



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

10 **ATA DA CENTÉSIMA SEPTUAGÉSIMA OITAVA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO**
11 **NACIONAL DE SAÚDE – CNS**
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

ABERTURA – Aos nove e dez dias do mês de outubro de dois mil e sete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde *Omilton 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 seqüência, abriu a palavra à Coordenadora da CONEP/CNS, Conselheira **Gysélle 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 **Gysélle 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

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

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

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

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

362 **Conselheiro Geraldo Adão Santos; e Conselheiro Armando Raggio.** Definido esse ponto, a mesa
363 encerrou o trabalho da manhã do primeiro dia de reunião. Retomando as atividades, foi iniciada a
364 discussão do item 2 da pauta. **ITEM 2 – AÇÕES DA FUNASA NA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E**
365 **SANEAMENTO (continuação)** – Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** e Conselheiro **Valdenir**
366 **França** assumiram a coordenação dos trabalhos e convidaram para compor a mesa: **Danilo Fortes**,
367 Presidente da FUNASA; **José Antônio Ribeiro**, Coordenador-Geral de Saneamento/FUNASA; e
368 **Wanderley Guenka**, Diretor do Departamento de Saúde Indígena/FUNASA. Conselheira **Ruth Ribeiro**
369 **Bittencout** lembrou que a intenção era dar continuidade ao debate iniciado na última reunião do CNS
370 sobre as ações da FUNASA na atenção à saúde indígena e saneamento. Feita essa consideração,
371 abriu a palavra ao Presidente da FUNASA, **Danilo Fortes**, que, inicialmente manifestou a sua
372 satisfação em retornar ao Pleno para continuar a discussão sobre as ações da FUNASA. Informou que,
373 da última reunião até aquela, foi possível concluir a proposta do PAC FUNASA, faltando apenas a
374 aprovação, pela Casa Civil, da parte relativa à distribuição dos recursos do eixo 3 e ao saneamento
375 rural. Além disso, comunicou que a Sra. Rosa Castália acompanharia as reuniões do Conselho, em
376 nome da FUNASA, para fazer a interlocução entre o CNS e a Fundação e que a Dra. Lucimar, do
377 Departamento de Engenharia da FUNASA, participaria da CISAMA/CNS. Feitas essas considerações
378 iniciais, abriu a palavra ao Coordenador-Geral de Saneamento/FUNASA, **José Antônio Ribeiro**, para
379 apresentação do PAC FUNASA. O coordenador iniciou a sua fala explicando que o PAC FUNASA
380 possuía por diretrizes principais: atendimento de áreas de relevante interesse epidemiológico (Malária,
381 Doença de Chagas, Esquistossomose, Tracoma, Febre Tifóide, Dengue, Hepatite A); atendimento de
382 grupos sociais minoritários e estratégicos; melhoria da eficiência e da gestão dos serviços de
383 saneamento; otimização dos investimentos para obtenção de melhor relação custo x benefício;
384 fortalecimento dos dispositivos da Lei de Saneamento e de Consórcios Públicos; atendimento
385 prioritário para as áreas de maiores déficits proporcionais com serviços de saneamento; articulação
386 com outros programas do Governo Federal; e atendimento aos objetivos do Plano de Aceleração do
387 Crescimento – PAC. Destacou que o PAC FUNASA possuía por eixos de atuação: **I**) saneamento em
388 áreas especiais: população indígena e população residente em áreas remanescentes de quilombos; **II**)
389 saneamento em áreas de relevante interesse epidemiológico: municípios com alta incidência de
390 Malária; e municípios da área endêmica da Doença de Chagas; **III**) saneamento em municípios com
391 população total de até 50.000 habitantes: municípios com maiores taxas de mortalidade infantil;
392 municípios com potenciais riscos à saúde devido a fatores sanitários e ambientais; e municípios
393 localizados na bacia do Rio São Francisco; **IV**) saneamento rural: população rural dispersa e
394 localidades rurais com até 2.500 habitantes, independentemente da população total do município; e **V**)
395 ações complementares de saneamento: apoio ao controle da qualidade da água para consumo
396 humano e apoio a reciclagem de materiais. Na sequência, detalhou os eixos de atuação do Plano. A
397 respeito da população indígena, contextualizou que o País possuía 447.108 indígenas distribuídos em
398 3.739 aldeias, sendo 62% da população atendida com abastecimento de água, correspondendo a 34%
399 das aldeias (de maior porte). Desse modo, destacou as metas do saneamento em áreas indígenas, no
400 período de 2007-2010: elevar a cobertura com abastecimento de água de 34% para 70% aldeias;
401 elevar a cobertura com abastecimento de água da população atual residente em aldeias de 62% para
402 90%; e elevar a cobertura com solução adequada de dejetos de 30% para 50% das aldeias. Para
403 essas metas, seria feito investimento de R\$ 200.000.000,00, em quatro anos. Ressaltou que esses
404 recursos foram divididos por Unidades da Federação, sendo: Região Norte: R\$ 84 milhões; Região
405 Nordeste: R\$ 56 milhões; Região Centro-Oeste: R\$ 34 milhões; Região Sul: 16 milhões; e Região
406 Sudeste: R\$ 9 milhões. Ressaltou que a maioria dos recursos destinados para 2007 foi descentralizada
407 para as Coordenações Regionais da FUNASA, tendo sido aplicados R\$ 57,6 milhões. O Presidente da
408 FUNASA, **Danilo Fortes**, solicitou aparte para destacar que as prioridades da Fundação e os
409 investimentos para 2007 foram definidos a partir de duas reuniões com o Fórum dos Presidentes dos
410 CONDISIS. Continuando, o Coordenador-Geral de Saneamento/FUNASA falou das áreas
411 remanescentes de quilombos, destacando que o País possuía 1.170 comunidades certificadas, 83
412 tituladas e 483 em processo de titulação. Desse modo, destacou que o critério de seleção utilizado foi
413 comunidades remanescentes de quilombos certificadas pelo órgão competente (FCP). Destacou que
414 foram considerados como critérios de prioridades: comunidades integrantes do Pacote Cidadania da
415 SEPPIR/PR; comunidades integrantes dos territórios da cidadania do MDA; comunidades tituladas pelo
416 órgão competente (Incra – Decreto nº. 4.887/2003); comunidades em processo de titulação; e
417 comunidades com maior adensamento de famílias. Explicou que a meta para o período 2007-2010 era
418 implantar serviços de saneamento, abastecimento de água e solução adequada do destino de dejetos
419 em 380 comunidades remanescentes de quilombos, beneficiando 45.000 famílias, tendo sido
420 disponibilizados R\$ 170.000.000,00. Destacou que esses recursos foram distribuídos Unidades da
421 Federação e, em 2007 e 2008, seriam aplicados R\$ 63,1 milhões. Neste ponto, o Presidente da
422 FUNASA, **Danilo Fortes**, interveio para registrar que a priorização 2007/2008 foi definida em parceria

423 com a SEPPIR. Prosseguindo, o Coordenador-Geral de Saneamento/FUNASA detalhou o primeiro
424 componente do eixo saneamento em áreas de relevante interesse epidemiológico, que buscava
425 melhoria habitacional na área endêmica da Doença de Chagas. Disse que a intenção era atuar nos
426 602 municípios de alto risco e dezenas de municípios que representam transmissão da doença
427 localizados em Alagoas, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas
428 Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Sergipe e
429 Tocantins. Disse que a programação foi estabelecida com base em indicados epidemiológicos
430 fornecidos pela SVS/MS. Destacou que foi utilizado como critério de seleção municípios pertencentes
431 à área endêmica da doença de Chagas, com presença de vetor no intra ou peridomicílio e com
432 existência de habitações que favoreciam a colonização do vetor da doença. Para tanto, foram
433 considerados como critérios de prioridade: municípios contidos no Plano Estratégico de Melhoria da
434 Habitação Rural em áreas de resíduos do *Triatoma infestans* elaborado pela FUNASA e SVS, e
435 localizados nos Estados da Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul; municípios com histórico de
436 *Triatoma infestans* e classificados como de alto risco, conforme relação da SVS/MS e localizados nos
437 Estados da Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul; municípios com ocorrência recente de surto da
438 Doença de Chagas - informações SVS/MS; municípios indicados pelo inquérito nacional de
439 soroprevalência da Doença de Chagas - informações da SVS/MS; municípios classificados pela
440 epidemiologia como de alto risco de transmissão da doença de Chagas e localizados nos trinta
441 territórios da cidadania do Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA); e municípios classificados
442 pela epidemiologia como de alto risco de transmissão da doença de Chagas e que apresentam os
443 menores IDH. Explicou que a meta para o período 2007-2010 era implantar ações de restauração ou
444 de reconstrução em 35 mil moradias, beneficiando 622 municípios localizados na área de alto risco de
445 transmissão da doença Chagas e nas áreas de resíduos de transmissão por *Triatoma Infestans*
446 localizadas nos Estados da Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul (Plano *Triatoma Infestans* –
447 Ministério da Saúde), com 35 mil famílias beneficiadas. Para essa ação, seriam destinados R\$
448 280.000.000,00. Ainda em relação ao saneamento em áreas de relevante interesse epidemiológico,
449 falou da ação de manejo ambiental e drenagem urbana em Municípios com alta incidência de Malária.
450 Explicou que o País possuía 92 Municípios de alto risco da doença, mas, considerando a insuficiência
451 de recursos para atuar em todos, foram selecionados trinta. Para isso, foram adotados como critérios:
452 a) para inclusão de estados e municípios: Estados que concentraram 97% dos casos de Malária
453 registrados no Brasil: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia e Roraima; e Municípios: cinco
454 Municípios de cada Estado selecionado com maior registro de número absoluto de caso; b) critérios
455 para exclusão de municípios: levantamento dos índices entomológicos de densidade e atividade dos
456 anofelinos incriminados na transmissão de Malária na região em cuja drenagem está proposta. Além
457 disso, os criadouros passíveis de saneamento deviam em estar localizados a uma distância das
458 residências onde ocorre a transmissão da enfermidade compatível à capacidade de vôo do vetor.
459 Desse modo, salientou que a meta para 2007-2010 era implantar ações de manejo ambiental e de
460 drenagem urbana em trinta municípios selecionados pelo critério de maior número de casos absolutos
461 na área endêmica de malária, com base em informações epidemiológicas e entomológicas. Para essa
462 meta, foram alocados R\$ 120.000.000,00, distribuídos da seguinte forma: Acre: 18 milhões; Amazonas:
463 47 milhões; Rondônia: R\$ 20 milhões; Pará: R\$ 18 milhões; Amapá: R\$ 7,5 milhões; e Roraima: R\$ 8,5
464 milhões. Neste item, o Presidente da FUNASA, **Danilo Fortes**, registrou que nos trinta Municípios
465 priorizados estavam contemplados dois Municípios com maior volume de infectados por vetores
466 (Manaus e Porto Velho). Continuando, detalhou o eixo III - saneamento em municípios com população
467 total de até 50.000 habitantes. Ressaltou que, dos 5.507 Municípios brasileiros, 4.983 possuíam menos
468 de 50 mil habitantes, representando 90,5% e que a cobertura nesses Municípios estava abaixo da
469 meta nacional. Citou também dados populacionais e de cobertura dos serviços de saneamento.
470 Destacou, em relação aos Municípios com população total de até 50.000 habitantes (Censo IBGE -
471 2000): 90,5 % dos Municípios do País; 27,2% da População Urbana; 37,2% do déficit do País, em
472 termos de população urbana, de oferta de rede de distribuição de água; 44,8% do déficit do País, em
473 termos de população urbana, de solução adequada de esgotamento sanitário; e 53,3% do déficit do
474 País, em termos de população urbana, de oferta de coleta de resíduos sólidos urbanos. Ressaltou que
475 esse eixo possuía três componentes de prioridades: municípios com maiores taxas de mortalidade
476 infantil; municípios com potenciais riscos à saúde devido a fatores sanitários e ambientais selecionados
477 a partir das piores taxas de mortalidade infantil e municípios localizados na calha do rio São Francisco.
478 Para o componente, destacou que foram utilizados como critérios de seleção: 900 municípios
479 brasileiros com as maiores taxas de mortalidade infantil, média do triênio 2003-2005, conforme dados
480 fornecidos pela SVS/MS. Salientou que para esse componente seriam garantidos, ainda, a seleção de,
481 no mínimo, cinco Municípios por Estado, beneficiando os Estados que não obtiveram tal número no
482 critério nacional. Tais municípios seriam selecionados com base nas piores taxas de mortalidade
483 infantil do Estado, média do triênio 2003-2005. Assim, foram selecionados 905 Municípios com as

