu que os conselheiros enviassem contribuições à SE/CNS sobre o procedimento de operacionalização das Câmaras Técnicas, até a próxima reunião do Conselho. A partir dos trabalhos do GT, da experiência de utilização da metodologia e das contribuições dos conselheiros seria finalizada proposta. **Não houve posições contrárias à proposta.** Na sequência, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** fez uso da palavra para explicitar que, conforme disposto no Regimento Interno do CNS, a vaga na coordenação das Comissões não pertencia às entidades, uma vez que a coordenação era definida pelo Pleno, devendo ser considerados conselheiros com afinidade com o tema. Desse modo, solicitou que o Pleno revisse a decisão anterior e endossasse o nome da Conselheira **Clair Castilhos** para coordenação da CISMU/CNS, pelo perfil. Seguindo esse encaminhamento, Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** submeteu à apreciação do Pleno o nome da Conselheira **Clair Castilhos** para coordenação da CISMU/CNS. **A coordenação foi aprovada com um voto contrário. Uma abstenção.** Prosseguindo a discussão das câmaras técnicas, Conselheira **Maria Natividade Santana** reiterou a solicitação à Secretaria-Executiva do CNS de levantamento sobre o custo do funcionamento do Conselho com e sem câmaras técnicas. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que, para 2008, foi negociado o total de R\$ 3 milhões para as atividades do CNS. Detalhou ainda que cada reunião da câmara custaria, em média, R\$ 40 mil. Conselheira **Ana Cristhina Brasil** lembrou que as reuniões das câmaras reuniriam as coordenações das comissões. Como último ponto, solicitou que, além dos integrantes da COFIN/CNS, fossem indicados outros nomes para participar da audiência pública sobre a regulamentação da EC nº. 29, na Câmara dos Deputados. **Além da Conselheira Ana Cristhina Brasil e do Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, o Pleno indicou para participar da audiência: Conselheiro Sérgio Metzger;**

Conselheiro Geraldo Adão Santos; e Conselheiro Armando Raggio. Definido esse ponto, a mesa encerrou o trabalho da manhã do primeiro dia de reunião. Retomando as atividades, foi iniciada a discussão do item 2 da pauta. **ITEM 2 – AÇÕES DA FUNASA NA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E SANEAMENTO (continuação)** – Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** e Conselheiro **Valdenir França** assumiram a coordenação dos trabalhos e convidaram para compor a mesa: **Danilo Fortes**, Presidente da FUNASA; **José Antônio Ribeiro**, Coordenador-Geral de Saneamento/FUNASA; e **Wanderley Guenka**, Diretor do Departamento de Saúde Indígena/FUNASA. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** lembrou que a intenção era dar continuidade ao debate iniciado na última reunião do CNS sobre as ações da FUNASA na atenção à saúde indígena e saneamento. Feita essa consideração, abriu a palavra ao Presidente da FUNASA, **Danilo Fortes**, que, inicialmente manifestou a sua satisfação em retornar ao Pleno para continuar a discussão sobre as ações da FUNASA. Informou que, da última reunião até aquela, foi possível concluir a proposta do PAC FUNASA, faltando apenas a aprovação, pela Casa Civil, da parte relativa à distribuição dos recursos do eixo 3 e ao saneamento rural. Além disso, comunicou que a Sra. Rosa Castália acompanharia as reuniões do Conselho, em nome da FUNASA, para fazer a interlocução entre o CNS e a Fundação e que a Dra. Lucimar, do Departamento de Engenharia da FUNASA, participaria da CISAMA/CNS. Feitas essas considerações iniciais, abriu a palavra ao Coordenador-Geral de Saneamento/FUNASA, **José Antônio Ribeiro**, para apresentação do PAC FUNASA. O coordenador iniciou a sua fala explicando que o PAC FUNASA possuía por diretrizes principais: atendimento de áreas de relevante interesse epidemiológico (Malária, Doença de Chagas, Esquistossomose, Tracoma, Febre Tifóide, Dengue, Hepatite A); atendimento de grupos sociais minoritários e estratégicos; melhoria da eficiência e da gestão dos serviços de saneamento; otimização dos investimentos para obtenção de melhor relação custo x benefício; fortalecimento dos dispositivos da Lei de Saneamento e de Consórcios Públicos; atendimento prioritário para as áreas de maiores déficits proporcionais com serviços de saneamento; articulação com outros programas do Governo Federal; e atendimento aos objetivos do Plano de Aceleração do Crescimento – PAC. Destacou que o PAC FUNASA possuía por eixos de atuação: **I)** saneamento em áreas especiais: população indígena e população residente em áreas remanescentes de quilombos; **II)** saneamento em áreas de relevante interesse epidemiológico: municípios com alta incidência de Malária; e municípios da área endêmica da Doença de Chagas; **III)** saneamento em municípios com população total de até 50.000 habitantes: municípios com maiores taxas de mortalidade infantil; municípios com potenciais riscos à saúde devido a fatores sanitários e ambientais; e municípios localizados na bacia do Rio São Francisco; **IV)** saneamento rural: população rural dispersa e localidades rurais com até 2.500 habitantes, independentemente da população total do município; e **V)** ações complementares de saneamento: apoio ao controle da qualidade da água para consumo humano e apoio a reciclagem de materiais. Na sequência, detalhou os eixos de atuação do Plano. A respeito da população indígena, contextualizou que o País possuía 447.108 indígenas distribuídos em 3.739 aldeias, sendo 62% da população atendida com abastecimento de água, correspondendo a 34% das aldeias (de maior porte). Desse modo, destacou as metas do saneamento em áreas indígenas, no período de 2007-2010: elevar a cobertura com abastecimento de água de 34% para 70% aldeias; elevar a cobertura com abastecimento de água da população atual residente em aldeias de 62% para 90%; e elevar a cobertura com solução adequada de dejetos de 30% para 50% das aldeias. Para essas metas, seria feito investimento de R\$ 200.000.000,00, em quatro anos. Ressaltou que esses recursos foram divididos por Unidades da Federação, sendo: Região Norte: R\$ 84 milhões; Região Nordeste: R\$ 56 milhões; Região Centro-Oeste: R\$ 34 milhões; Região Sul: 16 milhões; e Região Sudeste: R\$ 9 milhões. Ressaltou que a maioria dos recursos destinados para 2007 foi descentralizada para as Coordenações Regionais da FUNASA, tendo sido aplicados R\$ 57,6 milhões. O Presidente da FUNASA, **Danilo Fortes**, solicitou aparte para destacar que as prioridades da Fundação e os investimentos para 2007 foram definidos a partir de duas reuniões com o Fórum dos Presidentes dos CONDISIS. Continuando, o Coordenador-Geral de Saneamento/FUNASA falou das áreas remanescentes de quilombos, destacando que o País possuía 1.170 comunidades certificadas, 83 tituladas e 483 em processo de titulação. Desse modo, destacou que o critério de seleção utilizado foi comunidades remanescentes de quilombos certificadas pelo órgão competente (FCP). Destacou que foram considerados como critérios de prioridades: comunidades integrantes do Pacote Cidadania da SEPPIR/PR; comunidades integrantes dos territórios da cidadania do MDA; comunidades tituladas pelo órgão competente (Incra – Decreto nº. 4.887/2003); comunidades em processo de titulação; e comunidades com maior adensamento de famílias. Explicou que a meta para o período 2007-2010 era implantar serviços de saneamento, abastecimento de água e solução adequada do destino de dejetos em 380 comunidades remanescentes de quilombos, beneficiando 45.000 famílias, tendo sido disponibilizados R\$ 170.000.000,00. Destacou que esses recursos foram distribuídos Unidades da Federação e, em 2007 e 2008, seriam aplicados R\$ 63,1 milhões. Neste ponto, o Presidente da FUNASA, **Danilo Fortes**, interveio para registrar que a priorização 2007/2008 foi definida em parceria

com a SEPPIR. Prosseguindo, o Coordenador-Geral de Saneamento/FUNASA detalhou o primeiro componente do eixo saneamento em áreas de relevante interesse epidemiológico, que buscava melhoria habitacional na área endêmica da Doença de Chagas. Disse que a intenção era atuar nos 602 municípios de alto risco e dezesseis municípios que representam transmissão da doença localizados em Alagoas, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Sergipe e Tocantins. Disse que a programação foi estabelecida com base em indicadores epidemiológicos fornecidos pela SVS/MS. Destacou que foi utilizado como critério de seleção municípios pertencentes à área endêmica da doença de Chagas, com presença de vetor no intra ou peridomicílio e com existência de habitações que favoreciam a colonização do vetor da doença. Para tanto, foram considerados como critérios de prioridade: municípios contidos no Plano Estratégico de Melhoria da Habitação Rural em áreas de resíduos do *Triatoma infestans* elaborado pela FUNASA e SVS, e localizados nos Estados da Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul; municípios com histórico de *Triatoma infestans* e classificados como de alto risco, conforme relação da SVS/MS e localizados nos Estados da Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul; municípios com ocorrência recente de surto da Doença de Chagas - informações SVS/MS; municípios indicados pelo inquérito nacional de soroprevalência da Doença de Chagas - informações da SVS/MS; municípios classificados pela epidemiologia como de alto risco de transmissão da doença de Chagas e localizados nos trinta territórios da cidadania do Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA); e municípios classificados pela epidemiologia como de alto risco de transmissão da doença de Chagas e que apresentam os menores IDH. Explicou que a meta para o período 2007-2010 era implantar ações de restauração ou de reconstrução em 35 mil moradias, beneficiando 622 municípios localizados na área de alto risco de transmissão da doença Chagas e nas áreas de resíduos de transmissão por *Triatoma Infestans* localizadas nos Estados da Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul (Plano *Triatoma Infestans* – Ministério da Saúde), com 35 mil famílias beneficiadas. Para essa ação, seriam destinados R\$ 280.000.000,00. Ainda em relação ao saneamento em áreas de relevante interesse epidemiológico, falou da ação de manejo ambiental e drenagem urbana em Municípios com alta incidência de Malária. Explicou que o País possuía 92 Municípios de alto risco da doença, mas, considerando a insuficiência de recursos para atuar em todos, foram selecionados trinta. Para isso, foram adotados como critérios: **a)** para inclusão de estados e municípios: Estados que concentram 97% dos casos de Malária registrados no Brasil: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia e Roraima; e Municípios: cinco Municípios de cada Estado selecionado com maior registro de número absoluto de caso; **b)** critérios para exclusão de municípios: levantamento dos índices entomológicos de densidade e atividade dos anofelinos incriminados na transmissão de Malária na região em cuja drenagem está proposta. Além disso, os criadouros passíveis de saneamento deviam estar localizados a uma distância das residências onde ocorre a transmissão da enfermidade compatível à capacidade de vôo do vetor. Desse modo, salientou que a meta para 2007-2010 era implantar ações de manejo ambiental e de drenagem urbana em trinta municípios selecionados pelo critério de maior número de casos absolutos na área endêmica de malária, com base em informações epidemiológicas e entomológicas. Para essa meta, foram alocados R\$ 120.000.000,00, distribuídos da seguinte forma: Acre: 18 milhões; Amazonas: 47 milhões; Rondônia: R\$ 20 milhões; Pará: R\$ 18 milhões; Amapá: R\$ 7,5 milhões; e Roraima: R\$ 8,5 milhões. Neste item, o Presidente da FUNASA, **Danilo Fortes**, registrou que nos trinta Municípios priorizados estavam contemplados dois Municípios com maior volume de infectados por vetores (Manaus e Porto Velho). Continuando, detalhou o eixo III - saneamento em municípios com população total de até 50.000 habitantes. Ressaltou que, dos 5.507 Municípios brasileiros, 4.983 possuíam menos de 50 mil habitantes, representando 90,5% e que a cobertura nesses Municípios estava abaixo da meta nacional. Citou também dados populacionais e de cobertura dos serviços de saneamento. Destacou, em relação aos Municípios com população total de até 50.000 habitantes (Censo IBGE - 2000): 90,5 % dos Municípios do País; 27,2% da População Urbana; 37,2% do déficit do País, em termos de população urbana, de oferta de rede de distribuição de água; 44,8% do déficit do País, em termos de população urbana, de solução adequada de esgotamento sanitário; e 53,3% do déficit do País, em termos de população urbana, de oferta de coleta de resíduos sólidos urbanos. Ressaltou que esse eixo possuía três componentes de prioridades: municípios com maiores taxas de mortalidade infantil; municípios com potenciais riscos à saúde devido a fatores sanitários e ambientais selecionados a partir das piores taxas de mortalidade infantil e municípios localizados na calha do rio São Francisco. Para o componente, destacou que foram utilizados como critérios de seleção: 900 municípios brasileiros com as maiores taxas de mortalidade infantil, média do triênio 2003-2005, conforme dados fornecidos pela SVS/MS. Salientou que para esse componente seriam garantidos, ainda, a seleção de, no mínimo, cinco Municípios por Estado, beneficiando os Estados que não obtiveram tal número no critério nacional. Tais municípios seriam selecionados com base nas piores taxas de mortalidade infantil do Estado, média do triênio 2003-2005. Assim, foram selecionados 905 Municípios com as

piores taxas de mortalidade infantil: 13 Municípios eleitos para complementar o critério de no mínimo cinco municípios por Estado com as piores taxas de mortalidade infantil, totalizando 918 municípios selecionados pelo critério de maiores taxas de mortalidade infantil. Em relação ao Componente 2 - Municípios com potenciais riscos à saúde devido a fatores sanitários e ambientais selecionados a partir das piores taxas de mortalidade infantil, destacou que foram utilizados os seguintes critérios de seleção: Municípios que apresentem simultaneamente: **1)** Cobertura por rede de distribuição de água inferior ou igual a 40% da população total (Censo – IBGE/2000); **2)** Cobertura com solução adequada de esgotamento sanitário (fossa séptica e rede coletora) inferior ou igual a 30% da população total (Censo 2000 – IBGE/2000); e **3)** Cobertura com coleta de resíduos sólidos inferior ou igual a 40% da população total (Censo –IBGE/2000). Diante desses critérios, foram selecionados 338 Municípios com os piores indicadores nacionais de cobertura por rede de distribuição de água, solução adequada de esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos urbanos selecionados a partir das maiores taxas de mortalidade infantil. A respeito do Componente 3, Municípios localizados na calha do rio São Francisco, destacou que foi utilizado como critério de seleção municípios localizados na calha do Rio São Francisco com população inferior a 50 mil habitantes e que não estivessem inseridos na ação do Ministério da Integração Nacional, tendo sido selecionados vinte municípios. Ressaltou que, no conjunto de municípios selecionados nos quatro componentes, 101 municípios pertenciam a Bacia do Rio São Francisco (20% do total de municípios da bacia) e oitenta estavam fora da calha do rio. Também detalhou aspectos gerais dos municípios selecionados: grande concentração de municípios localizados nas áreas de fronteiras; 101 Municípios estão localizados na Bacia do Rio São Francisco; 133 Municípios estão localizados na Bacia do Rio Parnaíba; 376 Municípios estão localizados na Região do Semi-árido; 125 Municípios das Bacias beneficiárias do Projeto de Integração de Bacias do rio São Francisco (Bacias do Nordeste Setentrional); e 705 Municípios apresentam IDH menor que 0,65 (52,4%). Também detalhou as metas para o período 2007-2010: **1)** ampliar a oferta de rede de distribuição de água em cerca de 1.200 municípios que apresentam elevado fator de risco à saúde devido às condições sanitárias e ambientais, beneficiando cerca de 2,60 milhões de pessoas; **2)** ampliar a oferta de rede coletora de esgoto, incluindo tratamento, em cerca de seiscentos municípios com maior população urbana e adensamento populacional, beneficiando cerca de 2.25 milhões de pessoas; **3)** ampliar a oferta de coleta de resíduos sólidos urbanos, incluindo tratamento e disposição final adequados, em cerca de quinhentos municípios brasileiros, priorizando os municípios com maior população e as soluções consorciadas, beneficiando uma população de 3,6 milhões de pessoas; e **4)** implantar ações de saneamento domiciliar em 120.000 domicílios, beneficiado cerca de 500 municípios. Detalhou que, para essa ação, foram destinados R\$ 2.810.000.000,00, distribuídos da seguinte forma: **1)** abastecimento de água: R\$ 810.000.000,00; **2)** esgotamento sanitário: R\$ 1.500.000.000,00; **3)** resíduos sólidos urbanos: R\$ 160.000.000,00; e **4)** saneamento domiciliar: R\$ 340.000.000,00. Destacou que, dos municípios com população total até 50.000 habitantes, contemplados no componente mortalidade infantil, foram convocados 239 para assinatura do termo de adesão e início ou elaboração dos projetos, com destinação de R\$ 861 milhões. Ressaltou que no componente Município da Calha do Rio São Francisco seriam investidos R\$ 87 milhões. Em relação ao eixo IV, Saneamento Rural, destacou as justificativas para definição das ações: elevado déficit de saneamento na população rural; o País não conta com um Programa Nacional de Saneamento Rural; a maioria dos Estados ainda não estruturou, de forma sistêmica e permanente, Programa Estadual de Saneamento Rural; e atuação dos prestadores de serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário focada na área urbana. Destacou que esse eixo possuía por premissas: envolvimento e participação da comunidade no planejamento, na implantação das obras e serviços e na operação e manutenção; estruturação de oficinas municipais de saneamento; fomento à formação de quadros municipais (agentes municipais de saneamento); participação dos Estados e Municípios; desenvolvimento de novos modelos de gestão; e fontes de recursos da União, Estados e Municípios. Para tanto, foram utilizados como critérios: **a)** de seleção: população rural dispersa ou localidades rurais com população até 2.500 habitantes; e **b)** de prioridades: Projetos de Assentamentos de Reforma Agrária; Escolas Rurais; e Estados com programas estruturados de saneamento rural (Ceará, Piauí, Bahia e Paraná). Ressaltou que as metas para o período de 2007 – 2010 eram: estruturar Programa Nacional de Saneamento Rural em 2007; financiar ações em 2007 em cinco estados com programas estruturados; e implementar, a partir de 2008, em parceria com Estados e Municípios, ações de abastecimento de água e de solução adequada de esgotamento sanitário, beneficiando 75.000 famílias. Para tanto, seriam destinados R\$ 300.000.000,00. Na ação de água na escola, destacou como critérios de elegibilidade: Municípios com IDEB baixo (menor ou igual a 3,6) - total de 1.019 municípios e que possuem escolas sem banheiro. A respeito do eixo V, Ações Complementares de Saneamento, destacou a ação de apoio ao controle da qualidade da água para consumo humano, que tem como objetivo implantar Laboratórios Regionais de Controle da Qualidade da Água e Unidades Móveis de Controle da Qualidade da água para Consumo Humano. Ressaltou que, para

essa ação, foram utilizados como critérios de seleção: prestadores regionais de abastecimento de água; e consórcios públicos de saneamento. Para tanto, foram considerados como critérios de prioridades: conclusão de projetos em andamento (Paraná, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Maranhão e Ceará); apoio aos Consórcios Públicos em constituição; e municípios beneficiados com recursos no PAC. Pontuou as metas para o período 2007-2010: implantar 25 laboratórios regionais de controle da qualidade da água para consumo humano; e financiar a aquisição de dez unidades móveis de controle da qualidade da água para consumo humano. Em síntese, destacou que o PAC-FUNASA dispunha de R\$ 4 bilhões para o período de 4 anos (2007-2010), distribuídos em: **I)** áreas especiais; **II)** saneamento em áreas de relevante interesse epidemiológico; **III)** saneamento em municípios com população total de até 50.000 habitantes; **IV)** saneamento rural; e **V)** ações complementares de saneamento. Finalizando, destacou as estratégias de implementação do PAC-FUNASA: articulação com os governos estaduais e municipais e operadores dos serviços de saneamento; viabilização, por parte da FUNASA, de linha de crédito específica para a elaboração de projetos técnicos de engenharia; viabilização de contratação da elaboração dos projetos técnicos de engenharia; priorização das parcerias com os governos estaduais, especialmente nos municípios onde os serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário eram operados pelas Companhias Estaduais de Saneamento; fomento e apoio técnico à implantação de Consórcios Públicos de Saneamento; apoio técnico e financeiro a elaboração de Planos Municipais de Saneamento; celebração de Convênios Plurianuais para o repasse dos recursos; viabilização, até junho de 2009, todos os convênios de repasse de recursos orçamentários e financeiros; e capacitação de técnicos de estados e municípios para a gestão dos serviços de saneamento, incluindo a implantação e desenvolvimento de modelos de gestão e aspectos operacionais. Nesse sentido, destacou as medidas necessárias para implementação da proposta, quais sejam: **a)** readequação da estrutura organizacional da FUNASA: compatibilizar a estrutura de cargos permanentes, funções e cargos comissionados de modo a atender as duas atividades finalísticas da Instituição: atenção integral à saúde indígena e saneamento básico, viabilizando nova Estrutura de Cargos e Salários; e comprometimento dos gestores estaduais da FUNASA com os objetivos e diretrizes do PAC FUNASA; e **b)** reestruturação da área de saneamento e de engenharia de saúde pública: recomposição do quadro técnico da área de saneamento e engenharia de saúde pública da FUNASA (a Fundação não possui quadro para encaminhar a proposta. Atualmente a Fundação conta apenas com 133 engenheiros do quadro de pessoal permanente); e substituição da Força de Trabalho temporária (organismos internacionais) por quadro efetivo ou concurso por público temporário, garantido a continuidade da força de trabalho; estimativa da necessidade de 500 profissionais de nível superior para a área de engenharia de saúde pública; instituição de Gratificação Específica para os profissionais de nível superior de modo a promover melhoria salarial do corpo técnico e evitar a evasão de profissionais; funções técnicas e gerenciais exercidas por especialistas; e aprimoramento da estrutura de logística (transporte/equipamentos). Finalizada a apresentação, colocou-se à disposição para eventuais esclarecimentos ao Pleno. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** comunicou que o Presidente da FUNASA não pôde permanecer para discussão e abriu a palavra para intervenções. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** perguntou qual foram os critérios utilizados para convocação de municípios a receberem apoio técnico e financeiro para implantação ou ampliação dos serviços de abastecimento e água, de esgotamento sanitário e na implantação de ações de saneamento domiciliar (Portaria nº. 827/2007) e se esses municípios foram informados das seleções. Também indagou os motivos da adoção, como critério para definição de ações de coleta de resíduos sólidos, os municípios com maior população. Reiterou ainda a proposta de a FUNASA possuir forma de financiamento Fundo a Fundo para saneamento, a partir de critérios definidos com Estados e Municípios. Além disso, sugeriu que fosse definida agenda de debate da Fundação com CONASS e CONASEMS para discutir critérios para 2008. Por fim, solicitou que fosse disponibilizado aos conselheiros o material apresentado. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** reforçou que priorizar saneamento com base na mortalidade infantil consistia em um equívoco, porque a co-relação entre saneamento e mortalidade infantil era baixa. Também elogiou a iniciativa, haja vista a necessidade urgente de resolver o problema do esgoto sanitário e, a propósito, disse que seria importante considerar os dados da PINAD em relação ao acesso à água tratada e esgotamento sanitário adequado. Neste ponto, perguntou como se daria a participação da sociedade na definição das ações de garantia de esgotamento sanitário adequado. Também citou a iniciativa da Pastoral da Criança, junto com o Instituto “Trata Brasil”, de mobilização nacional em prol do acesso ao tratamento de esgoto nos municípios. Conselheiro **Valdenir França** manifestou preocupação com o comunicado sobre a falta de pessoal para implementar o PAC e perguntou que iniciativas seriam tomadas para reverter essa situação. Conselheira **Marisa Fúria** falou sobre a grave situação de Parelheiros, em São Paulo, e quis saber se o local poderia participar do projeto para apoio técnico e financeiro na implantação dos serviços de esgotamento sanitário. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** avaliou que, primeiro, seria necessário superar a falta de relação

entre a FUNASA e o CNS, principalmente no que se refere à participação nas Comissões (CISAMA, COFIN, CISI e Saúde da População Negra). Indagou qual era o déficit no País no que se refere ao abastecimento de água e tratamento de esgoto e que estratégias seriam utilizadas para garantir a participação popular no processo de elaboração dos planos diretores em saneamento. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** salientou a necessidade de garantir a efetiva participação da comunidade e gestores na definição das políticas públicas, a exemplo do PAC FUNASA. Também sugeriu a participação da FUNASA no GT Terra para discutir o plano operativo, com a participação dos movimentos sociais. Por fim, salientou a necessidade de as áreas não reconhecidas, a exemplo dos acampamentos, terem garantia do abastecimento de água e esgotamento sanitário. Conselheiro **Alexandre Magno Soares** indagou como se daria o repasse de recursos para estados e municípios. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra para considerações da mesa. O Coordenador-Geral de Saneamento/FUNASA, **José Antônio Ribeiro**, ressaltou, primeiramente, que era essencial a participação do Controle Social na definição das ações e, nesse sentido, informou que a FUNASA, desde 2000, procurava incluir no âmbito dos convênios o projeto de educação em saúde e mobilização social. Disse que esteve no Rio Grande do Sul e fez duas apresentações sobre o PAC, com a participação de cinco prefeitos convocados, onde foram dadas orientações sobre a elaboração dos projetos. Ressaltou que era sistemática da Fundação procurar as comunidades, principalmente as contempladas com recursos de programação e recursos de emendas parlamentares. Além disso, destacou que a Fundação colocou na sua página uma chamada para apresentação de propostas. Sobre a proposta relativa aos resíduos sólidos, disse que foram contemplados os maiores municípios, porque o risco à saúde crescia à medida que se aumentava a população. Salientou que o repasse de recurso Fundo a Fundo consistia em uma conquista, contudo, a modalidade permitida pela legislação para repasse de recursos a obras era convênios ou contrato de repasse. Neste ponto, ressaltou que, apesar do desenvolvimento de metodologia de celebração de convênio, era preciso definir estratégias de acompanhamento. Também destacou que o investimento incisivo em esgotamento sanitário era uma das prioridades da FUNASA, mesmo porque a falta disso comprometia os recursos hídricos. Ressaltou que a Fundação somente poderia repassar recursos para os municípios que possuíam projetos e as pequenas comunidades enfrentavam dificuldades na elaboração de projetos. Nesse sentido, informou que estava em discussão a proposta de definir linha de financiamento para elaboração de projetos dessas comunidades. Todavia, registrou que havia dificuldade em relação ao quadro de pessoal da FUNASA. Comunicou que a Fundação possuía proposta de atuação no âmbito do Estado de São Paulo. Destacou que a FUNASA não dispunha de projeto para executar ações de saneamento em situações de calamidade pública, o que seria necessário. Explicou ainda que as regiões metropolitanas de São Paulo estavam fora do âmbito da FUNASA e, nesse sentido, sugeriu que o pleito em relação a Parelheiros fosse apresentado ao Ministério das Cidades, que dispunha de recursos para atender as comunidades carentes em cidades de regiões metropolitanas. Disse que seria necessário investir na qualidade dos projetos e no acompanhamento das obras para melhorar a execução financeira. Também informou que a Lei de Saneamento, aprovada em janeiro de 2007, definia que a partir de 2011 todo e qualquer componente, para receber recurso, necessitaria de plano diretor, que tinha como base a participação popular. Também disse que levaria a proposta de garantir a participação da FUNASA no GT Terra. Além disso, destacou que seria necessário propor a definição de rubrica para saneamento em áreas de situação de calamidade pública e emergência. Salientou ainda que a área de saneamento necessitava de R\$ 200 bilhões para cobrir o déficit, mas, diante da realidade orçamentária, era preciso definir prioridades. O Diretor do Departamento de Saúde Indígena/FUNASA, **Wanderley Guenka**, propôs que fosse pautada apresentação das ações da FUNASA na atenção à saúde indígena. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** agradeceu os esclarecimentos do Coordenador-Geral de Saneamento/FUNASA e passou aos encaminhamentos. **Sintetizou as propostas apresentadas pelo Pleno: recomendar à FUNASA a realização de encontro com o GT Terra e reunião com CONASS e CONASEMS; e pautar apresentação das ações da FUNASA na atenção à saúde indígena. As propostas foram acatadas.** Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** também reiterou o convite à FUNASA, principalmente ao setor de engenharia, para participar do GT sobre Vigilância em Saúde. Além disso, perguntou se os Municípios que apresentaram pleito, através do site da FUNASA, que não foram contemplados na Portaria nº. 827, teriam os pleitos aprovados, com garantia de repasse de recursos. Em que pese as explicações, reiterou a proposta de repasse de recursos Fundo a Fundo para municípios. Para finalizar, solicitou que os Municípios elencados na Portaria fossem comunicados para enviar as suas propostas. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** propôs que a FUNASA definisse oito municípios de diferentes regiões do País para acompanhar o desenvolvimento das ações propostas pela Portaria, avaliando os entraves e limites dessas experiências e colocou-se à disposição para contribuir nesse estudo. Conselheira **Denise Corrêa da Silva** solicitou que fosse disponibilizado o quadro funcional da FUNASA. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugeriu que fosse definido espaço para debate da proposta