484 piores taxas de mortalidade infantil: 13 Municípios eleitos para complementar o critério de no mínimo
485 cinco municípios por Estado com as piores taxas de mortalidade infantil, totalizando 918 municípios
486 selecionados pelo critério de maiores taxas de mortalidade infantil. Em relação ao Componente 2 -
487 Municípios com potenciais riscos a saúde devido a fatores sanitários e ambientais selecionados a partir
488 das piores taxas de mortalidade infantil, destacou que foram utilizados os seguintes critérios de
489 seleção: Municípios que apresentem simultaneamente: **1)** Cobertura por rede de distribuição de água
490 inferior ou igual a 40% da população total (Censo – IBGE/2000); **2)** Cobertura com solução adequada
491 de esgotamento sanitário (fossa séptica e rede coletora) inferior ou igual a 30% da população total
492 (Censo 2000 – IBGE/2000); e **3)** Cobertura com coleta de resíduos sólidos inferior ou igual a 40% da
493 população total (Censo –IBGE/2000). Diante desses critérios, foram selecionados 338 Municípios com
494 os piores indicadores nacionais de cobertura por rede de distribuição de água, solução adequada de
495 esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos urbanos selecionados a partir das maiores taxas de
496 mortalidade infantil. A respeito do Componente 3, Municípios localizados na calha do rio São
497 Francisco, destacou que foi utilizado como critério de seleção municípios localizados na calha do Rio
498 São Francisco com população inferior a 50 mil habitantes e que não estivessem inseridos na ação do
499 Ministério da Integração Nacional, tendo sido selecionados vinte municípios. Ressaltou que, no
500 conjunto de municípios selecionados nos quatro componentes, 101 municípios pertenciam a Bacia do
501 Rio São Francisco (20% do total de municípios da bacia) e oitenta estavam fora da calha do rio.
502 Também detalhou aspectos gerais dos municípios selecionados: grande concentração de municípios
503 localizados nas áreas de fronteiras; 101 Municípios estão localizados na Bacia do Rio São Francisco;
504 133 Municípios estão localizados na Bacia do Rio Parnaíba; 376 Municípios estão localizados na
505 Região do Semi-árido; 125 Municípios das Bacias beneficiárias do Projeto de Integração de Bacias do
506 rio São Francisco (Bacias do Nordeste Setentrional); e 705 Municípios apresentam IDH menor que
507 0,65 (52,4%). Também detalhou as metas para o período 2007-2010: **1)** ampliar a oferta de rede de
508 distribuição de água em cerca de 1.200 municípios que apresentam elevado fator de risco à saúde
509 devido às condições sanitárias e ambientais, beneficiando cerca de 2,60 milhões de pessoas; **2)**
510 ampliar a oferta de rede coletora de esgoto, incluindo tratamento, em cerca de seiscentos municípios
511 com maior população urbana e adensamento populacional, beneficiando cerca de 2.25 milhões de
512 pessoas; **3)** ampliar a oferta de coleta de resíduos sólidos urbanos, incluindo tratamento e disposição
513 final adequados, em cerca de quinhentos municípios brasileiros, priorizando os municípios com maior
514 população e as soluções consorciadas, beneficiando uma população de 3,6 milhões de pessoas; e **4)**
515 implantar ações de saneamento domiciliar em 120.000 domicílios, beneficiado cerca de 500
516 municípios. Detalhou que, para essa ação, foram destinados R\$ 2.810.000.000,00, distribuídos da
517 seguinte forma: **1)** abastecimento de água: R\$ 810.000.000,00; **2)** esgotamento sanitário: R\$
518 1.500.000.000,00; **3)** resíduos sólidos urbanos: R\$ 160.000.000,00; e **4)** saneamento domiciliar: R\$
519 340.000.000,00. Destacou que, dos municípios com população total até 50.000 habitantes,
520 contemplados no componente mortalidade infantil, foram convocados 239 para assinatura do termo de
521 adesão e início ou elaboração dos projetos, com destinação de R\$ 861 milhões. Ressaltou que no
522 componente Município da Calha do Rio São Francisco seriam investidos R\$ 87 milhões. Em relação ao
523 eixo IV, Saneamento Rural, destacou as justificativas para definição das ações: elevado déficit de
524 saneamento na população rural; o País não conta com um Programa Nacional de Saneamento Rural; a
525 maioria dos Estados ainda não estruturou, de forma sistêmica e permanente, Programa Estadual de
526 Saneamento Rural; e atuação dos prestadores de serviços de abastecimento de água e esgotamento
527 sanitário focada na área urbana. Destacou que esse eixo possuía por premissas: envolvimento e
528 participação da comunidade no planejamento, na implantação das obras e serviços e na operação e
529 manutenção; estruturação de oficinas municipais de saneamento; fomento à formação de quadros
530 municipais (agentes municipais de saneamento); participação dos Estados e Municípios;
531 desenvolvimento de novos modelos de gestão; e fontes de recursos da União, Estados e Municípios.
532 Para tanto, foram utilizados como critérios: **a)** de seleção: população rural dispersa ou localidades
533 rurais com população até 2.500 habitantes; e **b)** de prioridades: Projetos de Assentamentos de
534 Reforma Agrária; Escolas Rurais; e Estados com programas estruturados de saneamento rural (Ceará,
535 Piauí, Bahia e Paraná). Ressaltou que as metas para o período de 2007 – 2010 eram: estruturar
536 Programa Nacional de Saneamento Rural em 2007; financiar ações em 2007 em cinco estados com
537 programas estruturados; e implementar, a partir de 2008, em parceria com Estados e Municípios,
538 ações de abastecimento de água e de solução adequada de esgotamento sanitário, beneficiando
539 75.000 famílias. Para tanto, seriam destinados R\$ 300.000.000,00. Na ação de água na escola,
540 destacou como critérios de elegibilidade: Municípios com IDEB baixo (menor ou igual a 3,6) - total de
541 1.019 municípios e que possuem escolas sem banheiro. A respeito do eixo V, Ações Complementares
542 de Saneamento, destacou a ação de apoio ao controle da qualidade da água para consumo humano,
543 que tem como objetivo implantar Laboratórios Regionais de Controle da Qualidade da Água e
544 Unidades Móveis de Controle da Qualidade da água para Consumo Humano. Ressaltou que, para

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

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

667 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
668 Coordenador-Geral de Saneamento/FUNASA, **José Antônio Ribeiro**, respondeu a esses últimos
669 encaminhamentos do Pleno. Concordou com a proposta de acompanhar oito municípios no
670 desenvolvimento das ações propostas pela Portaria. Comunicou, a propósito, que os municípios
671 listados na Portaria seriam convocados e outros seriam chamados, pois a intenção era ampliar de 239
672 para 918 Municípios. Disse que esses 918 Municípios, conforme os critérios seriam contemplados com
673 recursos do PAC-FUNASA. Por outro lado, não seria possível atender outros municípios (além dos
674 1.200), fora dos critérios estabelecidos, por conta do limite de recursos do Programa. Reconheceu que
675 a demanda era maior que o recurso disponível e, portanto, foram estabelecidas prioridades. Feitos
676 esses últimos esclarecimentos, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** agradeceu a presença dos
677 convidados e encerrou a discussão desse item. Na seqüência, foi iniciada a discussão do item 4 da
678 pauta. **ITEM 4 – PROCESSO ELEITORAL DA CONEP** – A mesa foi composta por: Conselheira
679 **Gysélle Saddi Tannous**, Coordenadora da CONEP/CNS; e Conselheiro **Artur Custódio de Souza**. A
680 Coordenadora da CONEP/CNS iniciou explicando que o processo de renovação da Comissão ocorria
681 em duas etapas, sendo renovada metade dos membros a cada dois anos, a fim de que não fosse
682 renovada totalmente de uma só vez. Portanto, naquele momento, o processo eleitoral visava à
683 renovação de quinze integrantes da CONEP/CNS, sendo eles: cinco de indicação do CNS: Dr. Willian
684 Saad Hossne – titular; Frei Anacleto Luiz Gapski - titular; Dra. Eliane Elisa – suplente; Pe. Christian de
685 Paul – suplente; e Dr. Pedro Rosalen – suplente; dois de indicação do Ministério da Saúde (DCIT/MS):
686 Dra Mônica Fragoso – titular; e Dra. Angélica Pontes – suplente; e oito sorteados pelo CNS: Dra. Sônia
687 Barros – titular; Dra. Nilza Diniz – titular; Dra. Iara Guerreiro – titular; Dr. Odilon Denardi – titular; Dr.
688 José A. Guimarães – suplente; Marcos Fábio Gadelha – suplente; José Tadeu Pinheiro – suplente; e
689 Vitângelo Plantamura – suplente. Em relação ao Dr. Willian Saad Hossne, informou que o mesmo
690 enviou carta ao Presidente do CNS agradecendo a sua reindicação, por parte do Conselho, para
691 continuar a compor a CONEP e declinando da referida indicação por motivos eminentemente pessoais.
692 Diante disso, sugeriu a indicação do ex-Conselheiro **Willian Sadd Hossne** como membro honorário do
693 Sistema de Ética na Pesquisa envolvendo seres humanos, pela contribuição ao Sistema e à CONEP.
694 **O Pleno aprovou a sugestão como uma salva de palmas.** Considerando que o Dr. Willian Sadd
695 Hossne não participaria do processo eleitoral, destacou que o nome dele foi retirado da lista de
696 concorrentes. Comunicou, ainda, que a Secretaria de Ciência e Tecnologia, em resposta ao
697 Memorando nº 543, de 21 de agosto de 2007, enviou ao CNS as seguintes indicações: Angélica
698 Rogério de Miranda, Biologia – titular; e Dirce de Guillen, Boticista – suplente. Conselheira **Graciara**
699 **Matos de Azevedo**, diante da impossibilidade de acatar a reivindicação do segmento dos
700 trabalhadores de participação na CONEP, pactuada em Plenário anteriormente, apelou para que fosse
701 feita modificação no Regimento Interno da Comissão a fim de que, no próximo processo eleitoral, o
702 segmento dos trabalhadores fosse contemplado, assim como já faziam parte da Comissão
703 representantes dos gestores e dos usuários. Em relação às duas vagas destinadas ao Ministério da
704 Saúde, tradicionalmente ocupadas por indicações do DCIT, sugeriu que fosse discutida entre os
705 gestores a possibilidade de uma delas (titular ou suplente) ser destinada à Secretaria de Gestão
706 Estratégica e Participativa, haja vista a relação da Comissão com essa Secretaria e a contribuição ao
707 Sistema CEP/CONEP e a outra continuasse sendo ocupada por indicação do DECIT. Conselheiro
708 **Artur Custódio de Souza** sugeriu que fosse feita apresentação, por parte da Coordenadora da
709 CONEP e, em seguida, houvesse rodada de intervenções para definir o processo de encaminhamento.
710 Definido esse ponto, se procederia a sugestões. A dinâmica de trabalho foi acatada pelo Pleno.
711 Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, Coordenadora da CONEP/CNS, apresentou as indicações do
712 Pleno. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que fosse verificada a situação de José
713 Tadeu Pinheiro, pois o nome dele constava da lista de substituições, mas ele não tinha assumido.
714 Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** informou que o Sr. José Tadeu Pinheiro foi indicado para compor
715 a Comissão e, apesar do envio do comunicado, não houve manifestação por parte dele. Conselheira
716 **Graciara Matos de Azevedo** disse que conversaria o Sr. José Tadeu Pinheiro para saber o que
717 houve. Continuando, Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** informou que foi elaborada lista (de 1 a
718 345) para o sorteio, com exclusão do nome do Dr. Willian Saad Hossne, que não participaria do
719 processo. Enquanto se preparava o sorteio, em Plenário, os conselheiros tiraram dúvidas sobre o
720 processo. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** sugeriu que, para garantir a diversidade na
721 composição da CONEP/CNS, a escolha fosse feita considerando a profissão como critério.
722 Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** informou que os CEPs não foram instados a indicar os nomes
723 por critério de profissão, portanto, não seria justo separar os nomes por esse critério. Desse modo,
724 sugeriu que o sorteio fosse feito aleatoriamente a partir das listas e, nas indicações, fossem incluídas
725 as áreas não contempladas, garantindo-se, assim, a diversidade da Comissão. Aproveitou a
726 oportunidade para comunicar que um GT, junto com o DATASUS, iniciou processo de reformulação do
727