de trabalho da FUNASA. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** encaminhou a proposta de encontro, com outros sujeitos políticos, para discutir a política da FUNASA. **A proposta foi acatada.** O Coordenador-Geral de Saneamento/FUNASA, **José Antônio Ribeiro**, respondeu a esses últimos encaminhamentos do Pleno. Concordeu com a proposta de acompanhar oito municípios no desenvolvimento das ações propostas pela Portaria. Comunicou, a propósito, que os municípios listados na Portaria seriam convocados e outros seriam chamados, pois a intenção era ampliar de 239 para 918 Municípios. Disse que esses 918 Municípios, conforme os critérios seriam contemplados com recursos do PAC-FUNASA. Por outro lado, não seria possível atender outros municípios (além dos 1.200), fora dos critérios estabelecidos, por conta do limite de recursos do Programa. Reconheceu que a demanda era maior que o recurso disponível e, portanto, foram estabelecidas prioridades. Feitos esses últimos esclarecimentos, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** agradeceu a presença dos convidados e encerrou a discussão desse item. Na sequência, foi iniciada a discussão do item 4 da pauta. **ITEM 4 – PROCESSO ELEITORAL DA CONEP** – A mesa foi composta por: Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, Coordenadora da CONEP/CNS; e Conselheiro **Artur Custódio de Souza**. A Coordenadora da CONEP/CNS iniciou explicando que o processo de renovação da Comissão ocorria em duas etapas, sendo renovada metade dos membros a cada dois anos, a fim de que não fosse renovada totalmente de uma só vez. Portanto, naquele momento, o processo eleitoral visava à renovação de quinze integrantes da CONEP/CNS, sendo eles: cinco de indicação do CNS: Dr. Willian Saad Hossne – titular; Frei Anacleto Luiz Gapski - titular; Dra. Eliane Elisa – suplente; Pe. Christian de Paul – suplente; e Dr. Pedro Rosalen – suplente; dois de indicação do Ministério da Saúde (DCIT/MS): Dra. Mônica Fragoso – titular; e Dra. Angélica Pontes – suplente; e oito sorteados pelo CNS: Dra. Sônia Barros – titular; Dra. Nilza Diniz – titular; Dra. Iara Guerreiro – titular; Dr. Odilon Denardi – titular; Dr. José A. Guimarães – suplente; Marcos Fábio Gadelha – suplente; José Tadeu Pinheiro – suplente; e Vitângelo Plantamura – suplente. Em relação ao Dr. Willian Saad Hossne, informou que o mesmo enviou carta ao Presidente do CNS agradecendo a sua reindicação, por parte do Conselho, para continuar a compor a CONEP e declinando da referida indicação por motivos eminentemente pessoais. Diante disso, sugeriu a indicação do ex-Conselheiro **Willian Sadd Hossne** como membro honorário do Sistema de Ética na Pesquisa envolvendo seres humanos, pela contribuição ao Sistema e à CONEP. **O Pleno aprovou a sugestão como uma salva de palmas.** Considerando que o Dr. Willian Sadd Hossne não participaria do processo eleitoral, destacou que o nome dele foi retirado da lista de concorrentes. Comunicou, ainda, que a Secretaria de Ciência e Tecnologia, em resposta ao Memorando nº 543, de 21 de agosto de 2007, enviou ao CNS as seguintes indicações: Angélica Rogério de Miranda, Biologia – titular; e Dirce de Guillen, Bioticista – suplente. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, diante da impossibilidade de acatar a reivindicação do segmento dos trabalhadores de participação na CONEP, pactuada em Plenário anteriormente, apelou para que fosse feita modificação no Regimento Interno da Comissão a fim de que, no próximo processo eleitoral, o segmento dos trabalhadores fosse contemplado, assim como já faziam parte da Comissão representantes dos gestores e dos usuários. Em relação às duas vagas destinadas ao Ministério da Saúde, tradicionalmente ocupadas por indicações do DCIT, sugeriu que fosse discutida entre os gestores a possibilidade de uma delas (titular ou suplente) ser destinada à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, haja vista a relação da Comissão com essa Secretaria e a contribuição ao Sistema CEP/CONEP e a outra continuasse sendo ocupada por indicação do DECIT. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** sugeriu que fosse feita apresentação, por parte da Coordenadora da CONEP e, em seguida, houvesse rodada de intervenções para definir o processo de encaminhamento. Definido esse ponto, se procederia a sugestões. A dinâmica de trabalho foi acatada pelo Pleno. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, Coordenadora da CONEP/CNS, apresentou as indicações do Pleno. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que fosse verificada a situação de José Tadeu Pinheiro, pois o nome dele constava da lista de substituições, mas ele não tinha assumido. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** informou que o Sr. José Tadeu Pinheiro foi indicado para compor a Comissão e, apesar do envio do comunicado, não houve manifestação por parte dele. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que conversaria o Sr. José Tadeu Pinheiro para saber o que houve. Continuando, Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** informou que foi elaborada lista (de 1 a 345) para o sorteio, com exclusão do nome do Dr. Willian Saad Hossne, que não participaria do processo. Enquanto se preparava o sorteio, em Plenário, os conselheiros tiraram dúvidas sobre o processo. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** sugeriu que, para garantir a diversidade na composição da CONEP/CNS, a escolha fosse feita considerando a profissão como critério. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** informou que os CEPs não foram instados a indicar os nomes por critério de profissão, portanto, não seria justo separar os nomes por esse critério. Desse modo, sugeriu que o sorteio fosse feito aleatoriamente a partir das listas e, nas indicações, fossem incluídas as áreas não contempladas, garantindo-se, assim, a diversidade da Comissão. Aproveitou a oportunidade para comunicar que um GT, junto com o DATASUS, iniciou processo de reformulação do

Sistema de Informação do Sistema CEPs/CONEP e solicitou que os conselheiros enviassem sugestões para melhoria do Sistema. Concluída a preparação, procedeu-se ao sorteio. **Foram sorteados e, portanto, declarados eleitos: 1) Titulares: Denise Cardoso, Serviço Social, SC; Érico Antônio Gomes de Arruda, Medicina, CE; Simone Cecílio Regalo, Odontologia, SP; e Carlos Adriano Silvan dos Santos, Medicina, AL; 2) Suplentes: Olinto Antônio Pegoraro, Filósofo, RJ; Marília Teixeira Berno, Nutrição, RO; Paulo Henrique Condeixa de França, Engenharia Química, SC; e Rudney da Silva, Educação Física, SC.** Concluído o sorteio, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou o Pleno que o Sr. José Tadeu Pinheiro não se manifestou para assumir como integrante da Comissão, pelo prazo de dois meses, porque não recebeu o comunicado da CONEP/CNS. Disse que seria necessário, inclusive, verificar se o endereço dele estava correto. Além disso, salientou que o entendimento do Comitê ao qual pertencia era que ele ainda estava investido do cargo, portanto, não houve a indicação do nome dele novamente. Diante disso, perguntou qual seria o procedimento do Plenário. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** disse que seria difícil considerar a indicação do Sr. José Tadeu Pinheiro, porque abriria precedente para questionamentos. Em que pese essa colocação, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que o Sr. José Tadeu Pinheiro encaminharia documento ao CNS explicando o ocorrido e agradecendo a deferência. **Sobre as indicações, o Pleno acatou a proposta do Conselheiro Artur Custódio de Souza: constituir comissão para analisar a composição da CONEP, após o sorteio e organizar os nomes, com análise de currículo, a fim de subsidiar o Pleno na indicação. Essa análise seria apresentada no segundo dia de reunião, antes da votação. A cédula eleitoral seria elaborada. Foram indicados para compor a Comissão: Artur Custódio de Souza; Cleuza de Carvalho Miguel; e Graciara Matos de Azevedo.** Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item seguinte da pauta. **ITEM 5 – PARECERES DE ABERTURA DE NOVOS CURSOS NA ÁREA DA SAÚDE –** A mesa foi composta por: Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH/CNS; **Ana Stela Haddad**, Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS; Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**; e Conselheiro **Artur Custódio de Souza**. Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH/CNS, fez um breve resgate do processo de análise dos processos e elaboração dos pareceres, por parte da Comissão. Explicou que, diante do grande volume de processos acumulados, a Comissão decidiu criar força tarefa, que contou com apoio de consultores indicado pelo DEGES. Explicou que, em dois dias, a força tarefa analisou e emitiu parecer para 27 processos e mais outros quatro processos que estavam *sub judice*. Também informou que foi elaborado sistema de informações que auxiliou na definição da metodologia de trabalho da CIRH/CNS. Disse que a intenção era apresentar os pareceres em bloco para manifestação do Pleno. Por fim, registrou a distribuição do material para análise e votação e comunicou que os 31 processos a serem analisados estavam à disposição para consulta. Feitas essas considerações iniciais, a Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, fez um breve relato do trabalho da força tarefa e apresentou os 31 pareceres para votação do Pleno. Explicou que nos dois dias de força tarefa foi possível analisar 27 dos 34 processos do Sistema SAPIENS que aguardavam parecer do CNS. Ressaltou que esses 27 processos (21 de Psicologia, dois de Odontologia e quatro de Medicina) referiam-se a autorização e reconhecimento. Disse que a força tarefa contou com sistema, que possibilitou verificar o atendimento da Resolução nº. 350 e a necessidade social. Destacou que na análise dos processos verificou-se o projeto político pedagógico do curso, plano de desenvolvimento institucional e relatório de avaliação do INEP. Disse que o sistema considerou critérios da Resolução nº. 350 e, ao consultar os documentos, foi possível verificar, a cada item, se atendiam esses critérios. Lembrou que o momento era de transição e muitos processos do SAPIENS iniciaram a tramitação em período anterior à Resolução nº. 350, assim, em muitos processos, não foi possível encontrar todas as informações desejadas em relação ao atendimento dessa Resolução. Desse modo, salientou que a CIRH e o MEC estavam atentos e sensíveis à incorporação de aspectos da Resolução nº. 350 no instrumento individual em desenvolvimento para a área da saúde. Ressaltou que os pareceres foram padronizados a partir dos seguintes dados: instituição, número ao processo, curso, tipo de pedido, local, contextualização do curso, parecer final (favorável, favorável com recomendações, favorável com exigências e desfavorável) e pareceristas. Detalhou que, no caso dos pareceres favoráveis com exigências, procurou-se trabalhar de forma a atender questões levantadas pelo Pleno, a exemplo da definição de prazos para responder às exigências. Salientou que, para esse primeiro momento, foi adotado o prazo de um ano para atendimento das exigências, contudo, esse prazo poderia ser revisto. Enfatizou que a metodologia para análise dos processos não estava pronta, devendo, portanto, ser analisada e ajustada. Finalizando, sugeriu, como dinâmica para análise dos pareceres, a apreciação dos 27 pareceres relativos a processos do Sistema SAPIENS que aguardavam parecer do CNS e, na sequência, os quatro processos *sub judice*. Antes de apreciar os pareceres, Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH/CNS, apresentou o sistema de informação, elaborado pelo DGERT, que auxiliou com informações para emissão dos pareceres. O sistema apresenta dados da instituição,

dados do curso, parecer do INEP, dados do Município (número de emprego, capacidade instalada do SUS, entre outros aspectos), dados do Estado (número de profissionais, número de empregos, capacidade instalada do SUS); sistema formador; e parecer elaborado pela CIRH/CNS. Além disso, informou que foram agregadas informações sobre as vagas ociosas. Por fim, comunicou que o parecer elaborado pela força tarefa foi apreciado pela CIRH/CNS para, em seguida, ser submetido à apreciação e deliberação do Pleno. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para dúvidas sobre o sistema. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou que fosse feita ressalva no sistema, porque não existia o profissional bioquímico farmacêutico, mas sim, farmacêutico que se habilitava em diferentes áreas, dentre elas, bioquímica. Conselheira **Maria Helena Machado** registrou o pedido, contudo, informou que o IBGE utilizava a nomenclatura bioquímico farmacêutico. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** cumprimentou a iniciativa e sugeriu que fossem incluídas as seguintes informações: número de egressos, série histórica das vagas ociosas, percentual de evasão, série histórica candidato/vaga e dados do ENEN. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** sugeriu que, naquele momento, fossem colocadas eventuais dúvidas sobre o processo e, posteriormente, fosse feita avaliação e sugestões. Conselheira **Maria Helena Machado** registrou que, nesse primeiro momento, o sistema estava acessível apenas à comissão e ao grupo tarefa, porque estava em construção. Desse modo, a apresentação do sistema visou informar o Pleno sobre a forma de avaliação dos pedidos, a fim de que os conselheiros tivessem maior segurança para deliberação. Disse que a intenção era discutir o sistema com os diversos atores envolvidos (MEC, SE/CNS, entre outros) para apresentá-lo formalmente ao CNS. Feito isso, seria necessário processo legal para que o sistema tornasse um instrumento da CIRH/CNS, aprovado pelo CNS. Portanto, reiterou que as contribuições eram bem-vindas. A Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, ressaltou a importância das contribuições do Conselheiro Barriguelli e destacou que muitas das sugestões estavam contempladas na publicação conjunta MEC/MS sobre a trajetória dos cursos de graduação de 1991 a 2004. Feita essa consideração, fez um resumo dos 27 processos analisados. Explicou que, desse total, quinze eram de autorização e doze de reconhecimento. Dos pedidos de autorização para cursos de Psicologia, houve dez pareceres desfavoráveis, um parecer favorável com exigências e dois pareceres favoráveis. O único pedido de autorização para o curso de Odontologia recebeu parecer favorável. O pedido de autorização para o curso de Medicina recebeu parecer desfavorável. Em relação aos doze pedidos de reconhecimento, houve: **a)** cursos de Psicologia: dois pareceres favoráveis com recomendações; cinco pareceres favoráveis com exigências e um parecer desfavorável; **b)** curso de Odontologia: parecer favorável com exigência; **c)** curso de Medicina: um parecer favorável com recomendação; e dois pareceres favoráveis (um deles é da Universidade Federal do Acre – os Ministérios têm acompanhado a qualidade e apoiado o projeto pedagógico de cursos públicos. Esse curso recebeu recursos dos Ministérios no sentido de se garantir a qualidade do corpo docente). Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Pleno. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** registrou os seus cumprimentos à CIRH/CNS e à equipe do Ministério da Saúde que construiu o instrumento para auxiliar a emissão de parecer, atendendo à demanda do controle social de participação com instrumento confiável. Como sugestão, propôs que o relatório de gestão dos municípios fosse utilizado para alimentação do sistema. Conselheira **Maria Natividade Santana** cumprimentou a equipe pelo sistema, contudo, propôs que a discussão dele não fosse feita naquele momento, porque se tratava de instrumento operacional. Assim, sugeriu que eventuais sugestões fossem apresentadas à Comissão. Em relação aos pareceres, propôs que fossem aprovados em bloco, sem prejuízo de eventuais destaques. Conselheira **Cândida Carnevalheira** perguntou se os cursos de especialização também poderiam ser aprovados pelo CNS. Conselheiro **Armando Raggio** sugeriu que o MEC e o Ministério da Saúde realizassem, com a ajuda do Instituto Anísio Teixeira, levantamento sobre o atendimento da demanda por ensino da área da saúde. Sobre a especialização, propôs que se discutisse com a CIRH/CNS recomendações para os cursos de especialização, pelo menos, na área da saúde. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** disse que estava de acordo com o parecer desfavorável aos pedidos de cinco cursos de Medicina (Faculdade São José do Rio Preto/SP; Barreiras/BA; Dourados/MS; Foz do Iguaçu/PARANÁ; e Maringá/PARANÁ). Em relação aos pareceres favoráveis, manifestou dúvida em relação ao pedido de reconhecimento do curso de Medicina da Universidade Federal do Acre, haja vista as dificuldades de formação de profissionais médicos no Estado diante da escassez, inclusive, de professores. Na sequência, foi aberta a palavra para esclarecimentos das dúvidas. Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH/CNS, destacou que o País enfrentava movimento de privatização do ensino na área da saúde. De todo modo, ressaltou que o sistema privado apresentava problemas, apesar da existência de excelentes escolas. Assim, ressaltou como positiva a iniciativa do governo de oferecer vagas em escolas públicas, sendo necessário aporte de recursos para formação e realização de concurso público para contratação de professores. Desse modo, disse que a CIRH buscou ser coerente com a busca de reverter a tendência para formação dos quadros da saúde. Salientou ainda que o Estado do Acre necessitava de

uma universidade federal de qualidade para formação de profissionais médicos. Também agradeceu os elogios ao trabalho da CIRH/CNS e solicitou movimento do CNS na SGEF no sentido de informatizar e oferecer estrutura aos conselhos estaduais e municipais de saúde. Salientou que a intenção era replicar o sistema, após ser aperfeiçoado, nos conselhos estaduais de saúde. No final, agradeceu o técnico responsável pelo sistema e a Secretaria-Executiva do CNS pelo apoio. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** registrou que não tinha nada contra as universidades federais e que a sua preocupação referia-se a eventual ausência de corpo docente qualificado no Acre para atuar na Universidade. Conselheira **Clair Castilhos** disse que a abertura de curso de Medicina no Acre e a realização de concurso público chamariam profissionais para o Estado. Conselheiro **Armando Raggio** disse que a Universidade Federal do Acre já havia formado a sua primeira turma e, portanto, solicitava reconhecimento do curso de Medicina. A Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, explicou que, no momento, o MEC e o MS trabalhavam com a graduação, sendo necessário aprofundar a discussão acerca da especialização. Concordeu que essa poderia ser uma das atividades da Comissão Interministerial de Gestão da Educação, recém instalada pelos Ministros da Educação e Saúde. **Feitos esses esclarecimentos, Conselheira Ruth Ribeiro Bittencout colocou em votação os 27 pareceres, que foram aprovados por unanimidade.** Na sequência, a Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, falou dos quatro pareceres dos onze processos de Medicina oriundos de ação judicial (relativos à Portaria do MEC nº. 147/2007). Lembrou que, na reunião ordinária do CNS de março de 2007, o Plenário decidiu que, além de tomar novamente a emissão de pareceres de processos do SAPIENS, também retomaria, em caráter experimental, os pedidos sobre os quais incidiam a Portaria do MEC nº. 147/2007. Explicou que se encontravam nessa situação onze cursos de Medicina com pedidos de autorização, uma vez que tramitaram no MEC anteriormente à nova legislação do Ministério da Educação (Decreto nº. 5.573/2007). Detalhou que esses processos estavam em processo final de tramitação, inclusive com a avaliação *in loco* do MEC, alguns com parecer favorável e outros desfavorável. Destacou que a Portaria nº. 147/2007 remetia esses cursos sobre os quais o Decreto não incidia para nova análise pela CTAA do MEC. Desse modo, a CTAA remeteu os processos para nova visita *in loco* e nova avaliação, adotando critérios mais rigorosos. No caso da Medicina, alguns cursos impetraram recurso na justiça, questionando a Portaria nº. 147. Dentre esses casos, lembrou que o Pleno aprovou parecer relativo à Faculdade Pitágoras. Explicou que o processo dessa faculdade passou por toda tramitação, com três pareceres de comissões diferentes (dois desfavoráveis e um favorável). Assim, a instituição questionou na justiça a validade da Portaria nº. 147 e a decisão judicial foi que o MEC se manifestasse sobre o processo, no prazo de um mês, sem considerar a Portaria nº. 147. Desse modo, o Ministério da Educação oficiou o Presidente do CNS e a CIRH elaborou parecer que serviu como um dos subsídios desse Ministério para manter o seu posicionamento de não autorização do curso. Explicou que, não havendo tempo hábil para manifestação sobre os onze processos nessa situação, a CIRH se manifestou sobre os quatro processos com situação mais crítica (Foz do Iguaçu/PR, Barreiras/BA, Dourados/MS e São José do Rio Preto/SP). Esclareceu que o Departamento trabalhou na lógica de produção de notas técnicas a partir da análise do processo que subsidiou a elaboração do parecer da CIRH, com base na Resolução nº. 350. Por fim, enfatizou que o parecer do CNS talvez não fosse suficiente para sustentar a decisão contrária do MEC aos pedidos, contudo, a manifestação do Pleno era extremamente importante para ampliar o respaldo do Ministério. **Feita a apresentação, Conselheira Ruth Ribeiro Bittencout verificou que o Plenário estava esclarecido para votar e, diante disso, submeteu à votação os quatro pareceres relativos a pedidos de autorização de cursos de Medicina. Os pareceres foram aprovados por unanimidade.** Com essa deliberação, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** agradeceu as integrantes da mesa e encerrou a discussão desse item. Antes de encerrar os trabalhos, Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** registrou a distribuição do Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Feito esse registro, deu-se por encerrado o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes: *Titulares:* **Artur Custódio M. de Souza, Ana Cristhina de Oliveira Brasil, Cândida Maria Bittencourt Carvalho, Carmen Lúcia Luiz, Clair Castilhos Coelho, Flávio Heleno Poppe de Figueiredo, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, João Donizeti Scaboli, José Cláudio Barriguelli, José Cláudio dos Santos, José Wellington Alves dos Santos, Jurema Pinto Werneck, Lérida Maria dos Santos Vieira, Luiz Augusto Facchini, Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Ruth Ribeiro Bittencout, Sílvia Fernanda Martins Casagrande, Valdirlei Castagna e Wander Geraldo da Silva. Suplentes:** **Alceu José Peixoto Pimentel, Alexandre Magno Lins Soares, Armando Martinho Bardou Raggio, Armando Tadeu Guastapaglia, Cleuza de Carvalho Miguel, Clóvis Adalberto Bouffleur, Denise Torreão Corrêa da Silva, Francisco Mogadouro da Cunha, Geusa Dantas Lelis, Luiz Antônio de Sá, Luís Carlos Bolzan, Maria do Socorro de Souza, Maria Eminia Ciliberti, Maria Helena Machado, Maria Natividade G. S. T. Santana, Marília Coelho Cunha, Marisa Fúria Silva, Rildo Mendes, Rosane**

Maria Nascimento da Silva, Ronald Ferreira dos Santos, Sérgio Metzger, Valdenir França e Walter Gomes de Souza. Iniciando os trabalhos do segundo dia de reunião, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, apresentou informe sobre questões importantes. Explicou que a 178ª RO quase foi inviabilizada devido à impossibilidade de emissão de passagens para quase metade dos conselheiros em virtude da falta de prestação de contas de viagens anteriores. Ressaltou que foi necessário dialogar com os responsáveis pela SGEP para viabilizar a emissão de passagens. Destacou que essa situação vinha ocorrendo de forma regular e acordou-se que haveria maior rigor acerca da prestação de contas. Exemplificou que realizava o seu *check in* pela internet, com antecedência e entregava um dos cartões de embarque para prestação de contas e sugeriu que essa dinâmica fosse adotada pelos conselheiros. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** disse que seria necessário definir sistemática para que os conselheiros tomassem ciência de que a Secretaria-Executiva recebeu os tickets de prestação de contas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que a confirmação do recebimento dos tickets poderia ser feita no Informativo Eletrônico. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** propôs que, na vinda, fosse feita a entrega do cartão de embarque, retirado antecipadamente pela internet e, na volta, fosse destacado um funcionário para realizar o *check in* dos conselheiros. Conselheira **Denise Torreão da Silva** endossou a proposta de indicar funcionário do CNS para realizar o *check in* dos conselheiros, pois não se tinha acesso quando as passagens não eram compradas pelo CNS. Conselheiro **Francisco Mogadouro da Cunha** discordou da proposição de indicar funcionário do CNS para realizar o *check in* dos conselheiros, porque esse procedimento era de responsabilidade do conselheiro. Além disso, salientou que, no caso da empresa Gol, era preciso senha para fazer o *check in*. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** relatou que, por duas vezes, foi feito o pagamento de diária para ele mesmo tendo avisado que não compareceria à reunião. Assim, para garantir a emissão de sua passagem teve que fazer o pagamento no banco. Desse modo, solicitou maior atenção da Secretaria-Executiva nesse aspecto. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** disse que seria necessária flexibilidade, inclusive em relação à mudança do horário de passagens, por conta de atrasos de reuniões, lembrando que os conselheiros não eram funcionários públicos, logo, não poderiam seguir as mesmas regras para esses funcionários. Conselheira **Marisa Fúria** relatou também que, diante da mudança no fluxo aéreo de São Paulo, tinha que pagar táxi e não havia reembolso dessa despesa. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, fez alguns esclarecimentos acerca da emissão de passagens. Explicou que, desde abril de 2007, o CNS não dispunha de recursos para passagens dos conselheiros, assim, a emissão estava sendo feita pela SVS e SGEP, sendo que cada uma possuía forma distinta de prestação de contas. Também destacou que seria necessário retomar em outro momento a discussão de outras questões como alteração de trecho, porque prejudicava a emissão de passagens. Lembrou ainda que foi destacada funcionária para receber os tickets de prestação de contas e salientou que era possível emitir confirmação de recebimento, conforme solicitado. Disse que também era possível disponibilizar apoio para realizar o *check in* eletrônico. Comunicou que a Secretaria estava elaborando perfil de cada conselheiro, o que auxiliaria inclusive na definição dos trechos de viagem. Sobre as diárias, lembrou que, conforme deliberação do Pleno estava em elaboração proposta de aumentar o valor. Conselheiro **Sérgio Metzger** propôs que fosse solicitada à empresa responsável pela emissão de passagens a disponibilização de um funcionário para realizar o *check in* dos conselheiros. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que a Secretaria-Executiva do CNS verificaria a possibilidade de viabilizar essa proposta. Também sugeriu como saída, a realização do *check in* pela internet, com antecedência e impressão de dois cartões de embarque a fim de possibilitar a entrega de um deles para prestação de contas. Conselheira **Maria Natividade Santana** explicou que a emissão de passagens dos conselheiros para a 178ª RO foi feita utilizando-se resíduos do Ministério decorrente de cancelamento de passagens. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que, para as próximas reuniões, a Secretaria encaminharia os pedidos de passagens e, em seguida, faria a confirmação. Explicou que, no período de dez dias, não seria possível garantir a vinda do suplente, no caso de impossibilidade de participação do titular. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, explicou que a passagem somente poderia ser liberada se comunicada com dez dias antecedência, mas, considerando que essa exigência dificultava a dinâmica do CNS, estava em discussão alternativa com o Ministério da Saúde. A seguir, o Presidente do CNS convidou para compor a mesa o Ministro da Saúde, **José Gomes Temporão** e a Secretária-Executiva do MS, **Márcia Bassit**. Antes de abrir a palavra ao Ministro, o Presidente do CNS informou que, no dia anterior, foi realizada audiência pública na Comissão de Seguridade Social sobre a regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29. Disse que a mesa foi composta por representação do CNS, do CONASS e do CONASEMS e foi feito amplo debate que resultou em encaminhamentos. Destacou que a delegação de deputados comprometeu-se a discutir com o Presidente da Câmara dos Deputados a possibilidade de pautar no Plenário da Câmara o PL do Deputado Roberto Gouveia e a procurar o relator do Projeto no Senado. Disse que o CONASEMS assumiu o compromisso de iniciar processo de

972 mobilização com os secretários municipais de saúde do País em defesa da regulamentação do projeto
973 original e de repúdio ao aprovado na Comissão de Assuntos Econômicos do Senado Federal.
974 Ressaltou ainda que o CONASS assumiu o compromisso de mobilização e que ele, enquanto
975 Presidente do CNS, comprometeu-se que o Conselho se manifestaria contrário ao projeto aprovado na
976 Comissão de Assuntos Econômicos do Senado Federal e que orientaria os conselhos estaduais e
977 municipais de saúde a promoverem mobilização nas respectivas bancadas para fortalecer o processo
978 pela regulamentação através do Projeto nº. 001/2003. Por fim, disse que foi aprovada a solicitação de
979 audiência com o Ministro da Saúde para garantir processo articulado em defesa de regulamentação da
980 EC nº. 29, nos termos do Projeto nº. 001/2003. Na sequência, o Ministro da Saúde, **José Gomes**
981 **Temporão**, manifestou-se nos seguintes termos: “Bom dia. Quero cumprimentar todos os conselheiros
982 e conselheiras. Acho que esse informe foi bastante pertinente. Eu começaria contando um pouco a
983 minha peregrinação pelo Brasil. Na semana passada eu estive no Nordeste, em seis Estados em
984 quatro dias; eu estive no Rio de Janeiro; ontem estive em São Paulo; vou a Pernambuco amanhã; em
985 Minas, na semana que vem; no Sul. Em todos esses Estados eu tenho feito uma reunião com o
986 governador, com o prefeito, com o secretário estadual, representante do COSEMS e onde foi possível
987 o presidente do Conselho Estadual de Saúde. A idéia era que o Ministro pudesse ouvir dos gestores
988 sugestões, críticas, problemas, dificuldades, mas também anunciar o reajuste de procedimentos da
989 tabela do Sistema Único de Saúde e a liberação de recursos adicionais para o teto dos Estados para a
990 Média e Alta Complexidade. Então, foi publicado no Diário Oficial, na segunda-feira, o reajuste da
991 tabela, são mil procedimentos, aproximadamente, com reajuste médio de 30%. Nós consideramos os
992 procedimentos com maior defasagem – diária de UTI, os procedimentos de Média Complexidade que
993 são muito importantes no financiamento das santas casas, um conjunto de procedimentos em
994 neurologia e neurocirurgia, cardiologia, cirurgia cardiovascular, parto normal. Mas, só para compartilhar
995 com vocês a nossa angústia, foi um grande esforço porque esse reajuste da tabela terá um impacto no
996 orçamento 2008 do Ministério da Saúde de R\$ 2,4 bilhões, então, ele é um recurso significativo. Mas a
997 angústia é que mesmo com esse reajuste, com esse esforço, o impacto é pequeno. Vou dar um
998 exemplo. A consulta médica especializada que nós estávamos pagando R\$ 7,50, nós passamos para
999 R\$ 10,00, o que está a léguas de distância do que seria razoável, mas foi o possível. Também estamos
1000 liberando recursos adicionais para o teto dos estados e municípios, são mais R\$ 400 milhões que terão
1001 um impacto de mais de R\$ 1,6 bilhão em 2008. Significa que, no ano que vem, no orçamento do
1002 Ministério da Saúde, nós teremos um impacto de R\$ 4 bilhões pelo reajuste da tabela e aumento de
1003 teto, o que significa um aumento de 23%, em média, dos recursos que este ano nós vamos gastar na
1004 Média e Alta Complexidade, quer dizer, foi uma autorização do Presidente Lula, que há muitos anos
1005 nós não tínhamos, mas é evidente que nós não resolvemos a equação do financiamento que passa
1006 pela regulamentação da Emenda nº. 29. No caso do teto, nós fizemos uma mudança e eu queria
1007 chamar a atenção. Hoje, o perfil do teto da Média e Alta Complexidade dos Estados é uma síntese do
1008 acúmulo histórico de distorções e problemas que foram acumulados ao longo dos anos. Então, o que
1009 nós fizemos? Nós estabelecemos uma margem objetiva no sentido de que caminharemos para
1010 alcançar, nos próximos anos, um *per capita* de R\$ 150 e nós fizemos um reajuste proporcional a
1011 situação atual, ou seja, os estados que estavam mais próximos dos R\$ 150 tiveram um reajuste menor
1012 e os estados mais distantes desse valor tiveram reajuste maior. Na prática, nós estamos reajustando
1013 muito acima da média nos Estados do Norte e Nordeste e abaixo da média nos estados da região Sul
1014 e Sudeste. Os reajustes variam de 13 a 40%. São Paulo teve um reajuste de 14%, Rio de Janeiro de
1015 14%, Mato Grosso do Sul de 13%; já no Nordeste a média foi 29%, 30%, 35%, para que possamos
1016 reduzir um pouco as desigualdades e dar condições aos estados dessas Regiões que organizem de
1017 maneira mais articulada e com qualidade a sua própria rede assistencial. Então, acho que isso que é
1018 coerente e consistente com o pensamento, com o Presidente Lula e imagino que coerente e
1019 consistente com o nosso pensamento no campo da saúde pública. Mas essa questão nos chama
1020 imediatamente para a regulamentação da EC nº 29...*interrupção na gravação...*o PAC FUNASA, a
1021 FIOCRUZ, em São Gabriel da Cachoeira, ele falou o tempo todo na questão da regulamentação da
1022 Emenda 29, temos que garantir os recursos da saúde. Evidente que, quando nós sentamos para
1023 discutir, bem, vamos levar para Plenário e votar, a posição do governo em relação à participação do
1024 governo federal no financiamento é distinta do que está no Projeto de Lei do Deputado Roberto
1025 Gouveia que coloca a questão dos 10% da receita bruta, porque isso significaria que, no que vem, o
1026 Ministério teria um recurso adicional no seu orçamento de cerca de R\$ 20 bilhões, o que do ponto de
1027 vista das finanças do governo é absolutamente impensável. Então, o que nós estamos discutindo? É
1028 evidente que nós teremos que sentar com o governo para chegar a consenso do que seria ideal para
1029 que esse projeto possa ser votado com sucesso e transformado em lei, para nós é muito importante.
1030 Eu estou propondo ao governo que nós acoplemos os recursos adicionais de uso do setor federal a
1031 uma nova estratégia que estamos chamando de PAC Saúde, sobre o qual eu vou conversar com
1032 vocês, uma nova estratégia, um novo foco do segundo mandato do Presidente Lula no campo da