728 Sistema de Informação do Sistema CEPs/CONEP e solicitou que os conselheiros enviassem
729 sugestões para melhoria do Sistema. Concluída a preparação, procedeu-se ao sorteio. **Foram**
730 **sorteados e, portanto, declarados eleitos: 1) Titulares: Denise Cardoso, Serviço Social, SC;**
731 **Érico Antônio Gomes de Arruda, Medicina, CE; Simone Cecílio Regalo, Odontologia, SP; e**
732 **Carlos Adriano Silvan dos Santos, Medicina, AL; 2) Suplentes: Olinto Antônio Pegoraro,**
733 **Filósofo, RJ; Marília Teixeira Berno, Nutrição, RO; Paulo Henrique Condeixa de França,**
734 **Engenharia Química, SC; e Rudney da Silva, Educação Física, SC.** Concluído o sorteio,
735 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou o Pleno que o Sr. José Tadeu Pinheiro não se
736 manifestou para assumir como integrante da Comissão, pelo prazo de dois meses, porque não
737 recebeu o comunicado da CONEP/CNS. Disse que seria necessário, inclusive, verificar se o endereço
738 dele estava correto. Além disso, salientou que o entendimento do Comitê ao qual pertencia era que ele
739 ainda estava investido do cargo, portanto, não houve a indicação do nome dele novamente. Diante
740 disso, perguntou qual seria o procedimento do Plenário. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** disse
741 que seria difícil considerar a indicação do Sr. José Tadeu Pinheiro, porque abriria precedente para
742 questionamentos. Em que pese essa colocação, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou
743 que o Sr. José Tadeu Pinheiro encaminharia documento ao CNS explicando o ocorrido e agradecendo
744 a deferência. **Sobre as indicações, o Pleno acatou a proposta do Conselheiro Artur Custódio de**
745 **Souza: constituir comissão para analisar a composição da CONEP, após o sorteio e organizar**
746 **os nomes, com análise de currículo, a fim de subsidiar o Pleno na indicação. Essa análise seria**
747 **apresentada no segundo dia de reunião, antes da votação. A cédula eleitoral seria elaborada.**
748 **Foram indicados para compor a Comissão: Artur Custódio de Souza; Cleuza de Carvalho**
749 **Miguel; e Graciara Matos de Azevedo.** Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do item seguinte
750 da pauta. **ITEM 5 – PARECERES DE ABERTURA DE NOVOS CURSOS NA ÁREA DA SAÚDE** – A
751 mesa foi composta por: Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH/CNS; **Ana Stela**
752 **Haddad**, Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS; Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**; e
753 Conselheiro **Artur Custódio de Souza**. Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da
754 CIRH/CNS, fez um breve resgate do processo de análise dos processos e elaboração dos pareceres,
755 por parte da Comissão. Explicou que, diante do grande volume de processos acumulados, a Comissão
756 decidiu criar força tarefa, que contou com apoio de consultores indicado pelo DEGES. Explicou que,
757 em dois dias, a força tarefa analisou e emitiu parecer para 27 processos e mais outros quatro
758 processos que estavam *sub judice*. Também informou que foi elaborado sistema de informações que
759 auxiliou na definição da metodologia de trabalho da CIRH/CNS. Disse que a intenção era apresentar
760 os pareceres em bloco para manifestação do Pleno. Por fim, registrou a distribuição do material para
761 análise e votação e comunicou que os 31 processos a serem analisados estavam à disposição para
762 consulta. Feitas essas considerações iniciais, a Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana**
763 **Stela Haddad**, fez um breve relato do trabalho da força tarefa e apresentou os 31 pareceres para
764 votação do Pleno. Explicou que nos dois dias de força tarefa foi possível analisar 27 dos 34 processos
765 do Sistema SAPIENS que aguardavam parecer do CNS. Ressaltou que esses 27 processos (21 de
766 Psicologia, dois de Odontologia e quatro de Medicina) referiam-se a autorização e reconhecimento.
767 Disse que a força tarefa contou com sistema, que possibilitou verificar o atendimento da Resolução nº.
768 350 e a necessidade social. Destacou que na análise dos processos verificou-se o projeto político
769 pedagógico do curso, plano de desenvolvimento institucional e relatório de avaliação do INEP. Disse
770 que o sistema considerou critérios da Resolução nº. 350 e, ao consultar os documentos, foi possível
771 verificar, a cada item, se atendiam esses critérios. Lembrou que o momento era de transição e muitos
772 processos do SAPIENS iniciaram a tramitação em período anterior à Resolução nº. 350, assim, em
773 muitos processos, não foi possível encontrar todas as informações desejadas em relação ao
774 atendimento dessa Resolução. Desse modo, salientou que a CIRH e o MEC estavam atentos e
775 sensíveis à incorporação de aspectos da Resolução nº. 350 no instrumento individual em
776 desenvolvimento para a área da saúde. Ressaltou que os pareceres foram padronizados a partir dos
777 seguintes dados: instituição, número ao processo, curso, tipo de pedido, local, contextualização do
778 curso, parecer final (favorável, favorável com recomendações, favorável com exigências e
779 desfavorável) e pareceristas. Detalhou que, no caso dos pareceres favoráveis com exigências,
780 procurou-se trabalhar de forma a atender questões levantadas pelo Pleno, a exemplo da definição de
781 prazos para responder às exigências. Salientou que, para esse primeiro momento, foi adotado o prazo
782 de um ano para atendimento das exigências, contudo, esse prazo poderia ser revisto. Enfatizou que a
783 metodologia para análise dos processos não estava pronta, devendo, portanto, ser analisada e
784 ajustada. Finalizando, sugeriu, como dinâmica para análise dos pareceres, a apreciação dos 27
785 pareceres relativos a processos do Sistema SAPIENS que aguardavam parecer do CNS e, na
786 seqüência, os quatro processos *sub judice*. Antes de apreciar os pareceres, Conselheira **Maria Helena**
787 **Machado**, coordenadora da CIRH/CNS, apresentou o sistema de informação, elaborado pelo DGERT,
788 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 destaque. Conselheira **Cândida Carvalheira** 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 seqüência, 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 buscava 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 SGEP 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. Concordou 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 seqüência, 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 Crissthina de Oliveira Brasil, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, 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 Boufleur, 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 Emínia Ciliberti, Maria Helena Machado, Maria Natividade G. S. T. Santana, Marília Coelho Cunha, Marisa Fúria Silva, Rildo Mendes, Rosane*

911 **Maria Nascimento da Silva, Ronald Ferreira dos Santos, Sérgio Metzger, Valdenir França e**
912 **Walter Gomes de Souza.** Iniciando os trabalhos do segundo dia de reunião, Conselheiro **Francisco**
913 **Batista Júnior**, Presidente do CNS, apresentou informe sobre questões importantes. Explicou que a
914 178^a RO quase foi inviabilizada devido à impossibilidade de emissão de passagens para quase metade
915 dos conselheiros em virtude da falta de prestação de contas de viagens anteriores. Ressaltou que foi
916 necessário dialogar com os responsáveis pela SGEP para viabilizar a emissão de passagens.
917 Destacou que essa situação vinha ocorrendo de forma regular e acordou-se que haveria maior rigor
918 acerca da prestação de contas. Exemplificou que realizava o seu *check in* pela internet, com
919 antecedência e entregava um dos cartões de embarque para prestação de contas e sugeriu que essa
920 dinâmica fosse adotada pelos conselheiros. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** disse que seria
921 necessário definir sistemática para que os conselheiros tivessem ciência de que a Secretaria-
922 Executiva recebeu os tickets de prestação de contas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**,
923 Presidente do CNS, disse que a confirmação do recebimento dos tickets poderia ser feita no
924 Informativo Eletrônico. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** propôs que, na vinda, fosse feita a
925 entrega do cartão de embarque, retirado antecipadamente pela internet e, na volta, fosse destacado
926 um funcionário para realizar o *check in* dos conselheiros. Conselheira **Denise Torreão da Silva**
927 endossou a proposta de indicar funcionário do CNS para realizar o *check in* dos conselheiros, pois não
928 se tinha acesso quando as passagens não eram compradas pelo CNS. Conselheiro **Francisco**
929 **Mogadouro da Cunha** discordou da proposição de indicar funcionário do CNS para realizar o *check in*
930 dos conselheiros, porque esse procedimento era de responsabilidade do conselheiro. Além disso,
931 salientou que, no caso da empresa Gol, era preciso senha para fazer o *check in*. Conselheiro **Flávio**
932 **Heleno Poppe** relatou que, por duas vezes, foi feito o pagamento de diária para ele mesmo tendo
933 avisado que não compareceria à reunião. Assim, para garantir a emissão de sua passagem teve que
934 fazer o pagamento no banco. Desse modo, solicitou maior atenção da Secretaria-Executiva nesse
935 aspecto. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** disse que seria necessária flexibilidade, inclusive em
936 relação à mudança do horário de passagens, por conta de atrasos de reuniões, lembrando que os
937 conselheiros não eram funcionários públicos, logo, não poderiam seguir as mesmas regras para esses
938 funcionários. Conselheira **Marisa Fúria** relatou também que, diante da mudança no fluxo aéreo de São
939 Paulo, tinha que pagar táxi e não havia reembolso dessa despesa. A Secretaria-Executiva do CNS,
940 **Eliane Aparecida da Cruz**, fez alguns esclarecimentos acerca da emissão de passagens. Explicou
941 que, desde abril de 2007, o CNS não dispunha de recursos para passagens dos conselheiros, assim, a
942 emissão estava sendo feita pela SVS e SGEP, sendo que cada uma possuía forma distinta de
943 prestação de contas. Também destacou que seria necessário retomar em outro momento a discussão
944 de outras questões como alteração de trecho, porque prejudicava a emissão de passagens. Lembrou
945 ainda que foi destacada funcionalidade para receber os tickets de prestação de contas e salientou que era
946 possível emitir confirmação de recebimento, conforme solicitado. Disse que também era possível
947 disponibilizar apoio para realizar o *check in* eletrônico. Comunicou que a Secretaria estava elaborando
948 perfil de cada conselheiro, o que auxiliaria inclusive na definição dos trechos de viagem. Sobre as
949 diárias, lembrou que, conforme deliberação do Pleno estava em elaboração proposta de aumentar o
950 valor. Conselheiro **Sérgio Metzger** propôs que fosse solicitada à empresa responsável pela emissão
951 de passagens a disponibilização de um funcionário para realizar o *check in* dos conselheiros.
952 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que a Secretaria-Executiva do CNS
953 verificaria a possibilidade de viabilizar essa proposta. Também sugeriu como saída, a realização do
954 *check in* pela internet, com antecedência e impressão de dois cartões de embarque a fim de possibilitar
955 a entrega de um deles para prestação de contas. Conselheira **Maria Natividade Santana** explicou que
956 a emissão de passagens dos conselheiros para a 178^a RO foi feita utilizando-se resíduos do Ministério
957 decorrente de cancelamento de passagens. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
958 **Cruz**, disse que, para as próximas reuniões, a Secretaria encaminharia os pedidos de passagens e,
959 em seguida, faria a confirmação. Explicou que, no período de dez dias, não seria possível garantir a
960 vinda do suplente, no caso de impossibilidade de participação do titular. Conselheiro **Francisco**
961 **Batista Júnior**, Presidente do CNS, explicou que a passagem somente poderia ser liberada se
962 comunicada com dez dias antecedência, mas, considerando que essa exigência dificultava a dinâmica
963 do CNS, estava em discussão alternativa com o Ministério da Saúde. A seguir, o Presidente do CNS
964 convidou para compor a mesa o Ministro da Saúde, **José Gomes Temporão** e a Secretaria-Executiva
965 do MS, **Márcia Bassit**. Antes de abrir a palavra ao Ministro, o Presidente do CNS informou que, no dia
966 anterior, foi realizada audiência pública na Comissão de Seguridade Social sobre a regulamentação da
967 Emenda Constitucional nº. 29. Disse que a mesa foi composta por representação do CNS, do
968 CONASS e do CONASEMS e foi feito amplo debate que resultou em encaminhamentos. Destacou que
969 a delegação de deputados comprometeu-se a discutir com o Presidente da Câmara dos Deputados a
970 possibilidade de pautar no Plenário da Câmara o PL do Deputado Roberto Gouveia e a procurar o
971 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 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

1033 saúde no sentido de que a proposta do governo seria manter os 12% para estados e 15% para
1034 municípios, manteríamos a regra atual para o governo federal, ou seja, correção do executado pela
1035 variação nominal do PIB e o governo federal colocaria recurso adicional vinculado ao conjunto de
1036 metas, diretrizes, políticas e propostas que fariam parte dessa nova proposta e caminharíamos no
1037 sentido de reconhecer a Resolução do CNS de 2003 como a base de acordo para definição do que são
1038 ações e serviços de saúde. Sobre essa questão, não há divergências dentro do governo; o governo
1039 aceita a Resolução do Conselho e é exatamente nesse momento que nós estamos discutindo no
1040 governo o que é esse recurso adicional, o que viria além do piso, o que executado no ano anterior
1041 corrigido pelo PIB, o que viria a mais para o Ministério da Saúde que se somaria evidentemente aos
1042 recursos que hoje deixam de entrar no setor pelo fato de alguns estados e municípios não cumprirem o
1043 que está na resolução do Conselho Nacional de Saúde, o que nós calculamos em R\$ 5,7 bilhões/ano.
1044 Isso significaria que nós teríamos outra conta, isso é importante chamar a atenção, porque nós temos
1045 no meio do caminho algumas dificuldades, por exemplo, estados que estão muito distantes dos 12%,
1046 tem estados colocando 5%. Como é que eu vou garantir que esse estado chegue aos 12%? Nós
1047 vamos exigir que esse recurso seja colocado de um ano para o outro? Vai se trabalhar algum tipo de
1048 gradualidade? Essas são questões que estão na mesa para que nós possamos trabalhar e construir.
1049 Eu gostaria, então, de rapidamente apresentar ao Conselho o conteúdo estratégico, político e
1050 conceitual do que está se chamando de PAC Saúde. Também não tem sentido está se discutindo aqui
1051 o nome, depois que a criança nascer se arruma um bom nome, batiza, sopra a vela e se faz toda a
1052 festa. Por enquanto, o que está aparecendo como nome é esse. Na realidade, ele tem como pano de
1053 fundo a Política Nacional de Saúde, as políticas e diretrizes do SUS e o Pacto pela Saúde assinado em
1054 2006, que orienta as relações interinstitucionais entre o governo federal, estados e municípios. É nesse
1055 contexto que essa proposta está sendo pensada e construída. Eu quero esclarecer para o Conselho
1056 que eu não vou apresentar nem metas físicas nem metas financeiras porque, como essa proposta está
1057 em construção no âmbito do governo, eu não tenho autorização do Presidente para divulgar nenhuma
1058 medida mensurável, porque nós estamos exatamente nesse momento discutindo à exaustão as
1059 dimensões. O que eu trago aqui é a visão geral, estratégica e política e, obviamente, a partir do
1060 momento que o Presidente Lula bater o martelo e dizer "o que o governo aprova para os próximos
1061 quatro anos é isto" imediatamente eu volto ao Conselho para trazer, na íntegra, essa proposta para
1062 que o Conselho possa se apropriar dos detalhes, possa discutir, refletir, aperfeiçoá-la, qualificá-la e
1063 ajudar o governo nesse esforço de melhoria da Política de Saúde. Então, o PAC Saúde está integrado
1064 ao Pacto pela Saúde e ao processo de planejamento estratégico do Ministério da Saúde e tem como
1065 grande referência os princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde. Ele possui uma lógica de
1066 integrar em uma visão estratégica um conjunto de políticas e de iniciativas que muitas vezes ficam
1067 fragmentadas e essa fragmentação é ruim porque não permite que a sociedade tenha clareza de qual
1068 é o caminho que o governo está propondo para o setor, tem uma iniciativa boa, uma política razoável
1069 acolá, sim, mas o que o governo quer do ponto de vista macro? Quais são as grandes ambições
1070 setoriais, quais são os grandes desafios do setor saúde, o que está se propondo do ponto de vista de
1071 intervenção sobre esses grandes problemas, que resultados se esperam? Essa é um pouco a idéia. Na
1072 realidade, exatamente o que o Presidente Lula está fazendo em todas as outras áreas, com o PAC da
1073 área econômica, da área da educação, da área de segurança, da área de cultura, da área da FUNASA,
1074 exatamente a mesma coisa. E, evidentemente, nós estamos acoplando essa discussão do PAC dentro
1075 do esforço de regulamentação da Emenda nº. 29, o que significa que essa proposta traz recursos
1076 adicionais para o financiamento setorial. Nós apresentamos uma primeira versão, no dia 19 de
1077 setembro, na Casa Civil, para o Ministério da Fazenda e para o Ministério do Planejamento, outro
1078 detalhamento foi apresentado no dia 4 de outubro e nós teremos próxima reunião no dia 17 de outubro
1079 para dar continuidade ao processo de detalhamento. Nessa primeira apresentação na Casa Civil, nós
1080 enfatizamos, isso é importante porque, muitas vezes, o próprio governo não se conhece, então, nós
1081 fizemos questão de mostrar detalhadamente o que é o Sistema Único de Saúde, o peso assistencial,
1082 as dimensões, a importância, os desafios, a complexidade, para que isso fique bastante claro se não
1083 fica uma discussão um pouco superficial de que o pessoal da saúde quer mais dinheiro e já tem
1084 dinheiro suficiente, fica uma discussão superficial, ela não chega; bem, o setor é isto: vejam a
1085 complexidade e o tamanho do desafio e agora o que nós fazer para esse desafio. Aí nós também
1086 discutimos esse conceito de saúde e desenvolvimento, e não como gasto, problemas críticos,
1087 perspectivas e eixos de intervenção. Toda essa discussão foi centrada nessa idéia da saúde como
1088 frente de expansão estratégica para a economia e para a política social, gera 8% do PIB, incorporando
1089 todos setores estratégicos do futuro (microeletrônica, biotecnologia, química fina, nanotecnologia,
1090 equipamentos). É o setor mais importante do gasto nacional com Ciência e Tecnologia, ou seja, 25%
1091 de tudo que o Brasil gasta em ciência e tecnologia é na área da saúde, responde por mais 10% dos
1092 postos formais de trabalho qualificado na economia do País como um todo, emprega 9 milhões de
1093 brasileiros em atividades de maior qualificação. Desses 9 milhões, três milhões são empregos diretos e