saúde no sentido de que a proposta do governo seria manter os 12% para estados e 15% para municípios, manteríamos a regra atual para o governo federal, ou seja, correção do executado pela variação nominal do PIB e o governo federal colocaria recurso adicional vinculado ao conjunto de metas, diretrizes, políticas e propostas que fariam parte dessa nova proposta e caminharíamos no sentido de reconhecer a Resolução do CNS de 2003 como a base de acordo para definição do que são ações e serviços de saúde. Sobre essa questão, não há divergências dentro do governo; o governo aceita a Resolução do Conselho e é exatamente nesse momento que nós estamos discutindo no governo o que é esse recurso adicional, o que viria além do piso, o que executado no ano anterior corrigido pelo PIB, o que viria a mais para o Ministério da Saúde que se somaria evidentemente aos recursos que hoje deixam de entrar no setor pelo fato de alguns estados e municípios não cumprirem o que está na resolução do Conselho Nacional de Saúde, o que nós calculamos em R\$ 5,7 bilhões/ano. Isso significaria que nós teríamos outra conta, isso é importante chamar a atenção, porque nós temos no meio do caminho algumas dificuldades, por exemplo, estados que estão muito distantes dos 12%, tem estados colocando 5%. Como é que eu vou garantir que esse estado chegue aos 12%? Nós vamos exigir que esse recurso seja colocado de um ano para o outro? Vai se trabalhar algum tipo de gradualidade? Essas são questões que estão na mesa para que nós possamos trabalhar e construir. Eu gostaria, então, de rapidamente apresentar ao Conselho o conteúdo estratégico, político e conceitual do que está se chamando de PAC Saúde. Também não tem sentido está se discutindo aqui o nome, depois que a criança nascer se arruma um bom nome, batiza, sopra a vela e se faz toda a festa. Por enquanto, o que está aparecendo como nome é esse. Na realidade, ele tem como pano de fundo a Política Nacional de Saúde, as políticas e diretrizes do SUS e o Pacto pela Saúde assinado em 2006, que orienta as relações interinstitucionais entre o governo federal, estados e municípios. É nesse contexto que essa proposta está sendo pensada e construída. Eu quero esclarecer para o Conselho que eu não vou apresentar nem metas físicas nem metas financeiras porque, como essa proposta está em construção no âmbito do governo, eu não tenho autorização do Presidente para divulgar nenhuma medida mensurável, porque nós estamos exatamente nesse momento discutindo à exaustão as dimensões. O que eu trago aqui é a visão geral, estratégica e política e, obviamente, a partir do momento que o Presidente Lula bater o martelo e dizer “o que o governo aprova para os próximos quatro anos é isto” imediatamente eu volto ao Conselho para trazer, na íntegra, essa proposta para que o Conselho possa se apropriar dos detalhes, possa discutir, refletir, aperfeiçoá-la, qualificá-la e ajudar o governo nesse esforço de melhoria da Política de Saúde. Então, o PAC Saúde está integrado ao Pacto pela Saúde e ao processo de planejamento estratégico do Ministério da Saúde e tem como grande referência os princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde. Ele possui uma lógica de integrar em uma visão estratégica um conjunto de políticas e de iniciativas que muitas vezes ficam fragmentadas e essa fragmentação é ruim porque não permite que a sociedade tenha clareza de qual é o caminho que o governo está propondo para o setor, tem uma iniciativa boa, uma política razoável acolá, sim, mas o que o governo quer do ponto de vista macro? Quais são as grandes ambições setoriais, quais são os grandes desafios do setor saúde, o que está se propondo do ponto de vista de intervenção sobre esses grandes problemas, que resultados se esperam? Essa é um pouco a idéia. Na realidade, exatamente o que o Presidente Lula está fazendo em todas as outras áreas, com o PAC da área econômica, da área da educação, da área de segurança, da área de cultura, da área da FUNASA, exatamente a mesma coisa. E, evidentemente, nós estamos acoplando essa discussão do PAC dentro do esforço de regulamentação da Emenda nº. 29, o que significa que essa proposta traz recursos adicionais para o financiamento setorial. Nós apresentamos uma primeira versão, no dia 19 de setembro, na Casa Civil, para o Ministério da Fazenda e para o Ministério do Planejamento, outro detalhamento foi apresentado no dia 4 de outubro e nós teremos próxima reunião no dia 17 de outubro para dar continuidade ao processo de detalhamento. Nessa primeira apresentação na Casa Civil, nós enfatizamos, isso é importante porque, muitas vezes, o próprio governo não se conhece, então, nós fizemos questão de mostrar detalhadamente o que é o Sistema Único de Saúde, o peso assistencial, as dimensões, a importância, os desafios, a complexidade, para que isso fique bastante claro se não fica uma discussão um pouco superficial de que o pessoal da saúde quer mais dinheiro e já tem dinheiro suficiente, fica uma discussão superficial, ela não chega; bem, o setor é isto: vejam a complexidade e o tamanho do desafio e agora o que nós fazer para esse desafio. Aí nós também discutimos esse conceito de saúde e desenvolvimento, e não como gasto, problemas críticos, perspectivas e eixos de intervenção. Toda essa discussão foi centrada nessa idéia da saúde como frente de expansão estratégica para a economia e para a política social, gera 8% do PIB, incorporando todos setores estratégicos do futuro (microeletrônica, biotecnologia, química fina, nanotecnologia, equipamentos). É o setor mais importante do gasto nacional com Ciência e Tecnologia, ou seja, 25% de tudo que o Brasil gasta em ciência e tecnologia é na área da saúde, responde por mais 10% dos postos formais de trabalho qualificado na economia do País como um todo, emprega 9 milhões de brasileiros em atividades de maior qualificação. Desses 9 milhões, três milhões são empregos diretos e

seis milhões são empregos indiretos. Trazendo, portanto, essa visão de que a saúde tem que ser vista como fator de desenvolvimento e não apenas como gasto. Ou seja, a saúde como base de um modelo de desenvolvimento que pode aliar crescimento, inovação, equidade e inclusão social. Ou seja, essa dupla face da saúde, não só como política social de grande impacto na qualidade de vida mas também como fator de desenvolvimento, criação de riquezas, criação de conhecimento. As perspectivas da proposta são: reduzir as iniquidades, ampliar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a qualidade no atendimento; inserir a saúde na transformação do padrão de desenvolvimento proposto pelo Presidente Lula para esse segundo mandato; entender a saúde como fator essencial para o crescimento, desenvolvimento e equidade. As principais metas estruturantes são: ampliação da Atenção Básica. Nós todos sabemos que não há futuro para o SUS sem uma Atenção Básica de qualidade, talvez seja o nosso grande desafio, porque essa Atenção não pode se manter apenas em cima de uma ampliação de cobertura, a questão da resolutividade e da qualidade dessa rede básica é fundamental e crucial. Segundo: Atenção hospitalar de qualidade em todos os níveis para o conjunto da população; terceiro: intervir sobre Planos de Saúde (os quarenta milhões de brasileiro que hoje possui plano de saúde privado), garantir qualidade e direitos; Quarto: preparar o País para enfrentar as emergências em Saúde Pública – Gripe Aviária, por exemplo, e outras doenças infecto-contagiosas antigas e as emergentes; Quinto: Garantir a qualidade dos produtos e serviços consumidos pela população, ou seja, toda interface da vigilância em saúde também dentro dessa proposta. Também estão incluídas como metas estruturantes: redução do déficit comercial setorial anual – o número que nós estamos fechando para 2007 é muito mais preocupante do que o anterior, a balança setorial, comercial do setor saúde vai fechar o ano negativa, acima de U\$ 5 bilhões. Ou seja, nós estamos ampliando a dependência de tecnologia desenvolvida no exterior e o mais preocupante é que, quando nós analisamos de onde o Brasil está importando produtos, pode ser equipamentos, insumos, orçamentos, 30% dessa importação é de países com grau de desenvolvimento igual ao do Brasil ou inferior. Então, nós estamos criando emprego fora ao invés de criar emprego aqui dentro, por quê? Pela política econômica dos anos 90, principalmente, que destruiu a indústria química de base brasileira, farmoquímica, que faz com que estejamos importando hoje medicamentos prontos na caixa. Não é nem a matéria-prima, nós estamos importando R\$ 1 bilhão de remédios na caixa, em português, fabricado lá fora. Aumentar o PIB da Saúde. Isso significa ampliar a cobertura, emprego na área da saúde e produção. Gerar empregos diretos e indiretos e transformação profunda na gestão: eficiência e resultados para a população. Aí eu gostaria de chamar a atenção que nós temos um belo instrumento nas mãos que é o Pacto. Nós temos que trabalhar a partir do Pacto que definiu, pela primeira vez, metas nacionais em saúde pública, criou termo de compromisso de gestão entre entes. Nós temos que qualificar esse instrumento para que ele seja mais ágil no controle, mais transparente para sociedade e que ele possa definir, com clareza, atribuições e competências, metas, indicadores e um processo de monitoramento e acompanhamento. Aí temos os eixos de intervenção da proposta. O primeiro eixo é a promoção à saúde e ações intersetoriais. Nós temos que valorizar muito a saúde pela sua característica, tem essa natureza da intersetorialidade e, de outro lado, a promoção da saúde sempre foi vista com peso menor, quer dizer, nunca houve colocação em prioridade absoluta das iniciativas e das políticas ligadas à promoção da saúde. A idéia é que nós possamos dar um grande destaque a esse eixo. O segundo é o da atenção à saúde, incluindo assistência e vigilância. O terceiro, o complexo industrial e de inovação. O quarto é o conjunto de medidas para as pessoas que constroem o Sistema Único de Saúde, eu não gosto muito do termo “força de trabalho em saúde”, enfim, somos nós e mais alguns milhões de brasileiros que todos os dias constroem o Sistema. É preciso uma política voltada para essas pessoas de qualificação, de condições de trabalho, de remuneração. A qualificação da gestão é a quinta dimensão. Acho que essa dimensão é muito importante, pois, se nós temos uma luta para solicitar recursos adicionais para saúde, nós temos que mostrar para a sociedade que o recurso que ela coloca a nosso dispor está sendo gasto com transparência, eficiência e qualidade. O sexto, uma série de medidas para participação e controle social, fortalecendo e qualificando o controle social. E o sétimo eixo: cooperação internacional. É uma demanda do Presidente da Lula que nós estreitemos as nossas relações e que o próprio Sistema Único de Saúde possa ajudar países em condições piores que o Brasil para qualificar e fortalecer o seu sistema. Um bom exemplo são as nossas relações; com Cuba, nós estamos lá para aprender; nesse momento, nós optamos por incorporar tecnologia e desenvolvimento em Cuba para produzir na FIOCRUZ o interferon e a eritropoietina. Mas no caso da África é o contrário, nós estamos, através da FIOCRUZ principalmente, levando conhecimento e ajudando Angola, Moçambique, Guiné Bissau, Cabo Verde a estruturar o instituto de saúde, a formar quadros para aquele País. Então, esses são os sete eixos que compõem a proposta. A idéia é que o PAC Saúde não seja mais uma iniciativa fragmentada. Exatamente o contrário, que ela desfragmente, que ela incorpore, que dê uma visão ampla, eu diria que praticamente tudo que tem haver do ponto de vista estratégico e político e de mais relevante para saúde está aí dentro. Se alguém identificar alguma coisa que está faltando me avise

que nós incorporamos. Ou seja, ele pretende ter uma visão ampla, integrada e articulada das grandes questões, dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde para o futuro. No primeiro eixo, que é o da Promoção da Saúde e Ações Intersetoriais, os principais problemas são: alta incidência de doenças cardiovasculares (principal causa de mortes no Brasil), diabetes, hipertensão, acidentes de trânsito e de trabalho; o câncer também deveria estar aí. De outro lado, limitada ação integrada com outras políticas sociais. É uma dificuldade real como se trabalha integrado como educação, habitação, com Ministério das Cidades, Ministério da Cultura, integrando políticas e desenvolvendo políticas integradas. Nessa questão da promoção da saúde entra uma questão mais política que é também o fortalecimento e desenvolvimento da consciência sanitária. A sociedade está cotidianamente bombardeada por mídias que, na verdade, não tem nada haver com que nós queremos fazer no Brasil. Propaganda de cerveja, propaganda de remédio, propaganda de jatinho, UTI, de outras coisas...Na realidade, nós queremos outra coisa, nós queremos construir uma consciência política que passa muito pela informação, pela educação em saúde como um bem e do sistema público como um bem que tem que ser defendido, qualificado, porque é de alta relevância e importância para a sociedade como um todo. Então, aqui também tem essa dimensão, digamos assim, política, cultural, educacional que nós queremos mexer. E a diretriz geral nesse eixo é mobilizar a sociedade e o Estado em torno de um grande esforço articulado e intersetorial para a promoção da saúde. Se em todas as outras áreas nós temos que entender que o governo não pode fazer sozinho e precisa fazer junto com a sociedade, nessa então, o governo sozinho não faz nada. Aqui é fundamental a articulação com os movimentos sociais, com as organizações não-governamentais, com a mídia, com os sindicatos, com as entidades empresariais, enfim, aqui é o espaço da mobilização, de passar conteúdos, de informar adequadamente, de comunicar adequadamente. O segundo eixo é o da Atenção à Saúde e aqui nós temos principalmente os problemas: desigualdade no acesso aos serviços de saúde (Atenção Básica e Média e Alta Complexidade). Essas distorções são evidentes, são distorções entre Regiões, inter-regionais, nas periferias dos grandes aglomerados urbanos, e é um desafio ampliar cobertura e reduzir desigualdade com qualidade. Há uma falta de eficiência do Sistema: filas, baixa remuneração dos procedimentos médicos, falta de racionalidade. As redes nacionais ainda são fragmentadas, seja na área da assistência, seja na vigilância. E, de certa forma, as pessoas que têm plano de saúde se sentem numa situação fragilizada. O Sistema Único de Saúde que não está sendo reembolsado por ações e atividades que são realizadas na rede pública por pessoas que têm planos e as pessoas que, por exemplo, não têm o direito da portabilidade, quando migram de um plano para outro, têm que se submeter, de novo, ao mesmo período de carência. Como diretrizes gerais desse eixo, a idéia é: melhorar os serviços para reduzir as desigualdades pessoais e regionais, colocando o cidadão como preocupação central do Sistema; universalizar a Atenção Básica como núcleo do novo modelo assistencial – vocês sabem que hoje nós temos cem milhões de pessoas cobertas pela Atenção Básica, então, nós temos que caminhar no sentido da universalização; regionalizar as redes de atenção à saúde no território para combater as desigualdades no acesso em todas regiões do País e garantir os direitos dos cidadãos que possuem Planos de Saúde. No eixo do Complexo Industrial da Saúde, os principais problemas são: alta dependência do País em produtos estratégicos para a Saúde; crescimento do déficit setorial comercial, ampliando a nossa dependência; e inexistência de capacidade produtiva no País de produtos essenciais como medicamentos e fármacos, vacinas para o Programa de Imunização e equipamentos médicos. Então, as diretrizes gerais são: reduzir a vulnerabilidade da política social brasileira dotando o País de capacidade produtiva para atender às necessidades de saúde, utilizando o poder de compra do Estado, que não é insignificante, 25% do mercado farmacêutico brasileiro é compra pública, 80% do mercado de vacinas é compra pública, metade dos gastos com medicamento, equipamentos e material médico hospital são compras públicas, então, utilizar o poder de compra do Estado acoplado a uma política industrial, ao BNDES, como órgão fomentador e a indústria privada ou em parceria com empresas estatais, Farmanguinhos, Butantan e laboratórios produtores de medicamentos que pertencem aos Estados no sentido de redução dessa vulnerabilidade. E também investir no aumento da competitividade em inovações das empresas e produtores públicos e privados das indústrias da saúde. No quarto eixo, que é o dos cidadãos e cidadãs que cotidianamente trabalham no Sistema Único de Saúde, nós temos como problemas: falta de profissionais qualificados para atender os cidadãos, especialmente nas regiões menos desenvolvidas e relações de trabalho e remuneração inadequadas. Como diretriz geral, promover um amplo programa de qualificação massiva da força de trabalho em saúde, principalmente o pessoal do nível gerencial e do nível técnico, médio e intermediário, mas também o pessoal de nível superior, através, por exemplo, de parcerias com o Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Farmácia, de Enfermagem, Associação Médica Brasileira, com a idéia da Universidade Aberta como um grande portal de conhecimento que possa oferecer educação continuada via internet a um conjunto de profissionais de saúde. O quinto eixo é o da Qualificação da Gestão e os problemas são: baixa eficiência no atendimento ao cidadão; modelo burocratizado de gestão; e falta de compromissos com