1094 seis milhões são empregos indiretos. Trazendo, portanto, essa visão de que a saúde tem que ser vista
1095 como fator de desenvolvimento e não apenas como gasto. Ou seja, a saúde como base de um modelo
1096 de desenvolvimento que pode aliar crescimento, inovação, eqüidade e inclusão social. Ou seja, essa
1097 dupla face da saúde, não só como política social de grande impacto na qualidade de vida mas também
1098 como fator de desenvolvimento, criação de riquezas, criação de conhecimento. As perspectivas da
1099 proposta são: reduzir as iniquidades, ampliar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a qualidade
1100 no atendimento; inserir a saúde na transformação do padrão de desenvolvimento proposto pelo
1101 Presidente Lula para esse segundo mandato; entender a saúde como fator essencial para o
1102 crescimento, desenvolvimento e eqüidade. As principais metas estruturantes são: ampliação da
1103 Atenção Básica. Nós todos sabemos que não há futuro para o SUS sem uma Atenção Básica de
1104 qualidade, talvez seja o nosso grande desafio, porque essa Atenção não pode se manter apenas em
1105 cima de uma ampliação de cobertura, a questão da resolutividade e da qualidade dessa rede básica é
1106 fundamental e crucial. Segundo: Atenção hospitalar de qualidade em todos os níveis para o conjunto
1107 da população; terceiro: intervir sobre Planos de Saúde (os quarenta milhões de brasileiro que hoje
1108 possui plano de saúde privado), garantir qualidade e direitos; Quarto: preparar o País para enfrentar as
1109 emergências em Saúde Pública – Gripe Aviária, por exemplo, e outras doenças infecto-contagiosas
1110 antigas e as emergentes; Quinto: Garantir a qualidade dos produtos e serviços consumidos pela
1111 população, ou seja, toda interface da vigilância em saúde também dentro dessa proposta. Também
1112 estão incluídas como metas estruturantes: redução do déficit comercial setorial anual – o número que
1113 nós estamos fechando para 2007 é muito mais preocupante do que o anterior, a balança setorial,
1114 comercial do setor saúde vai fechar o ano negativa, acima de U\$ 5 bilhões. Ou seja, nós estamos
1115 ampliando a dependência de tecnologia desenvolvida no exterior e o mais preocupante é que, quando
1116 nós analisamos de onde o Brasil está importando produtos, pode ser equipamentos, insumos,
1117 orçamentos, 30% dessa importação é de países com grau de desenvolvimento igual ao do Brasil ou
1118 inferior. Então, nós estamos criando emprego fora ao invés de criar emprego aqui dentro, por quê?
1119 Pela política econômica dos anos 90, principalmente, que destruiu a indústria química de base
1120 brasileira, farmoquímica, que faz com que estejamos importando hoje medicamentos prontos na caixa.
1121 Não é nem a matéria-prima, nós estamos importando R\$ 1 bilhão de remédios na caixa, em português,
1122 fabricado lá fora. Aumentar o PIB da Saúde. Isso significa ampliar a cobertura, emprego na área da
1123 saúde e produção. Gerar empregos diretos e indiretos e transformação profunda na gestão: eficiência
1124 e resultados para a população. Aí eu gostaria de chamar a atenção que nós temos um belo
1125 instrumento nas mãos que é o Pacto. Nós temos que trabalhar a partir do Pacto que definiu, pela
1126 primeira vez, metas nacionais em saúde pública, criou termo de compromisso de gestão entre entes.
1127 Nós temos que qualificar esse instrumento para que ele seja mais ágil no controle, mais transparente
1128 para sociedade e que ele possa definir, com clareza, atribuições e competências, metas, indicadores e
1129 um processo de monitoramento e acompanhamento. Aí temos os eixos de intervenção da proposta. O
1130 primeiro eixo é a promoção à saúde e ações intersetoriais. Nós temos que valorizar muito a saúde pela
1131 sua característica, tem essa natureza da intersetorialidade e, de outro lado, a promoção da saúde
1132 sempre foi vista com peso menor, quer dizer, nunca houve colocação em prioridade absoluta das
1133 iniciativas e das políticas ligadas à promoção da saúde. A idéia é que nós possamos dar um grande
1134 destaque a esse eixo. O segundo é o da atenção à saúde, incluindo assistência e vigilância. O terceiro,
1135 o complexo industrial e de inovação. O quarto é o conjunto de medidas para as pessoas que
1136 constroem o Sistema Único de Saúde, eu não gosto muito do termo "força de trabalho em saúde",
1137 enfim, somos nós e mais alguns milhões de brasileiros que todos os dias constroem o Sistema. É
1138 preciso uma política voltada para essas pessoas de qualificação, de condições de trabalho, de
1139 remuneração. A qualificação da gestão é a quinta dimensão. Acho que essa dimensão é muito
1140 importante, pois, se nós temos uma luta para solicitar recursos adicionais para saúde, nós temos que
1141 mostrar para a sociedade que o recurso que ela coloca a nosso dispor está sendo gasto com
1142 transparência, eficiência e qualidade. O sexto, uma série de medidas para participação e controle
1143 social, fortalecendo e qualificando o controle social. E o sétimo eixo: cooperação internacional. É uma
1144 demanda do Presidente da Lula que nós estreitemos as nossas relações e que o próprio Sistema
1145 Único de Saúde possa ajudar países em condições piores que o Brasil para qualificar e fortalecer o seu
1146 sistema. Um bom exemplo são as nossas relações; com Cuba, nós estamos lá para aprender; nesse
1147 momento, nós optamos por incorporar tecnologia e desenvolvimento em Cuba para produzir na
1148 FIOCRUZ o interferon e a eritropoetina. Mas no caso da África é o contrário, nós estamos, através da
1149 FIOCRUZ principalmente, levando conhecimento e ajudando Angola, Moçambique, Guiné Bissau,
1150 Cabo Verde a estruturar o instituto de saúde, a formar quadros para aquele País. Então, esses são os
1151 sete eixos que compõem a proposta. A idéia é que o PAC Saúde não seja mais uma iniciativa
1152 fragmentada. Exatamente o contrário, que ela desfragmente, que ela incorpore, que dê uma visão
1153 ampla, eu diria que praticamente tudo que tem haver do ponto de vista estratégico e político e de mais
1154 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 sindicados, 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

1216 resultados e com a qualidade dos serviços prestados. As diretrizes são: estabelecer novos modelos de
1217 gestão comprometidos com resultados nas unidades do SUS e induzir, pactuar e monitorar as relações
1218 entre o Governo Federal, os Estados e os Municípios. Aqui dentro estão, por exemplo, a proposta de
1219 fundação estatal, que o governo encaminhou ao Congresso, está a proposta de nós qualificarmos e
1220 melhorarmos o conteúdo de gestão do Pacto e também inovar em outras áreas. Por exemplo, a idéia
1221 de criar fundos setoriais que estimulem estados e municípios a atingir grau de desempenho mais
1222 qualificado, não no sentido de que os estados fiquem competindo entre si, mas estabelecer, para cada
1223 estado, uma referência, e à medida que esse Estado consegue ultrapassar o seu próprio desempenho
1224 possa receber algum tipo de bonificação, de gratificação que possa ser utilizada na melhoria salarial,
1225 na melhoria das condições de trabalho, dos serviços. O sexto eixo é o da Participação e Controle
1226 Social e o problema é a reduzida estrutura física e de recursos humanos para o exercício da
1227 Participação e do Controle Social sobre o SUS e suas unidades. Eu também diria que é uma
1228 necessidade a democratização do acesso à informação qualificada para que o Conselheiro possa
1229 exercer a sua função plenamente. E as diretrizes são: fortalecer a participação e o controle social
1230 sobre todas as instâncias e agentes do SUS, permitindo um melhor atendimento ao cidadão e
1231 fortalecer as Conferências e Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde. No fundo,
1232 fortalecendo e aperfeiçoando o trabalho que a Secretaria de Gestão Participativa vem fazendo junto
1233 com o Conselho Nacional, com CONASS, com CONASEMS e os Conselhos Estaduais e Municipais. E
1234 o sétimo eixo é o da Cooperação Internacional, com o seguinte problema: potencial da Saúde no
1235 âmbito das relações internacionais ainda é pouco explorado, existindo espaço para contribuir com as
1236 estratégias da Política Externa brasileira voltadas à cooperação. A diretriz geral é fortalecer a presença
1237 do Brasil no cenário internacional, estreitando as relações com o Ministério das Relações Exteriores,
1238 para o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul, em especial, do
1239 MERCOSUL, com os países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e outros países
1240 da África. Nossa foco seria principalmente MERCOSUL e a África, principalmente os países de Língua
1241 Portuguesa. Os próximos passos. Nós estamos trabalhando exatamente nisso, quais são os cenários
1242 possíveis de acordo para votarmos rapidamente no Congresso a regulamentação da EC 29, incluindo
1243 a participação do governo federal no financiamento. Segundo, estabelecer com clareza a relação entre
1244 PAC Saúde, Pacto, PPA e Plano Nacional de Saúde. E, por fim, nós vamos ter que trabalhar metas e
1245 indicadores para monitorar a execução dessa proposta. O próprio sucesso dessa proposta pressupõe
1246 o monitoramento adequado para que o Conselho possa acompanhar os conselhos estaduais e os
1247 municipais e a sociedade possa acompanhar. Bem, como vocês puderam perceber, eu mostrei em
1248 linhas gerais o esqueleto, mas não mostrei o recheio, porque esse recheio, que são as medidas
1249 práticas, metas e recursos financeiros que vão viabilizar a execução dessa proposta, está nesse
1250 momento e a expectativa é que o mais rápido possível nós possamos estar aqui apresentando a
1251 proposta que o Presidente está nesse momento apreciando e ainda é preciso a autorização dele para
1252 poder divulgar. Então, era essa a minha mensagem e falar da minha alegria e satisfação de estar aqui
1253 e aproveitar o ensejo para parabenizar o Conselho pelo dia de ontem, porque eu sei que vocês fizeram
1254 um grande esforço para avançar na apreciação de uma série de processos de cursos de formação
1255 para a área da saúde. Acho que no Brasil nós temos que ter coragem para sair um pouco de certa
1256 situação de anomia; quando nós fechamos a primeira faculdade de Medicina e que não forma coisa
1257 nenhuma, de péssima qualidade, no dia que fechamos a primeira, essa situação vai mudar
1258 radicalmente. Nós temos que ter coragem de colocar com clareza para sociedade: esta faculdade não
1259 pode continuar formando este tipo de profissional. Quando dermos esse passo, pode ter certeza, o
1260 quadro começará a mudar. Um abraço." Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS,
1261 agradeceu a presença do Ministro da Saúde e da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e
1262 destacou que certamente o Pleno teria contribuições à proposta, assim que esta fosse concluída e
1263 apresentada ao Pleno. Também fez a entrega de material da ABRALE ao Ministro. O Ministro da
1264 Saúde, **José Gomes Temporão**, manifestou-se nos seguintes termos: "Eu queria dizer que, muitas
1265 vezes, a agenda do Ministro é complicada demais e nem sempre eu tenho a disponibilidade de estar
1266 aqui. Mas eu faço inclusive um apelo ao Presidente: sempre que o Pleno considerar que há um
1267 assunto muito importante, que eu preciso estar presente, dirijam-se até o meu Gabinete e me tirem
1268 daquela rotina maluca que eu venho para cá." **Sobre a proposta do PAC Saúde, acordou-se como**
1269 **encaminhamento que as linhas gerais da proposta seriam levadas às entidades que compõem o**
1270 **Conselho para análise e apresentação de contribuições, quando o Plano fosse apresentado ao**
1271 **CNS.** Definido esse ponto, o Presidente do CNS informou que teria que se ausentar para atender a um
1272 jornalista. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** assumiu coordenação dos trabalhos e convidou a
1273 Conselheira **Gyselle Saddi Tannous**, Coordenadora da CONEP, para retomar o processo eleitoral da
1274 Comissão e definir os indicados do CNS. De início, o Conselheiro **Artur Custódio** apresentou a
1275 análise, feita pela Comissão constituída pelo Pleno, acerca da composição da CONEP (categoria
1276 profissional, concentração nos Estados e nas Regiões), para auxiliar no processo de indicação.

1277 Destacou que a composição explicitava concentração de integrantes em São Paulo, Santa Catarina e
1278 nas Regiões Sudeste e Sul. Disse ainda que a Comissão analisou os currículos dos indicados pelos
1279 conselheiros e observou concentração de nomes de São Paulo e Rio de Janeiro e na categoria
1280 médica. Por fim, apresentou a distribuição dos CEPs por Região, sendo: 300 na Sudeste; 91 na
1281 Nordeste; 33 na Centro-Oeste; e 38 na Norte. Para a escolha dos cinco nomes, sugeriu que cada
1282 conselheiro votasse em cinco dos nomes propostos. Também perguntou se os conselheiros desejavam
1283 fazer defesa dos nomes indicados. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** sugeriu que fosse aberta
1284 palavra para defesa dos nomes indicados e que o Pleno definisse critérios para indicação. Conselheira
1285 **Graciara Matos de Azevedo** propôs que não fosse feita defesa de nomes, mas sim a definição de
1286 critérios para indicação. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** defendeu como critério para indicação
1287 a qualificação. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** considerou que os nomes foram indicados por
1288 CEPs, portanto, a qualificação estava pré-determinada. Por outro lado, defendeu a descentralização da
1289 composição da CONEP, pois estava concentrada no eixo Rio de Janeiro e São Paulo. Conselheiro
1290 **Clóvis Boufleur** entendeu a preocupação sobre a necessidade de descentralização, mas considerou
1291 que o critério por diversidade regional, se adotado naquele momento, poderia prejudicar a indicação,
1292 no formato proposto. Conselheira **Maria Helena Machado** alertou que o Pleno deveria ficar atento para
1293 que a CONEP tivesse diversidade de áreas da produção científica, independente da categoria
1294 profissional. Por outro lado, avaliou que seria importante garantir a diversidade regional. Conselheira
1295 **Gysélle Saddi Tannous** destacou que a Resolução do CNS nº. 196 definia que a composição da
1296 CONEP teria composição multi e transdisciplinar, com pessoas de ambos os性os e deveria ser
1297 composta por treze membros titulares e seus suplentes, sendo cinco deles personalidades de
1298 destacada atuação no campo da ética na pesquisa e na saúde e oito personalidade com destacada
1299 atuação nos campos teológico, jurídico e outros, assegurando-se que, pelo menos um, fosse da área
1300 de gestão da saúde. Os membros seriam selecionados a partir das listas indicativas elaboradas pelas
1301 instituições que possuem CEPs registrados na CONEP, sendo que sete seriam escolhidos pelo CNS e
1302 seis por sorteio. A Comissão poderia contar também com membros consultores *ad hoc*. Lembrou que
1303 os dois teólogos da Comissão saíram e havia grande predominância de projetos da área da saúde,
1304 apesar de a CONEP analisar projetos de outras áreas como educação e assistência social.
1305 Conselheira **Maria Helena Machado** perguntou como se procederia a indicação, uma vez que o Pleno
1306 não tinha conhecimento dos currículos dos indicados pelos CEPs. Conselheiro **Artur Custódio de
1307 Souza** lembrou que as indicações dos conselheiros foram feitas com base nos currículos dos indicados
1308 pelos CEPs e pelo conhecimento que se tinha dos nomes. Conselheiro **Luís Augusto Facchini**
1309 considerou como critérios importantes para indicação: experiência prévia em pesquisa; e conhecimento
1310 sobre os tipos de pesquisa. Nesse sentido, disse que seria importante abrir a palavra para que os
1311 conselheiros estivessem esclarecidos e que a CONEP representasse o melhor perfil possível na
1312 avaliação de pesquisa no País. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** sugeriu que fosse aberta a
1313 palavra para que os conselheiros fizessem breve apresentação dos seus indicados. Conselheiro **Luís
1314 Augusto Facchini** sugeriu que fossem definidos critérios que permitissem melhor defesa e escolha
1315 dos nomes. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** reiterou que os critérios para indicação estavam
1316 definidos na Resolução do CNS nº. 196. Feita essa consideração, foi aberta a palavra para as defesas
1317 de nomes. Concluídas as defesas, procedeu-se ao processo de votação secreta. Cada conselheiro
1318 votou em cinco dos 27 nomes indicados, sendo eles: **1) Cláudio Teloken** – médico, RS; **2) Carlos
1319 Alberto Guimarães** – médico/pneumologista, RJ; **3) Adriana Netto Parentoni**; **4) Adriana Malheiro**; **5)**
1320 **Ana Maria Razaboni**; **6) Márcia Guimarães Villanova**; **7) Murilo Alexandre Carmona** – médico, SP; **8)**
1321 **Adriane Zacarias Nunes**; **9) Anna Luiza de Fátima Pinho Lina Gryscheck**; **10) Cláudia Regina Bonini
1322 Domingos**; **11) Décio dos Santos Pinto Júnior**; **12) Antônio Carlos Rodrigues da Cunha**; **13) Ana Maria
1323 Fernandes Pitta**; **14) Carmen Silvis Bertuzzo**; **15) Conceição Accetturi**; **16) Erasmo B. S. de Moraes
1324 Trindade**; **17) Arminda Saconi Messias** – química, engenharia ambiental, PE; **18) Maurício Seckler** -
1325 médico/clínico, RJ; **19) Luiz Henrique Costa**; **20) Marilena Cordeiro Dias Correia**; **21) Aníbal Gil Lopes**
1326 – médico/teólogo; **22) Marisa Palácios**; **23) Francineide Pereira da Silva Pena**; **24) Graciliano Ramos
1327 de Alencar**; **25) Vera Engracia Gama de Oliveira**; **26) Paulo Roberto H. de Oliveira Bastos**; e **27) Dirceu
1328 Bartolomeu Greco**. Concluída a votação, Conselheiro **Luís Carlos Bolzan**, em nome do CONASEMS,
1329 fez uso da palavra para registrar que os gestores eram comumente acusados, na maioria das vezes
1330 corretamente, de fazer contratações de forma política e o processo de eleição da CONEP dessa forma.
1331 Nesse sentido, disse que seria importante modificar esse método para as próximas eleições.
1332 Conselheiro **Artur Custódio de Souza** registrou a crítica, mas destacou que o processo eleitoral
1333 seguiu o disposto na Resolução do CNS nº. 196. **Como encaminhamento, propôs que as sugestões
1334 e críticas fossem encaminhadas à CONEP para que a Comissão reflita sobre o processo
1335 eleitoral e apresente posição ao CNS (mudança ou defesa desse processo)**. A sugestão foi
1336 acatada. Na seqüência, a mesa passou à apuração dos votos, em Plenário. **Concluída essa etapa,**
1337 **Conselheiro Artur Custódio de Souza declarou como eleitos os três mais votados: 1) Titulares:**

1338 **Dirceu Bartolomeu Greco, Medicina, MG – 22 votos; 2) Paulo Roberto H. de Oliveira Bastos,**
1339 **Farmácia, MS – 19 votos; Suplentes: 2) Vera Engracia Gama de Oliveira, Biologia/Geneticista –**
1340 **18 votos.** Em relação aos dois outros suplentes, informou que empataram com quinze votos: Aníbal
1341 Gil Lopes; Marisa Palácios; Francineide Pereira da Silva Pena; e Graciliano Ramos de Alencar. Diante
1342 desse resultado, o Pleno decidiu proceder à votação aberta dos quatro nomes. Cada conselheiro
1343 votaria em um nome. Assim, a mesa colocou em votação os quatro nomes, com o seguinte resultado:
1344 **Aníbal Gil Lopes - treze votos; Marisa Palácios – onze votos; Francineide Pereira da Silva Pena -**
1345 **cinco votos; e Graciliano Ramos de Alencar – um voto.** Em face desse resultado, foram
1346 declarados eleitos como suplentes: **Aníbal Gil Lopes, Medicina/Teologia, RJ; e Marisa Palácios,**
1347 **Medicina/Saúde Coletiva, RJ.** Concluído esse processo, Conselheiro **Artur Custódio de Souza**
1348 agradeceu a participação de todos e passou a coordenação dos trabalhos ao Presidente do CNS, que
1349 procedeu à discussão do item 8 da pauta. **ITEM 8 – 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -**
1350 **Informes da Comissão Organizadora** – A mesa foi composta por: Conselheiro **Armando Raggio**,
1351 Relator-Geral da 13ª CNS; Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Relator-Geral da 13ª CNS; e
1352 Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, Relatora-Geral da 13ª CNS. Conselheiro **Armando Raggio**
1353 apresentou demandas da relatoria que precisavam de definição do Pleno. A primeira delas referia-se à
1354 necessidade de indicação de um nome para substituir o Conselheiro **Armando Marcolino**, que não
1355 poderia participar da Comissão porque já fazia parte de relatoria estadual. Também submeteu à
1356 apreciação do Pleno a proposição da Relatoria de nova metodologia para apreciação das propostas
1357 nas Plenárias Temáticas, sendo: apresentação do relatório consolidado aos delegados para votação
1358 das propostas (favorável ou desfavorável) e possibilidade de apresentação de novas propostas de
1359 âmbito nacional e inéditas, após a apreciação do consolidado. Disse que essa proposta possibilitaria
1360 concluir a apreciação do relatório consolidado e revitalizaria a conferência nacional na perspectiva de
1361 novas proposições. Conselheiro **Clóvis Boufleur** manifestou apoio à proposta e sugeriu uma vez
1362 aprovada, que fosse incluída no Regulamento. Em relação à proposta inédita, sugeriu, no caso de
1363 receber mais de 70% dos votos, que fosse encaminhada à Plenária Final para votação. Para isso,
1364 propôs que fosse definido como teto dez propostas inéditas para cada Plenária Temática. Conselheiro
1365 **Luis Augusto Facchini** manifestou apoio à proposta, por entender que a etapa nacional, além de
1366 sistematizar as propostas estaduais, deveria ser propositiva e inovadora. Por outro lado, disse que
1367 seria importante dimensionar os tempos das Plenárias, a fim de possibilitar a apreciação do
1368 consolidado e a apreciação de novas propostas. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** registrou
1369 preocupação com o número de propostas das Plenárias Temáticas para a Plenária Final e, nessa
1370 linha, defendeu como teto mínimo 210 propostas e máximo, 270. Conselheiro **Francisco Batista**
1371 **Júnior**, Presidente do CNS, avaliou como positiva a proposta, mas levantou algumas preocupações no
1372 sentido de aperfeiçoá-la e evitar problemas. Destacou, por exemplo, que era preciso definição acerca
1373 do Regulamento que possibilitava a apresentação de destaques (de supressão e modificação).
1374 Também retomou e defendeu o posicionamento do Pleno de não permitir novas propostas na etapa
1375 nacional. Além disso, salientou que a coordenação deveria pactuar com as Plenárias Temáticas as
1376 propostas para as quais seriam admitidas defesas. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** registrou o seu
1377 apoio à nova dinâmica, por entender que enriqueceria o conteúdo da Conferência. No entanto, avaliou
1378 que deveria ser definido limite de novas propostas, a fim de não prejudicar as propostas dos Estados.
1379 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que, caso fosse permitida a
1380 apresentação de novas propostas, não seria viável delimitar número. Conselheira **Maria Izabel da**
1381 **Silva** também defendeu que não fosse permitida a apresentação de novas propostas. Na Plenária
1382 Final, disse que a dinâmica deveria ser: apresentação e votação das propostas do consolidado; e
1383 apreciação e votação de eventuais destaques. (No caso de haver mais de um destaque, os
1384 proponentes se reuniriam para chegar a acordo. Ao final da votação, seriam retomados os destaques).
1385 Ressaltou que essa dinâmica foi utilizada em Conferências com grande êxito. Conselheiro **Francisco**
1386 **Batista Júnior**, Presidente do CNS, destacou que a dinâmica da Plenária Final, citada pela
1387 Conselheira Maria Izabel, foi a utilizada nas últimas Conferências de Saúde e a experiência
1388 demonstrou que todas as propostas eram destacadas por várias pessoas e, em geral, não havia
1389 acordo. Conselheiro **Armando Raggio** avaliou que as perguntas reproduziam a complexidade com
1390 que a discussão ocorreu. Disse que a possibilidade de apresentar novas propostas atendia ao anseio
1391 do Pleno pela possibilidade de modificar e adicionar às propostas. Contudo, destacou que essa etapa
1392 ocorreria após a apreciação do relatório consolidado, sendo necessário definir prazos para cumprir as
1393 duas etapas. Ressaltou que, tanto na Plenária Temática, quanto na Plenária Final seria feito apelo para
1394 votação do relatório consolidado, para que a Conferência não se centrasse no debate de destaques.
1395 Informou, inclusive, que seria feito ensaio na véspera da Conferência com os relatores, mesários e co-
1396 relatores. Ressaltou que a dinâmica contribuiria para diminuir o número de destaques, pois as pessoas
1397 teriam a possibilidade de apresentar “novas” propostas. Ressaltou ainda que era possível modificar o
1398 Regulamento para contemplar essa dinâmica. Conselheira **Gysélle 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 pontuações 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 Relatoria 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