resultados e com a qualidade dos serviços prestados. As diretrizes são: estabelecer novos modelos de gestão comprometidos com resultados nas unidades do SUS e induzir, pactuar e monitorar as relações entre o Governo Federal, os Estados e os Municípios. Aqui dentro estão, por exemplo, a proposta de fundação estatal, que o governo encaminhou ao Congresso, está a proposta de nós qualificarmos e melhorarmos o conteúdo de gestão do Pacto e também inovar em outras áreas. Por exemplo, a idéia de criar fundos setoriais que estimulem estados e municípios a atingir grau de desempenho mais qualificado, não no sentido de que os estados fiquem competindo entre si, mas estabelecer, para cada estado, uma referência, e à medida que esse Estado consegue ultrapassar o seu próprio desempenho possa receber algum tipo de bonificação, de gratificação que possa ser utilizada na melhoria salarial, na melhoria das condições de trabalho, dos serviços. O sexto eixo é o da Participação e Controle Social e o problema é a reduzida estrutura física e de recursos humanos para o exercício da Participação e do Controle Social sobre o SUS e suas unidades. Eu também diria que é uma necessidade a democratização do acesso à informação qualificada para que o Conselheiro possa exercer a sua função plenamente. E as diretrizes são: fortalecer a participação e o controle social sobre todas as instâncias e agentes do SUS, permitindo um melhor atendimento ao cidadão e fortalecer as Conferências e Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde. No fundo, fortalecendo e aperfeiçoando o trabalho que a Secretaria de Gestão Participativa vem fazendo junto com o Conselho Nacional, com CONASS, com CONASEMS e os Conselhos Estaduais e Municipais. E o sétimo eixo é o da Cooperação Internacional, com o seguinte problema: potencial da Saúde no âmbito das relações internacionais ainda é pouco explorado, existindo espaço para contribuir com as estratégias da Política Externa brasileira voltadas à cooperação. A diretriz geral é fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional, estreitando as relações com o Ministério das Relações Exteriores, para o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul, em especial, do MERCOSUL, com os países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e outros países da África. Nosso foco seria principalmente MERCOSUL e a África, principalmente os países de Língua Portuguesa. Os próximos passos. Nós estamos trabalhando exatamente nisso, quais são os cenários possíveis de acordo para votarmos rapidamente no Congresso a regulamentação da EC 29, incluindo a participação do governo federal no financiamento. Segundo, estabelecer com clareza a relação entre PAC Saúde, Pacto, PPA e Plano Nacional de Saúde. E, por fim, nós vamos ter que trabalhar metas e indicadores para monitorar a execução dessa proposta. O próprio sucesso dessa proposta pressupõe o monitoramento adequado para que o Conselho possa acompanhar os conselhos estaduais e os municipais e a sociedade possa acompanhar. Bem, como vocês puderam perceber, eu mostrei em linhas gerais o esqueleto, mas não mostrei o recheio, porque esse recheio, que são as medidas práticas, metas e recursos financeiros que vão viabilizar a execução dessa proposta, está nesse momento e a expectativa é que o mais rápido possível nós possamos estar aqui apresentando a proposta que o Presidente está nesse momento apreciando e ainda é preciso a autorização dele para poder divulgar. Então, era essa a minha mensagem e falar da minha alegria e satisfação de estar aqui e aproveitar o ensejo para parabenizar o Conselho pelo dia de ontem, porque eu sei que vocês fizeram um grande esforço para avançar na apreciação de uma série de processos de cursos de formação para a área da saúde. Acho que no Brasil nós temos que ter coragem para sair um pouco de certa situação de anomia; quando nós fechamos a primeira faculdade de Medicina e que não forma coisa nenhuma, de péssima qualidade, no dia que fechamos a primeira, essa situação vai mudar radicalmente. Nós temos que ter coragem de colocar com clareza para sociedade: esta faculdade não pode continuar formando este tipo de profissional. Quando dermos esse passo, pode ter certeza, o quadro começará a mudar. Um abraço.” Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, agradeceu a presença do Ministro da Saúde e da Secretária-Executiva do Ministério da Saúde e destacou que certamente o Pleno teria contribuições à proposta, assim que esta fosse concluída e apresentada ao Pleno. Também fez a entrega de material da ABRILE ao Ministro. O Ministro da Saúde, **José Gomes Temporão**, manifestou-se nos seguintes termos: “Eu queria dizer que, muitas vezes, a agenda do Ministro é complicada demais e nem sempre eu tenho a disponibilidade de estar aqui. Mas eu faço inclusive um apelo ao Presidente: sempre que o Pleno considerar que há um assunto muito importante, que eu preciso estar presente, dirijam-se até o meu Gabinete e me tirem daquela rotina maluca que eu venho para cá.” **Sobre a proposta do PAC Saúde, acordou-se como encaminhamento que as linhas gerais da proposta seriam levadas às entidades que compõem o Conselho para análise e apresentação de contribuições, quando o Plano fosse apresentado ao CNS.** Definido esse ponto, o Presidente do CNS informou que teria que se ausentar para atender a um jornalista. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** assumiu coordenação dos trabalhos e convidou a Conselheira **Gyselle Saddi Tannous**, Coordenadora da CONEP, para retomar o processo eleitoral da Comissão e definir os indicados do CNS. De início, o Conselheiro **Artur Custódio** apresentou a análise, feita pela Comissão constituída pelo Pleno, acerca da composição da CONEP (categoria profissional, concentração nos Estados e nas Regiões), para auxiliar no processo de indicação.

Destacou que a composição explicitava concentração de integrantes em São Paulo, Santa Catarina e nas Regiões Sudeste e Sul. Disse ainda que a Comissão analisou os currículos dos indicados pelos conselheiros e observou concentração de nomes de São Paulo e Rio de Janeiro e na categoria médica. Por fim, apresentou a distribuição dos CEPs por Região, sendo: 300 na Sudeste; 91 na Nordeste; 33 na Centro-Oeste; e 38 na Norte. Para a escolha dos cinco nomes, sugeriu que cada conselheiro votasse em cinco dos nomes propostos. Também perguntou se os conselheiros desejavam fazer defesa dos nomes indicados. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** sugeriu que fosse aberta palavra para defesa dos nomes indicados e que o Pleno definisse critérios para indicação. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** propôs que não fosse feita defesa de nomes, mas sim a definição de critérios para indicação. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** defendeu como critério para indicação a qualificação. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** considerou que os nomes foram indicados por CEPs, portanto, a qualificação estava pré-determinada. Por outro lado, defendeu a descentralização da composição da CONEP, pois estava concentrada no eixo Rio de Janeiro e São Paulo. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** entendeu a preocupação sobre a necessidade de descentralização, mas considerou que o critério por diversidade regional, se adotado naquele momento, poderia prejudicar a indicação, no formato proposto. Conselheira **Maria Helena Machado** alertou que o Pleno deveria ficar atento para que a CONEP tivesse diversidade de áreas da produção científica, independente da categoria profissional. Por outro lado, avaliou que seria importante garantir a diversidade regional. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** destacou que a Resolução do CNS nº. 196 definia que a composição da CONEP teria composição multi e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos e deveria ser composta por treze membros titulares e seus suplentes, sendo cinco deles personalidades de destacada atuação no campo da ética na pesquisa e na saúde e oito personalidade com destacada atuação nos campos teológico, jurídico e outros, assegurando-se que, pelo menos um, fosse da área de gestão da saúde. Os membros seriam selecionados a partir das listas indicativas elaboradas pelas instituições que possuem CEPs registrados na CONEP, sendo que sete seriam escolhidos pelo CNS e seis por sorteio. A Comissão poderia contar também com membros consultores *ad hoc*. Lembrou que os dois teólogos da Comissão saíram e havia grande predominância de projetos da área da saúde, apesar de a CONEP analisar projetos de outras áreas como educação e assistência social. Conselheira **Maria Helena Machado** perguntou como se procederia a indicação, uma vez que o Pleno não tinha conhecimento dos currículos dos indicados pelos CEPs. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** lembrou que as indicações dos conselheiros foram feitas com base nos currículos dos indicados pelos CEPs e pelo conhecimento que se tinha dos nomes. Conselheiro **Luís Augusto Facchini** considerou como critérios importantes para indicação: experiência prévia em pesquisa; e conhecimento sobre os tipos de pesquisa. Nesse sentido, disse que seria importante abrir a palavra para que os conselheiros estivessem esclarecidos e que a CONEP representasse o melhor perfil possível na avaliação de pesquisa no País. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** sugeriu que fosse aberta a palavra para que os conselheiros fizessem breve apresentação dos seus indicados. Conselheiro **Luís Augusto Facchini** sugeriu que fossem definidos critérios que permitissem melhor defesa e escolha dos nomes. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** reiterou que os critérios para indicação estavam definidos na Resolução do CNS nº. 196. Feita essa consideração, foi aberta a palavra para as defesas de nomes. Concluídas as defesas, procedeu-se ao processo de votação secreta. Cada conselheiro votou em cinco dos 27 nomes indicados, sendo eles: **1)** Cláudio Teloken – médico, RS; **2)** Carlos Alberto Guimarães – médico/pneumologista, RJ; **3)** Adriana Netto Parentoni; **4)** Adriana Malheiro; **5)** Ana Maria Razaboni; **6)** Márcia Guimarães Villanova; **7)** Murilo Alexandre Carmona – médico, SP; **8)** Adriane Zacarias Nunes; **9)** Anna Luiza de Fátima Pinho Lina Gryscek; **10)** Cláudia Regina Bonini Domingos; **11)** Décio dos Santos Pinto Júnior; **12)** Antônio Carlos Rodrigues da Cunha; **13)** Ana Maria Fernandes Pitta; **14)** Carmen Silvis Bertuzzo; **15)** Conceição Accetturi; **16)** Erasmo B. S. de Moraes Trindade; **17)** Arminda Saconi Messias – química, engenharia ambiental, PE; **18)** Maurício Seckler - médico/clínico, RJ; **19)** Luiz Henrique Costa; **20)** Marilena Cordeiro Dias Correia; **21)** Aníbal Gil Lopes – médico/teólogo; **22)** Marisa Palácios; **23)** Francineide Pereira da Silva Pena; **24)** Graciliano Ramos de Alencar; **25)** Vera Engracia Gama de Oliveira; **26)** Paulo Roberto H. de Oliveira Bastos; e **27)** Dirceu Bartolomeu Greco. Concluída a votação, Conselheiro **Luís Carlos Bolzan**, em nome do CONASEMS, fez uso da palavra para registrar que os gestores eram comumente acusados, na maioria das vezes corretamente, de fazer contratações de forma política e o processo de eleição da CONEP dessa forma. Nesse sentido, disse que seria importante modificar esse método para as próximas eleições. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** registrou a crítica, mas destacou que o processo eleitoral seguiu o disposto na Resolução do CNS nº. 196. **Como encaminhamento, propôs que as sugestões e críticas fossem encaminhadas à CONEP para que a Comissão reflita sobre o processo eleitoral e apresente posição ao CNS (mudança ou defesa desse processo). A sugestão foi acatada.** Na sequência, a mesa passou à apuração dos votos, em Plenário. **Concluída essa etapa, Conselheiro Artur Custódio de Souza declarou como eleitos os três mais votados: 1) Titulares:**

Dirceu Bartolomeu Greco, Medicina, MG – 22 votos; 2) Paulo Roberto H. de Oliveira Bastos, Farmácia, MS – 19 votos; Suplentes: 2) Vera Engracia Gama de Oliveira, Biologia/Geneticista – 18 votos. Em relação aos dois outros suplentes, informou que empataram com quinze votos: Aníbal Gil Lopes; Marisa Palácios; Francineide Pereira da Silva Pena; e Graciliano Ramos de Alencar. Diante desse resultado, o Pleno decidiu proceder à votação aberta dos quatro nomes. Cada conselheiro votaria em um nome. Assim, a mesa colocou em votação os quatro nomes, com o seguinte resultado: **Aníbal Gil Lopes - treze votos; Marisa Palácios – onze votos; Francineide Pereira da Silva Pena - cinco votos; e Graciliano Ramos de Alencar – um voto. Em face desse resultado, foram declarados eleitos como suplentes: Aníbal Gil Lopes, Medicina/Teologia, RJ; e Marisa Palácios, Medicina/Saúde Coletiva, RJ.** Concluído esse processo, Conselheiro **Artur Custódio de Souza** agradeceu a participação de todos e passou a coordenação dos trabalhos ao Presidente do CNS, que procedeu à discussão do item 8 da pauta. **ITEM 8 – 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - Informes da Comissão Organizadora** – A mesa foi composta por: Conselheiro **Armando Raggio**, Relator-Geral da 13ª CNS; Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Relator-Geral da 13ª CNS; e Conselheira **Gyséle Saddi Tannous**, Relatora-Geral da 13ª CNS. Conselheiro **Armando Raggio** apresentou demandas da relatoria que precisavam de definição do Pleno. A primeira delas referia-se à necessidade de indicação de um nome para substituir o Conselheiro **Armando Marcolino**, que não poderia participar da Comissão porque já fazia parte de relatoria estadual. Também submeteu à apreciação do Pleno a proposição da Relatoria de nova metodologia para apreciação das propostas nas Plenárias Temáticas, sendo: apresentação do relatório consolidado aos delegados para votação das propostas (favorável ou desfavorável) e possibilidade de apresentação de novas propostas de âmbito nacional e inéditas, após a apreciação do consolidado. Disse que essa proposta possibilitaria concluir a apreciação do relatório consolidado e revitalizaria a conferência nacional na perspectiva de novas proposições. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** manifestou apoio à proposta e sugeriu uma vez aprovada, que fosse incluída no Regulamento. Em relação à proposta inédita, sugeriu, no caso de receber mais de 70% dos votos, que fosse encaminhada à Plenária Final para votação. Para isso, propôs que fosse definido como teto dez propostas inéditas para cada Plenária Temática. Conselheiro **Luís Augusto Facchini** manifestou apoio à proposta, por entender que a etapa nacional, além de sistematizar as propostas estaduais, deveria ser propositiva e inovadora. Por outro lado, disse que seria importante dimensionar os tempos das Plenárias, a fim de possibilitar a apreciação do consolidado e a apreciação de novas propostas. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** registrou preocupação com o número de propostas das Plenárias Temáticas para a Plenária Final e, nessa linha, defendeu como teto mínimo 210 propostas e máximo, 270. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, avaliou como positiva a proposta, mas levantou algumas preocupações no sentido de aperfeiçoá-la e evitar problemas. Destacou, por exemplo, que era preciso definição acerca do Regulamento que possibilitava a apresentação de destaques (de supressão e modificação). Também retomou e defendeu o posicionamento do Pleno de não permitir novas propostas na etapa nacional. Além disso, salientou que a coordenação deveria pactuar com as Plenárias Temáticas as propostas para as quais seriam admitidas defesas. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** registrou o seu apoio à nova dinâmica, por entender que enriqueceria o conteúdo da Conferência. No entanto, avaliou que deveria ser definido limite de novas propostas, a fim de não prejudicar as propostas dos Estados. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que, caso fosse permitida a apresentação de novas propostas, não seria viável delimitar número. Conselheira **Maria Izabel da Silva** também defendeu que não fosse permitida a apresentação de novas propostas. Na Plenária Final, disse que a dinâmica deveria ser: apresentação e votação das propostas do consolidado; e apreciação e votação de eventuais destaques. (No caso de haver mais de um destaque, os proponentes se reuniriam para chegar a acordo. Ao final da votação, seriam retomados os destaques). Ressaltou que essa dinâmica foi utilizada em Conferências com grande êxito. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, destacou que a dinâmica da Plenária Final, citada pela Conselheira Maria Izabel, foi a utilizada nas últimas Conferências de Saúde e a experiência demonstrou que todas as propostas eram destacadas por várias pessoas e, em geral, não havia acordo. Conselheiro **Armando Raggio** avaliou que as perguntas reproduziam a complexidade com que a discussão ocorreu. Disse que a possibilidade de apresentar novas propostas atendia ao anseio do Pleno pela possibilidade de modificar e adicionar às propostas. Contudo, destacou que essa etapa ocorreria após a apreciação do relatório consolidado, sendo necessário definir prazos para cumprir as duas etapas. Ressaltou que, tanto na Plenária Temática, quanto na Plenária Final seria feito apelo para votação do relatório consolidado, para que a Conferência não se centrasse no debate de destaques. Informou, inclusive, que seria feito ensaio na véspera da Conferência com os relatores, mesários e co-relatores. Ressaltou que a dinâmica contribuiria para diminuir o número de destaques, pois as pessoas teriam a possibilidade de apresentar “novas” propostas. Ressaltou ainda que era possível modificar o Regulamento para contemplar essa dinâmica. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** detalhou a