1460 Comitê Executivo. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** comunicou que o Fórum de Patologias
1461 indicou e disponibilizou dez nomes para co-relatores. Conselheiro **Armando Raggio** solicitou ao
1462 segmento dos usuários a indicação do nome para substituir o Conselheiro **Arnaldo Marcolino**, pois os
1463 onze relatores se reuniriam no dia 22 de outubro para definir metodologia de elaboração do relatório
1464 consolidado. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** pediu ainda que o segmento dos usuários
1465 indicasse nome para participar da próxima reunião da relatoria, na eventualidade de o Conselheiro
1466 Marcelo Henrique Batista não poder participar. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou que a proposta
1467 de texto para votação nas Plenárias Temáticas e na Plenária Final, a ser elaborada pela Comissão de
1468 Relatoria, teria que ser incluída na proposta de Regulamento da 13^a CNS. Diante da impossibilidade de
1469 aguardar a próxima reunião do CNS, solicitou a anuência do Pleno para que a Comissão Organizadora,
1470 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
1471 do relatório final para ser apresentado na próxima reunião. Não havendo manifestações, a
1472 proposta foi acatada. Definido esse ponto, a relatoria agradeceu e foi iniciada a discussão dos
1473 demais itens da Conferência. Conselheiro **Clóvis Boufleur** informou que a Comissão Organizadora,
1474 diante da preocupação com as dificuldades para definição do local da Conferência, agendou reunião
1475 com a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde para tratar da licitação. Explicou que, no dia
1476 anterior, foi realizada reunião de membros da Comissão Organizadora com o Comitê Executivo e, na
1477 ocasião, foi apresentada a proposta da 7^a empresa, que colocava duas opções de local: Expo Brasília
1478 e Hotel Brasília. Desse modo, uma equipe visitou os dois locais para avaliar as condições e trazer
1479 informações para subsidiar a definição do CNS. Além disso, destacou que seria necessário definir os
1480 convidados internacionais. Conselheira **Maria Natividade Santana** destacou que os conselheiros
1481 foram informados de todo o processo de escolha da empresa para realização da Conferência.
1482 Ressaltou que a licitação estava ocorrendo segundo a legislação em vigor e com o acompanhamento
1483 do TCU, da Procuradoria Geral da União e do DENASUS. Recordou ainda que, no momento que se
1484 decidiu pela realização de dez plenárias temáticas, foi dito que, em Brasília, dificilmente haveria outro
1485 espaço senão o Parque da Cidade para realização da Conferência. Disse que, na visita aos locais,
1486 participaram equipe de engenheiros e arquitetos para analisar a infra-estrutura e esses apresentariam
1487 relatório técnico. A partir desse relatório seria possível analisar relatório da parte que competia ao
1488 Pleno. Sugeriu que os conselheiros da Comissão de Infra-Estrutura, que participaram da visita,
1489 apresentassem o seu parecer ao CNS. A respeito dos convidados, explicou que os internacionais e os
1490 Ministros de Estados foram convidados pelo Ministro da Saúde. Em relação aos demais, disse que o
1491 Comitê Executivo aguardava a relação para encaminhar os convites. Desse modo, perguntou que
1492 convidados internacionais ainda não tinham recebido o convite. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz**
1493 informou que o segmento dos usuários, reunido no dia 8 de outubro, decidiu criar o Fórum de Usuários.
1494 Para conhecimento do Pleno, fez a leitura de comunicado ao CNS sobre a criação do Fórum e suas
1495 intenções e solicitou o apoio das entidades que compõem o CNS. Também disse que, na reunião, foi
1496 feito debate de carta aberta pelo fortalecimento da participação popular e do SUS e comunicou que
1497 seria disponibilizada a fim de que as entidades fizessem adesão ou não. Ressaltou que outra tarefa da
1498 reunião foi a definição de delegados e co-relatores das Plenárias Temáticas e, como proposição, foi
1499 definido que cada entidade de usuário deveria indicar três delegados e cada uma das dez entidades
1500 presentes ficaram com uma das dezoito vagas restantes (do total de vinte, pois as entidades indígenas
1501 foram contempladas com duas vagas). Assim, restavam oito vagas para serem negociadas entre as
1502 doze entidades que não estavam presentes. Em relação aos co-relatores, disse que foi destinada uma
1503 vaga para cada entidade que compõem o CNS e restaram seis vagas que foram negociadas (a relação
1504 seria disponibilizada à Comissão Organizadora). Sobre os coordenadores das Plenárias Temáticas,
1505 informou que não foram definidos nomes, mas foi decidido que cada entidade teria direito a indicar
1506 cinco nomes. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que o segmento dos
1507 usuários também deveria indicar um nome para substituir o Conselheiro **Arnaldo Marcolino** e outro
1508 para substituto eventual do Conselheiro **Marcelo Henrique**. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** disse que
1509 o segmento dos usuários se reuniria para indicar os dois nomes. Conselheiro **Francisco Batista**
1510 **Júnior**, Presidente do CNS, cumprimentou o segmento dos usuários pela constituição do Fórum. A
1511 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que, na 176^a Reunião Ordinária, o
1512 Pleno definiu a distribuição das cem vagas para convidados da seguinte forma: 26 representantes da
1513 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, 37 representantes do Ministério Público Estadual e Federal,
1514 27 Secretários Executivos dos CES (assessoria às delegações) e doze indígenas. Além desses
1515 convidados, o Pleno aprovou a destinação de mais sessenta vagas, assim distribuídas: 45 para
1516 convidados internacionais; e quinze de indicação do Ministro da Saúde. Ademais, falou do interesse da
1517 OPAS em indicar países da América Latina com experiência similar ao CNS em relação ao Controle
1518 Social; da solicitação de participação de três representantes do Uruguai (um usuário, um trabalhador e
1519 um gestor), com custeio de hospedagem e alimentação; e da participação do cineasta Michael Moore.
1520

1521 Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou adendo para destacar que seriam disponibilizadas mais 48
1522 vagas de convidados para cada uma das entidades titulares do CNS. Feitos esses esclarecimentos, foi
1523 aberta a palavra para considerações do Pleno. Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** comentou a
1524 criação do Fórum de Usuários do CNS. Lembrou que, em 1990, na reorganização do CNS, eram cinco
1525 usuários de Patologias, portanto, a participação dos usuários no controle social estava profundamente
1526 comprometida com a história das patologias e das deficiências. Disse que a criação do Fórum de
1527 Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Patologia foi resultado de longa e árdua trajetória
1528 de conquista de espaço. Nessa lógica, destacou que respeitava a criação do Fórum dos Usuários, mas
1529 entendia que deveria respeitar o caminho trilhado para construção conforme fez o Fórum de Defesa
1530 dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Patologia. Feito esse registro, Conselheiro **Francisco**
1531 **Batista Júnior**, Presidente do CNS, destacou que esse era um debate do segmento dos usuários e
1532 poderia ser continuado internamente. Na seqüência, abriu a palavra para relato sobre a visita aos
1533 locais sugeridos para realização da Conferência. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** pontuou
1534 que nenhum dos dois locais era ideal para realização da 13^a Conferência, mas, diante dessas
1535 possibilidades, o pavilhão do Expo Brasília seria o mais apropriado. Conselheira **Maria do Socorro de**
1536 **Souza** avaliou que os dois lugares eram desafiadores. No pavilhão do Expo Brasília, os desafios
1537 estavam relacionais a acústica, iluminação e ventilação. No Hotel Brasília, o desafio seria a montagem
1538 da estrutura na área externa e o fato de não ter sido realizado evento do porte de uma conferência de
1539 saúde no local. Conselheira **Marisa Fúria** informou que dificilmente seria possível alterar a lista de
1540 hotéis propostos, sendo necessária negociação com a empresa. Conselheira **Graciara Matos de**
1541 **Azevedo** disse que, caso o Pleno referendasse a realização da Conferência na data prevista,
1542 tecnicamente, a empresa em questão não poderia ser desqualificada para saber da proposta da
1543 próxima. Além disso, ressaltou que o Pleno deveria considerar a questão do custo da Conferência, pois
1544 as próximas empresas apresentariam custo maior. Também destacou que a decisão sobre o local, a
1545 ser tomada, seria de responsabilidade de todos. Também ressaltou que o processo não estava
1546 atrasado, pois foi iniciado em 6 de junho de 2007. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente
1547 do CNS, lembrou que, em Brasília, não havia muitos locais para realização de evento do porte da
1548 Conferência e que deveria haver preocupação acerca do custo. Conselheira **Maria Natividade**
1549 **Santana** recordou que o Termo de Referência, com especificações, foi objeto de análise da Comissão
1550 Organizadora e aprovado pelo Pleno no mês de maio. Na seqüência, procedeu-se à elaboração do
1551 edital, no qual as empresas se pautariam para apresentação de propostas. Disse ainda que não seria
1552 possível saber com antecedência os espaços oferecidos pelas empresas seguintes. Conselheiro
1553 **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu a realização da Conferência no Parque da Cidade, que era um
1554 dos maiores parques urbanos da América Latina e localizava-se próximo aos hotéis. Conselheira **Maria**
1555 **do Socorro de Souza** manifestou o seu voto pelo Parque da Cidade. Em relação aos hotéis,
1556 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** colocou que o representante da empresa comunicou que
1557 não estavam listados todos os hotéis. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS,
1558 colocou em votação as duas alternativas para realização da 13^a CNS apresentadas pela empresa: 1)
1559 Parque da Cidade; e 2) Hotel Brasília. A alternativa 1 (Parque da Cidade) foi aprovada, com a
1560 maioria dos votos. Três abstenções. O CNS firmou o compromisso de responsabilidade coletiva
1561 pelos destinos da 13^a Conferência, independente do local. Continuando, Conselheiro **Clóvis**
1562 **Boufleur** prosseguiu com informes. Em relação aos convidados internacionais, reiterou que, das
1563 sessenta vagas extras, 45 destinam-se a países da América Latina e quinze a Organizações
1564 Internacionais (OPAS, OMS, entre outras). Disse que, na última reunião, a Comissão Organizadora foi
1565 informada que os convites estavam em elaboração e não tinham sido enviados. Diante disso, a
1566 Comissão decidiu que, no caso de as vagas não serem preenchidas até o dia 20 de outubro, as
1567 Conselheiras Graciara Matos e Lígia Bahia fariam sugestões de outros nomes ao Ministério da Saúde,
1568 a serem convidados na cota dos sessenta nomes. Conselheira **Clair Castilhos** perguntou se as
1569 entidades poderiam apresentar sugestão de convidado internacional. Como resposta, foi colocado que
1570 as sugestões poderiam ser encaminhadas, por e-mail, à Comissão Organizadora. Conselheira **Maria**
1571 **Natividade Santana** esclareceu que os convites internacionais deveriam seguir protocolos
1572 internacionais e que foi encaminhada lista de sugestões ao Ministro da Saúde, mas este tinha a
1573 prerrogativa de convidar os países com os quais o Brasil possuía relação. Conselheiro **Francisco**
1574 **Batista Júnior**, Presidente do CNS, encaminhou, para decisão do Pleno, a proposta: garantir a
1575 participação, como convidados internacionais, de três representantes do Uruguai (um usuário,
1576 um trabalhador e um gestor) e do cineasta Michael Moore. A proposta foi aprovada.
1577 Continuando, Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou manifestação sobre o pleito da Coordenação da
1578 Plenária de Conselhos de Saúde de custeio das despesas com hospedagem e deslocamento dos 26
1579 coordenadores, pela organização da 13^a. Conselheira **Maria Natividade Santana** informou que a
1580 SGEP/MS poderia verificar a possibilidade de custear as despesas com hospedagem e deslocamento
1581 dos coordenadores da Plenária, para participar da Conferência, por meio de convênio com a OPAS.