1399 dinâmica, sendo: nas Plenárias Temáticas, seria feita a votação do relatório consolidado (manutenção
1400 ou exclusão das propostas). Encerrada a votação, a Plenária seria consultada sobre a apresentação
1401 de propostas não contempladas. Essas novas propostas seriam encaminhadas à mesa em formulário
1402 próprio, redigidas à mão, com letra legível e somente seriam aceitas se o seu mérito já não tivesse sido
1403 votado no relatório síntese. Ao final da Plenária Temática, a relatoria se reuniria para síntese dessas
1404 novas propostas. Também seria feita a checagem se a nova proposta não tinha sido votada no âmbito
1405 do relatório consolidado e a Plenária Final deliberaria (manutenção ou supressão) dessas novas
1406 propostas e daquelas que obtiveram entre 30 e 70% dos votos. Por fim, salientou que a Comissão de
1407 Relatoria realizou todas as simulações possíveis com a dinâmica proposta pelo Regulamento de
1408 destaques modificativos e decidiu propor método diferente, porque, na prática, a dinâmica do
1409 Regulamento seria inviável. Conselheiro **Armando Raggio** destacou que a grande tarefa da Comissão
1410 de Relatoria era elaborar relatório consolidado o mais enxuto possível. Conselheiro **Ronald Ferreira**
1411 **dos Santos** disse que essas novas propostas poderiam ser chamadas de propostas não
1412 contempladas no relatório síntese. Reforçou que a Comissão fez simulações sobre a dinâmica de
1413 propostas não contempladas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou maiores esclarecimentos sobre a
1414 votação das novas propostas. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** explicou que a relatoria faria a
1415 síntese das novas propostas, com as pactuações necessárias, e encaminharia para votação na
1416 Plenária Final. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que, para serem levadas à Plenária Final, as
1417 propostas teriam que ter, no mínimo, 30% dos votos da Plenária Temática. Conselheira **Gysélle Saddi**
1418 **Tannous** disse que essa questão não foi discutida em profundidade pela relatoria, contudo, avaliou
1419 que seria possível realizar votação, na Plenária Temática, da síntese das novas propostas a serem
1420 levadas à Plenária Final. Em sendo aprovada pelo Pleno, essa especificação poderia ser incluída no
1421 Regulamento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, ponderou que seria difícil
1422 aprovar essa modificação na Plenária de Abertura, para tanto, seria necessário articular grupo de
1423 conselheiros para convencer a plenária. Também manifestou dúvida se a forma mais correta seria abrir
1424 a palavra, após a apreciação do consolidado, para apresentação de novas propostas, por entender
1425 que poderia gerar um grande número de propostas para a Plenária Final. Além disso, salientou que
1426 essas novas propostas teriam que ser filtradas na Plenária Temática, a fim de não inviabilizar a
1427 Plenária Final. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** disse que a preocupação era salutar no sentido
1428 de viabilizar a conclusão da conferência. Em relação à dinâmica, sugeriu que fosse adotada a
1429 nomenclatura “proposta não contemplada no seu mérito”. Conselheiro **Armando Raggio** concordou
1430 com o acréscimo do Conselheiro Wander e informou que a Comissão se reuniria para criar categorias.
1431 Ressaltou que, independente da decisão do Pleno, seria necessária segunda opção de dinâmica, no
1432 caso de a proposta não ser aceita na plenária de abertura. Conselheira **Luciana Alves Pereira**
1433 explicou que a intenção era adotar proposta distinta da adotada na 12ª Conferência, a fim de evitar o
1434 ocorrido na 12ª. Destacou ainda que a proposta de inovar nas Plenárias Temáticas e na Plenária Final
1435 também era um propósito da Comissão Organizadora. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse
1436 que o sistema permitiria identificar se as propostas não contempladas, de fato, não constavam do
1437 relatório síntese e como se deu a consolidação das propostas. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli**
1438 ressaltou que esse sistema deveria estar à disposição dos delegados, para consulta. A Secretária-
1439 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que alguns estados trabalharam com
1440 propostas aditivadas, assim, haveria tendência por essa opção no debate do Regulamento. Desse
1441 modo, sugeriu que se trabalhasse com a proposta de aditivo. Também propôs que a Comissão
1442 Organizadora fizesse a revisão do Regulamento para impressão da última versão que seria votada na
1443 Conferência e que fosse feita apresentação sobre o funcionamento da Plenária Temática, com
1444 animação. Conselheiro **Armando Raggio** registrou ainda que seria necessário corrigir a redação das
1445 alíneas “a” e “b”, item “I”, § 2º do Art. 12. Finalizando, perguntou se o Pleno autorizava a Comissão
1446 Relatora a trabalhar a proposta, com os adendos do Pleno. **Houve consenso sobre a proposta. A**
1447 **Comissão de Relatoria irá trabalhar a nova metodologia para apreciação de ‘novas’ propostas**
1448 **nas Plenárias Temáticas, com os adendos do Pleno. A proposta será discutida na Comissão**
1449 **Organizadora, para ser contemplada no Regulamento.** Definido esse ponto, a mesa encerrou os
1450 trabalhos da manhã do segundo dia de reunião. No período da tarde, o Pleno continuou a discussão
1451 do item 8 - 13ª Conferência Nacional de Saúde - Informes da Comissão Organizadora. Iniciando,
1452 Conselheiro **Clóvis Boufleur**, Secretário-Geral da 13ª CNS, apresentou informe geral de questões
1453 discutidas pela Comissão Organizadora da 13ª CNS e os conselheiros se manifestaram sobre os itens
1454 que demandavam a decisão. Primeiro, informou que o cadastro dos delegados e convidados seria feito
1455 no CNS e o dos demais participantes, pelo Comitê Executivo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1456 **Santos** solicitou que o segmento dos usuários enviasse a indicação dos trinta co-relatores e o
1457 segmento dos gestores e prestadores de serviço dos quinze nomes de co-relatores para o endereço
1458 eletrônico do Comitê Executivo (13cns@saude.gov.br), na data limite de 20 de outubro. Conselheira
1459 **Jurema Werneck** informou que o segmento dos usuários fez a indicação dos nomes e enviaria ao

Comitê Executivo. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** comunicou que o Fórum de Patologias indicou e disponibilizou dez nomes para co-relatores. Conselheiro **Armando Raggio** solicitou ao segmento dos usuários a indicação do nome para substituir o Conselheiro **Arnaldo Marcolino**, pois os onze relatores se reuniram no dia 22 de outubro para definir metodologia de elaboração do relatório consolidado. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** pediu ainda que o segmento dos usuários indicasse nome para participar da próxima reunião da relatoria, na eventualidade de o Conselheiro Marcelo Henrique Batista não poder participar. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** destacou que a proposta de texto para votação nas Plenárias Temáticas e na Plenária Final, a ser elaborada pela Comissão de Relatoria, teria que ser incluída na proposta de Regulamento da 13ª CNS. Diante da impossibilidade de aguardar a próxima reunião do CNS, solicitou a anuência do Pleno para que a Comissão Organizadora, na sua próxima reunião, definisse o texto, conforme proposto pelo Pleno. **Conselheiro Armando Raggio disse que a Comissão de Relatoria poderia elaborar o texto relativo à votação do relatório final para ser apresentado na próxima reunião. Não havendo manifestações, a proposta foi acatada.** Definido esse ponto, a relatoria agradeceu e foi iniciada a discussão dos demais itens da Conferência. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** informou que a Comissão Organizadora, diante da preocupação com as dificuldades para definição do local da Conferência, agendou reunião com a Secretária-Executiva do Ministério da Saúde para tratar da licitação. Explicou que, no dia anterior, foi realizada reunião de membros da Comissão Organizadora com o Comitê Executivo e, na ocasião, foi apresentada a proposta da 7ª empresa, que colocava duas opções de local: Expo Brasília e Hotel Brasília. Desse modo, uma equipe visitou os dois locais para avaliar as condições e trazer informações para subsidiar a definição do CNS. Além disso, destacou que seria necessário definir os convidados internacionais. Conselheira **Maria Natividade Santana** destacou que os conselheiros foram informados de todo o processo de escolha da empresa para realização da Conferência. Ressaltou que a licitação estava ocorrendo segundo a legislação em vigor e com o acompanhamento do TCU, da Procuradoria Geral da União e do DENASUS. Recordou ainda que, no momento que se decidiu pela realização de dez plenárias temáticas, foi dito que, em Brasília, dificilmente haveria outro espaço senão o Parque da Cidade para realização da Conferência. Disse que, na visita aos locais, participaram equipe de engenheiros e arquitetos para analisar a infra-estrutura e esses apresentariam relatório técnico. A partir desse relatório seria possível analisar relatório da parte que competia ao Pleno. Sugeriu que os conselheiros da Comissão de Infra-Estrutura, que participaram da visita, apresentassem o seu parecer ao CNS. A respeito dos convidados, explicou que os internacionais e os Ministros de Estados foram convidados pelo Ministro da Saúde. Em relação aos demais, disse que o Comitê Executivo aguardava a relação para encaminhar os convites. Desse modo, perguntou que convidados internacionais ainda não tinham recebido o convite. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** informou que o segmento dos usuários, reunido no dia 8 de outubro, decidiu criar o Fórum de Usuários. Para conhecimento do Pleno, fez a leitura de comunicado ao CNS sobre a criação do Fórum e suas intenções e solicitou o apoio das entidades que compõem o CNS. Também disse que, na reunião, foi feito debate de carta aberta pelo fortalecimento da participação popular e do SUS e comunicou que seria disponibilizada a fim de que as entidades fizessem adesão ou não. Ressaltou que outra tarefa da reunião foi a definição de delegados e co-relatores das Plenárias Temáticas e, como proposição, foi definido que cada entidade de usuário deveria indicar três delegados e cada uma das dez entidades presentes ficaram com uma das dezoito vagas restantes (do total de vinte, pois as entidades indígenas foram contempladas com duas vagas). Assim, restavam oito vagas para serem negociadas entre as doze entidades que não estavam presentes. Em relação aos co-relatores, disse que foi destinada uma vaga para cada entidade que compõem o CNS e restaram seis vagas que foram negociadas (a relação seria disponibilizada à Comissão Organizadora). Sobre os coordenadores das Plenárias Temáticas, informou que não foram definidos nomes, mas foi decidido que cada entidade teria direito a indicar cinco nomes. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que o segmento dos usuários também deveria indicar um nome para substituir o Conselheiro **Arnaldo Marcolino** e outro para substituto eventual do Conselheiro **Marcelo Henrique**. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** disse que o segmento dos usuários se reuniria para indicar os dois nomes. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, cumprimentou o segmento dos usuários pela constituição do Fórum. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que, na 176ª Reunião Ordinária, o Pleno definiu a distribuição das cem vagas para convidados da seguinte forma: 26 representantes da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, 37 representantes do Ministério Público Estadual e Federal, 27 Secretários Executivos dos CES (assessoria às delegações) e doze indígenas. Além desses convidados, o Pleno aprovou a destinação de mais sessenta vagas, assim distribuídas: 45 para convidados internacionais; e quinze de indicação do Ministro da Saúde. Ademais, falou do interesse da OPAS em indicar países da América Latina com experiência similar ao CNS em relação ao Controle Social; da solicitação de participação de três representantes do Uruguai (um usuário, um trabalhador e um gestor), com custeio de hospedagem e alimentação; e da participação do cineasta Michael Moore.

Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou adendo para destacar que seriam disponibilizadas mais 48 vagas de convidados para cada uma das entidades titulares do CNS. Feitos esses esclarecimentos, foi aberta a palavra para considerações do Pleno. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** comentou a criação do Fórum de Usuários do CNS. Lembrou que, em 1990, na reorganização do CNS, eram cinco usuários de Patologias, portanto, a participação dos usuários no controle social estava profundamente comprometida com a história das patologias e das deficiências. Disse que a criação do Fórum de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Patologia foi resultado de longa e árdua trajetória de conquista de espaço. Nessa lógica, destacou que respeitava a criação do Fórum dos Usuários, mas entendia que deveria respeitar o caminho trilhado para construção conforme fez o Fórum de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Patologia. Feito esse registro, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, destacou que esse era um debate do segmento dos usuários e poderia ser continuado internamente. Na sequência, abriu a palavra para relato sobre a visita aos locais sugeridos para realização da Conferência. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** pontuou que nenhum dos dois locais era ideal para realização da 13ª Conferência, mas, diante dessas possibilidades, o pavilhão do Expo Brasília seria o mais apropriado. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** avaliou que os dois lugares eram desafiadores. No pavilhão do Expo Brasília, os desafios estavam relacionais a acústica, iluminação e ventilação. No Hotel Brasília, o desafio seria a montagem da estrutura na área externa e o fato de não ter sido realizado evento do porte de uma conferência de saúde no local. Conselheira **Marisa Fúria** informou que dificilmente seria possível alterar a lista de hotéis propostos, sendo necessária negociação com a empresa. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que, caso o Pleno referendasse a realização da Conferência na data prevista, tecnicamente, a empresa em questão não poderia ser desqualificada para saber da proposta da próxima. Além disso, ressaltou que o Pleno deveria considerar a questão do custo da Conferência, pois as próximas empresas apresentariam custo maior. Também destacou que a decisão sobre o local, a ser tomada, seria de responsabilidade de todos. Também ressaltou que o processo não estava atrasado, pois foi iniciado em 6 de junho de 2007. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, lembrou que, em Brasília, não havia muitos locais para realização de evento do porte da Conferência e que deveria haver preocupação acerca do custo. Conselheira **Maria Natividade Santana** recordou que o Termo de Referência, com especificações, foi objeto de análise da Comissão Organizadora e aprovado pelo Pleno no mês de maio. Na sequência, procedeu-se à elaboração do edital, no qual as empresas se pautariam para apresentação de propostas. Disse ainda que não seria possível saber com antecedência os espaços oferecidos pelas empresas seguintes. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu a realização da Conferência no Parque da Cidade, que era um dos maiores parques urbanos da América Latina e localizava-se próximo aos hotéis. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** manifestou o seu voto pelo Parque da Cidade. Em relação aos hotéis, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** colocou que o representante da empresa comunicou que não estavam listados todos os hotéis. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou em votação as duas alternativas para realização da 13ª CNS apresentadas pela empresa: 1) Parque da Cidade; e 2) Hotel Brasília. **A alternativa 1 (Parque da Cidade) foi aprovada, com a maioria dos votos. Três abstenções. O CNS firmou o compromisso de responsabilidade coletiva pelos destinos da 13ª Conferência, independente do local.** Continuando, Conselheiro **Clóvis Boufleur** prosseguiu com informes. Em relação aos convidados internacionais, reiterou que, das sessenta vagas extras, 45 destinam-se a países da América Latina e quinze a Organizações Internacionais (OPAS, OMS, entre outras). Disse que, na última reunião, a Comissão Organizadora foi informada que os convites estavam em elaboração e não tinham sido enviados. Diante disso, a Comissão decidiu que, no caso de as vagas não serem preenchidas até o dia 20 de outubro, as Conselheiras Graciara Matos e Lígia Bahia fariam sugestões de outros nomes ao Ministério da Saúde, a serem convidados na cota dos sessenta nomes. Conselheira **Clair Castilhos** perguntou se as entidades poderiam apresentar sugestão de convidado internacional. Como resposta, foi colocado que as sugestões poderiam ser encaminhadas, por e-mail, à Comissão Organizadora. Conselheira **Maria Natividade Santana** esclareceu que os convites internacionais deveriam seguir protocolos internacionais e que foi encaminhada lista de sugestões ao Ministro da Saúde, mas este tinha a prerrogativa de convidar os países com os quais o Brasil possuía relação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, encaminhou, para decisão do Pleno, a proposta: **garantir a participação, como convidados internacionais, de três representantes do Uruguai (um usuário, um trabalhador e um gestor) e do cineasta Michael Moore. A proposta foi aprovada.** Continuando, Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou manifestação sobre o pleito da Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde de custeio das despesas com hospedagem e deslocamento dos 26 coordenadores, pela organização da 13ª. Conselheira **Maria Natividade Santana** informou que a SGEP/MS poderia verificar a possibilidade de custear as despesas com hospedagem e deslocamento dos coordenadores da Plenária, para participar da Conferência, por meio de convênio com a OPAS.

Contudo, os coordenadores seriam hospedados em locais distintos dos delegados. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** lembrou que os coordenadores da Plenária constavam da lista de convidados, portanto, teriam direito à alimentação. **Sobre o pleito, encaminhou da seguinte maneira: o CNS não é contra o financiamento das despesas com hospedagem e deslocamento dos coordenadores da Plenária, mas dependerá da viabilidade econômica.** Na sequência, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** falou dos expositores para as três Mesas-Redondas da 13ª CNS, destacando que a Comissão Organizadora, conforme delegação do Pleno, definiu os expositores e encaminhou os seguintes convites: Eixo I – Patrus Ananias (não poderá comparecer); Embaixador Samuel Pinheiro Guimarães (não poderá comparecer); e Télia Negrão (confirmado); Eixo II - Sônia Maria Fleury Teixeira (confirmado); Ivanete Bosqueti (confirmado); e Roberto Gouveia Nascimento (confirmado); Eixo III – Helvécio Miranda (confirmado); Humberto Jacques (confirmado); e Mário César Scheffer (confirmado). Diante disso, explicou que o CNS deveria definir dois nomes para o Eixo I, um de indicação dos trabalhadores e um dos gestores e prestadores. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** indicou a Conselheira **Raquel Rigotto** para o Eixo I, pela sua contribuição ao processo. Conselheira **Maria Izabel da Silva** disse que o Fórum dos Usuários discutiu a questão e pleiteava a inclusão de mais um expositor em cada Mesa, de indicação pelo segmento dos usuários, a fim de contemplar a diversidade desse segmento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, lembrou que o Pleno discutiu a composição das Mesas à exaustão e decidiu que seria temerário contemplar quatro expositores em cada Mesa, porque comprometia o tempo de debate, seria cansativo para o Pleno e implicaria na diminuição do tempo de cada expositor. Nesse sentido, apelou aos usuários para que revissem a sua proposição. Conselheira **Maria Natividade Santana** informou que estava em negociação a indicação, por parte do governo, para o eixo I e o nome seria informado assim que definido. Conselheira **Maria Izabel da Silva** perguntou se os expositores tinham sido convidados ou apenas consultados. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** comunicou que os expositores foram contatados e confirmados. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** manifestou preocupação com a possibilidade de segmentar a Conferência, para contemplar pleitos. Conselheira **Maria Izabel da Silva** colocou que o segmento dos usuários desejava rediscutir os nomes de indicação desse segmento, porque não se sentia contemplado pelos expositores das Mesas II e III. Diante da informação de que os expositores haviam sido confirmados, o segmento desejava rediscutir os nomes. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** lembrou que, na última reunião, o Pleno delegou à Comissão Organizadora a definição dos expositores e o envio dos convites, a fim de que os expositores tivessem tempo para se preparar. Dessa forma, após longo debate, foi feita negociação dos nomes e chegou-se à composição apresentada. Ponderou que desconvidar as pessoas seria deselegante e complicado, assim, defendeu os nomes confirmados. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou o seu entendimento de que a Comissão Organizadora definiria os nomes, a partir das indicações do Pleno, e faria contato com as pessoas e a confirmação seria feita posteriormente, após a homologação do Pleno. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou que se pleiteava a inclusão de outros segmentos no Eixo III para reforçar que o principal instrumento de luta política eram os movimentos sociais no Controle Social. Assim, avaliou que não deveriam fazer parte da Mesa o representante do Ministério Público e o Sr. Helvécio Miranda, que poderia contribuir no Eixo II. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** lembrou que o Presidente do CONASEMS, Helvécio Miranda, foi indicado para o Eixo II, contudo, diante da vacância da vaga de indicação do gestor, apresentou a proposição do CONASS e do CONASEMS de contemplar o Presidente do CONASEMS do Eixo I. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** defendeu a participação do Procurador Humberto Jacques no Eixo III. Encaminhando, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** consultou o Pleno sobre as seguintes propostas: indicação da Conselheira Raquel Rigotto para a Mesa I; e inclusão do Presidente do CONASEMS Helvécio Miranda na Mesa I. Caso a proposta fosse aceita, deveria ser feita indicação, por parte do governo, de um nome para o Eixo III. Conselheira **Maria Natividade Santana** disse que não tinha autonomia para decidir sobre essa questão. Assim, sugeriu que CONASS e CONASEMS discutissem essa questão com o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa e o Ministro da Saúde. Conselheiro **Armando Raggio** disse que a proposta do CONASS e do CONASEMS visava responder à demanda do CNS, contudo, destacou que a questão poderia ser discutida com o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa. **Diante dessa consideração, acordou-se que a participação do Presidente do CONASEMS Helvécio Miranda na Mesa I, como indicação dos gestores, seria discutida com o Ministério da Saúde.** Conselheira **Clair Castilhos** perguntou como ficaria a composição do Eixo III. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que haveria vacância no Eixo III se houvesse acordo sobre a indicação do Presidente do CONASEMS para o Eixo I. Considerando que essa indicação seria discutida entre os gestores, perguntou se havia questionamento em relação aos demais expositores do Eixo III (Humberto Jacques e Mário César Scheffer). Conselheira **Clair Castilhos** fez a indicação do Presidente da CONTAG, Manuel José dos Santos, para o Eixo III, em substituição ao César Scheffer. Diante dessa proposição, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** ponderou sobre a possibilidade de, excepcionalmente na Mesa III, incluir

mais um expositor, para contemplar a demanda dos usuários. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que o segmento dos usuários tivesse tempo para discutir a indicação para o Eixo III e que fossem referendadas as demais indicações. Após considerações, o Presidente do CNS colocou em votação as propostas: **1)** que o segmento dos usuários se reunisse para chegar acordo acerca da indicação para o Eixo III; e **2)** que o segmento dos usuários definisse em Plenário a indicação para o Eixo III. **Foi vencedora a proposta 1.** Antes de suspender, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que teria se ausentar e solicitou que o Pleno definisse a questão do show e da solenidade de abertura. Feita essa solicitação, foi feito intervalo para que o segmento dos usuários se reunisse e tentasse chegar a acordo. Retomando, Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** apresentou a proposta dos usuários de garantir a participação de quatro expositores em cada Mesa-Redonda, dois de indicação dos usuários, um de indicação dos trabalhadores de saúde e um de indicação do gestor. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, informou que o Regimento Interno da 13ª CNS, aprovado pelo CNS, definia no Art. 5º a participação de três expositores e um debater em cada Mesa-Redonda. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** destacou que o Regimento Interno e o Regulamento definiam composição diferente para as Mesas-Redondas, o primeiro colocava a participação de três expositores e um debater em cada Mesa-Redonda e o segundo a participação de três expositores e um coordenador. Disse que essa questão foi debatida na última reunião da Comissão Organizadora e foi defendida a definição do Regimento Interno, conforme a discussão e definição do Pleno de que as Mesas seriam compostas por coordenador e não debatedor. Desse modo, a questão seria apresentada ao Pleno e seria feita errata no Regimento. Diante disso, salientou que também seria possível retificar a composição das Mesas, garantindo-se a participação de quatro expositores, sendo dois de indicação do segmento dos usuários. Após esclarecimentos, o Presidente do CNS colocou em votação as duas propostas em relação ao formato das Mesas-Redondas: **1)** Proposta original: três expositores e um coordenador; e **2) Nova proposta: quatro expositores (escolhidos paritariamente – dois usuários, um trabalhador e um representante do gestor - e um coordenador).** **Foi vencedora a proposta 2, que recebeu a maioria dos votos. Sete abstenções.** Diante dessa decisão, Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou a indicação dos nomes, pelo segmento dos usuários. **Os usuários indicarão mais um nome para o Eixo I e outro para o Eixo II. Para o Eixo III, foi feita a indicação do Presidente da CONTAG, Manuel José dos Santos.** Além disso, Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou que os segmentos indicassem os nomes para coordenação das mesas, conforme definido anteriormente: Mesa 1 – coordenação dos trabalhadores; Mesa 2 – coordenação dos gestores e prestadores de serviços; e Mesa 3 – coordenação dos usuários. Sobre a abertura da 13ª CNS, disse que foi proposta a banda “Olodum” para fazer o show. Na mesa de abertura, haveria, a princípio, cinco falas: Presidente da República; Presidente do Congresso Nacional; Presidenta do Supremo Tribunal Federal; Presidente do CNS; e um usuário. Além disso, salientou que, considerando que não foi definida a empresa, seria feita reserva na data do dia 14 de novembro, à noite, com as demais autoridades do Poder Executivo, para a solenidade de abertura. Comunicou, ainda, que na próxima reunião da Comissão Organizadora, seria destinado um período para avaliar as conferências estaduais. Sobre os stands, informou que não seriam individuais. Por fim, destacou que o CNS não poderia se posicionar, por exemplo, sobre as pastas da Conferência. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, destacou que poderiam ser indicados nomes para coordenação das Plenárias Temáticas, mas, a partir dos relatórios estaduais, se verificaria nomes para contribuir na coordenação. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou que as Plenárias Temáticas seriam compostas paritariamente, portanto, os coordenadores deveriam ser computados na distribuição das dez mesas plenárias. Explicou que essa distribuição seria feita a partir do dia 4 de novembro e propôs que os 48 conselheiros titulares fossem distribuídos nas dez Plenárias Temáticas, sendo dois conselheiros nacionais por Plenária Temática e dois conselheiros estaduais. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** explicou que cada entidade do segmento dos usuários indicaria cinco nomes para as Plenárias Temáticas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, sugeriu que a definição dos coordenadores aguardasse a chegada dos relatórios estaduais, a fim de possibilitar a verificação dos delegados. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** propôs que o fechamento das indicações dos coordenadores fosse feito até o dia 1º de novembro. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, falou da proposta de não realizar reunião do CNS em novembro, por conta da Conferência e perguntou se alguém defendia essa proposta. **Não houve defesa.** Portanto, apresentou a proposta de realizar a Reunião Ordinária na semana da 13ª CNS. Não houve acordo. **Após ponderações, o Pleno decidiu manter a data da 179ª RO (7 e 8 de novembro).** **Na seqüência, o Pleno apreciou e aprovou, por unanimidade, o texto da recomendação, elaborada pela COFIN, atendendo a solicitação do CNS, que recomenda à Presidência da Câmara que seja pautado para votação, em caráter de urgência pelos deputados federais, o PLC 01/03.** Conselheiro **Armando Raggio** solicitou que na mesa de abertura fosse feita saudação ou referência ao CONASS e CONASEMS. A proposta seria discutida na reunião da Comissão Organizadora. **Na seqüência, o Presidente do CNS colocou em apreciação a ata da 177ª Reunião**

1704 **Ordinária, que foi aprovada por unanimidade, considerando a retificação feita pela Conselheira**
1705 **Maria Izabel da Silva.** Além disso, Conselheira **Maria Izabel da Silva** colocou o seu nome à
1706 disposição para coordenar a mesa de apreciação da minuta de Regulamento da 13ª CNS. Também
1707 solicitou a autorização do Pleno para realização do Encontro das CISTS, nos dias 10 e 11 de
1708 dezembro de 2007, para inclusive definir ações conjuntas das CISTS estaduais e Nacional. Explicou
1709 que haveria apoio financeiro para realização do Encontro e se aguardava apenas a autorização do
1710 Pleno. **O Pleno aprovou a realização do encontro, na data proposta.** Por fim, o Presidente do CNS
1711 comunicou que a próxima reunião do CNS seria realizada no dia 18 de outubro de 2007. Além disso,
1712 registrou que não seria realizada reunião da Mesa Diretora no mês de novembro. **ENCERRAMENTO** –
1713 Nada mais havendo a tratar, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, agradeceu a
1714 presença de todos e encerrou os trabalhos da 178ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes:
1715 *Titulares:* **Artur Custódio M. de Souza, Ana Cristhina de Oliveira Brasil, Cândida Maria**
1716 **Bittencourt Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Clair Castilhos Coelho, Francisco Batista Júnior,**
1717 **Geraldo Adão Santos, Gysélle Saddi Tannous, João Donizeti Scaboli, José Cláudio Barriguelli,**
1718 **José Cláudio dos Santos, Jurema Pinto Werneck, Lérída Maria dos Santos Vieira, Luiz Augusto**
1719 **Facchini, Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Sílvia Fernanda Martins Casagrande,**
1720 **Valdirlei Castagna e Wander Geraldo da Silva.** *Suplentes:* **Alceu José Peixoto Pimentel,**
1721 **Alexandre Magno Lins Soares, Armando Martinho Bardou Raggio, Cleuza de Carvalho Miguel,**
1722 **Clóvis Adalberto Boufleur, Denise Torreão Corrêa da Silva, Francisco Mogadouro da Cunha,**
1723 **Geusa Dantas Lelis, Juarez Pires de Souza, Luciana Alves Pereira, Luiz Antônio de Sá, Luís**
1724 **Carlos Bolzan, Maria Emínia Ciliberti, Marisa Fúria Silva, Rildo Mendes, Ronald Ferreira dos**
1725 **Santos, Sérgio Metzger, Valdenir França e Walter Gomes de Souza.**