1582 Contudo, os coordenadores seriam hospedados em locais distintos dos delegados. Conselheiro **Clóvis**
1583 **Boufleur** lembrou que os coordenadores da Plenária constavam da lista de convidados, portanto,
1584 teriam direito à alimentação. **Sobre o pleito, encaminhou da seguinte maneira: o CNS não é contra**
1585 **o financiamento das despesas com hospedagem e deslocamento dos coordenadores da**
1586 **Plenária, mas dependerá da viabilidade econômica.** Na sequência, Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1587 falou dos expositores para as três Mesas-Redondas da 13ª CNS, destacando que a Comissão
1588 Organizadora, conforme delegação do Pleno, definiu os expositores e encaminhou os seguintes
1589 convites: Eixo I – Patrus Ananias (não poderá comparecer); Embaixador Samuel Pinheiro Guimarães
1590 (não poderá comparecer); e Télia Negrão (confirmado); Eixo II - Sônia Maria Fleury Teixeira
1591 (confirmado); Ivanete Bosqueti (confirmado); e Roberto Gouveia Nascimento (confirmado); Eixo III –
1592 Helvécio Miranda (confirmado); Humberto Jacques (confirmado); e Mário César Scheffer (confirmado).
1593 Diante disso, explicou que o CNS deveria definir dois nomes para o Eixo I, um de indicação dos
1594 trabalhadores e um dos gestores e prestadores. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** indicou a
1595 Conselheira **Raquel Rigotto** para o Eixo I, pela sua contribuição ao processo. Conselheira **Maria**
1596 **Izabel da Silva** disse que o Fórum dos Usuários discutiu a questão e pleiteava a inclusão de mais um
1597 expositor em cada Mesa, de indicação pelo segmento dos usuários, a fim de contemplar a diversidade
1598 desse segmento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, lembrou que o Pleno
1599 discutiu a composição das Mesas à exaustão e decidiu que seria temerário contemplar quatro
1600 expositores em cada Mesa, porque comprometeria o tempo de debate, seria cansativo para o Pleno e
1601 implicaria na diminuição do tempo de cada expositor. Nesse sentido, apelou aos usuários para que
1602 revissem a sua proposição. Conselheira **Maria Natividade Santana** informou que estava em
1603 negociação a indicação, por parte do governo, para o eixo I e o nome seria informado assim que
1604 definido. Conselheira **Maria Izabel da Silva** perguntou se os expositores tinham sido convidados ou
1605 apenas consultados. Conselheiro **Clóvis Boufleur** comunicou que os expositores foram contatados e
1606 confirmados. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** manifestou preocupação com a possibilidade de
1607 segmentar a Conferência, para contemplar pleitos. Conselheira **Maria Izabel da Silva** colocou que o
1608 segmento dos usuários desejava rediscutir os nomes de indicação desse segmento, porque não se
1609 sentia contemplado pelos expositores das Mesas II e III. Diante da informação de que os expositores
1610 haviam sido confirmados, o segmento desejava rediscutir os nomes. Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1611 lembrou que, na última reunião, o Pleno delegou à Comissão Organizadora a definição dos expositores
1612 e o envio dos convites, a fim de que os expositores tivessem tempo para se preparar. Dessa forma,
1613 após longo debate, foi feita negociação dos nomes e chegou-se à composição apresentada. Ponderou
1614 que desconvocar as pessoas seria deselegante e complicado, assim, defendeu os nomes confirmados.
1615 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou o seu entendimento de que a
1616 Comissão Organizadora definiria os nomes, a partir das indicações do Pleno, e faria contato com as
1617 pessoas e a confirmação seria feita posteriormente, após a homologação do Pleno. Conselheira **Maria**
1618 **do Socorro de Souza** destacou que se pleiteava a inclusão de outros segmentos no Eixo III para
1619 reforçar que o principal instrumento de luta política eram os movimentos sociais no Controle Social.
1620 Assim, avaliou que não deveriam fazer parte da Mesa o representante do Ministério Público e o Sr.
1621 Helvécio Miranda, que poderia contribuir no Eixo II. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** lembrou que o
1622 Presidente do CONASEMS, Helvécio Miranda, foi indicado para o Eixo II, contudo, diante da vacância
1623 da vaga de indicação do gestor, apresentou a proposição do CONASS e do CONASEMS de
1624 contemplar o Presidente do CONASEMS do Eixo I. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**
1625 defendeu a participação do Procurador Humberto Jacques no Eixo III. Encaminhando, Conselheiro
1626 **Clóvis Boufleur** consultou o Pleno sobre as seguintes propostas: indicação da Conselheira Raquel
1627 Rigotto para a Mesa I; e inclusão do Presidente do CONASEMS Helvécio Miranda na Mesa I. Caso a
1628 proposta fosse aceita, deveria ser feita indicação, por parte do governo, de um nome para o Eixo III.
1629 Conselheira **Maria Natividade Santana** disse que não tinha autonomia para decidir sobre essa
1630 questão. Assim, sugeriu que CONASS e CONASEMS discutissem essa questão com o Secretário de
1631 Gestão Estratégica e Participativa e o Ministro da Saúde. Conselheiro **Armando Raggio** disse que a
1632 proposta do CONASS e do CONASEMS visava responder à demanda do CNS, contudo, destacou que
1633 a questão poderia ser discutida com o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa. **Diante dessa**
1634 **consideração, accordou-se que a participação do Presidente do CONASEMS Helvécio Miranda na**
1635 **Mesa I, como indicação dos gestores, seria discutida com o Ministério da Saúde.** Conselheira
1636 **Clair Castilhos** perguntou como ficaria a composição do Eixo III. Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1637 explicou que haveria vacância no Eixo III se houvesse acordo sobre a indicação do Presidente do
1638 CONASEMS para o Eixo I. Considerando que essa indicação seria discutida entre os gestores,
1639 perguntou se havia questionamento em relação aos demais expositores do Eixo III (Humberto Jacques
1640 e Mário César Scheffer). Conselheira **Clair Castilhos** fez a indicação do Presidente da CONTAG,
1641 Manuel José dos Santos, para o Eixo III, em substituição ao César Scheffer. Diante dessa proposição,
1642 Conselheiro **Clóvis Boufleur** ponderou sobre a possibilidade de, excepcionalmente na Mesa III, incluir

1643 mais um expositor, para contemplar a demanda dos usuários. Conselheira **Graciara Matos de**
1644 **Azevedo** solicitou que o segmento dos usuários tivesse tempo para discutir a indicação para o Eixo III
1645 e que fossem referendadas as demais indicações. Após considerações, o Presidente do CNS colocou
1646 em votação as propostas: **1)** que o segmento dos usuários se reunisse para chegar acordo acerca da
1647 indicação para o Eixo III; e **2)** que o segmento dos usuários definisse em Plenário a indicação para o
1648 Eixo III. **Foi vencedora a proposta 1.** Antes de suspender, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**
1649 disse que teria se ausentar e solicitou que o Pleno definisse a questão do show e da solenidade de
1650 abertura. Feita essa solicitação, foi feito intervalo para que o segmento dos usuários se reunisse e
1651 tentasse chegar a acordo. Retomando, Conselheiro **José Cláudio Barriguelli** apresentou a proposta
1652 dos usuários de garantir a participação de quatro expositores em cada Mesa-Redonda, dois de
1653 indicação dos usuários, um de indicação dos trabalhadores de saúde e um de indicação do gestor.
1654 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, informou que o Regimento Interno da 13^a
1655 CNS, aprovado pelo CNS, definia no Art. 5º a participação de três expositores e um debater em cada
1656 Mesa-Redonda. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** destacou que o Regimento Interno e o Regulamento
1657 definiam composição diferente para as Mesas-Redondas, o primeiro colocava a participação de três
1658 expositores e um debater em cada Mesa-Redonda e o segundo a participação de três expositores e
1659 um coordenador. Disse que essa questão foi debatida na última reunião da Comissão Organizadora e
1660 foi defendida a definição do Regimento Interno, conforme a discussão e definição do Pleno de que as
1661 Mesas seriam compostas por coordenador e não debatedor. Desse modo, a questão seria apresentada
1662 ao Pleno e seria feita errata no Regimento. Diante disso, salientou que também seria possível retificar
1663 a composição das Mesas, garantindo-se a participação de quatro expositores, sendo dois de indicação
1664 do segmento dos usuários. Após esclarecimentos, o Presidente do CNS colocou em votação as duas
1665 propostas em relação ao formato das Mesas-Redondas: **1)** Proposta original: três expositores e um
1666 coordenador; e **2) Nova proposta: quatro expositores (escolhidos paritariamente – dois usuários,**
1667 **um trabalhador e um representante do gestor - e um coordenador).** **Foi vencedora a proposta 2,**
1668 **que recebeu a maioria dos votos. Sete abstenções.** Diante dessa decisão, Conselheiro **Clóvis**
1669 **Boufleur** solicitou a indicação dos nomes, pelo segmento dos usuários. **Os usuários indicarão mais**
1670 **um nome para o Eixo I e outro para o Eixo II. Para o Eixo III, foi feita a indicação do Presidente**
1671 **da CONTAG, Manuel José dos Santos.** Além disso, Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou que os
1672 segmentos indicassem os nomes para coordenação das mesas, conforme definido anteriormente:
1673 Mesa 1 – coordenação dos trabalhadores; Mesa 2 – coordenação dos gestores e prestadores de
1674 serviços; e Mesa 3 – coordenação dos usuários. Sobre a abertura da 13^a CNS, disse que foi proposta
1675 a banda “Olodum” para fazer o show. Na mesa de abertura, haveria, a princípio, cinco falas: Presidente
1676 da República; Presidente do Congresso Nacional; Presidenta do Supremo Tribunal Federal; Presidente
1677 do CNS; e um usuário. Além disso, salientou que, considerando que não foi definida a empresa, seria
1678 feita reserva na data do dia 14 de novembro, à noite, com as demais autoridades do Poder Executivo,
1679 para a solenidade de abertura. Comunicou, ainda, que na próxima reunião da Comissão Organizadora,
1680 seria destinado um período para avaliar as conferências estaduais. Sobre os stands, informou que não
1681 seriam individuais. Por fim, destacou que o CNS não poderia se posicionar, por exemplo, sobre as
1682 pastas da Conferência. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, destacou que
1683 poderiam ser indicados nomes para coordenação das Plenárias Temáticas, mas, a partir dos relatórios
1684 estaduais, se verificaria nomes para contribuir na coordenação. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou
1685 que as Plenárias Temáticas seriam compostas paritariamente, portanto, os coordenadores deveriam
1686 ser computados na distribuição das dez mesas plenárias. Explicou que essa distribuição seria feita a
1687 partir do dia 4 de novembro e propôs que os 48 conselheiros titulares fossem distribuídos nas dez
1688 Plenárias Temáticas, sendo dois conselheiros nacionais por Plenária Temática e dois conselheiros
1689 estaduais. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** explicou que cada entidade do segmento dos usuários
1690 indicaria cinco nomes para as Plenárias Temáticas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente
1691 do CNS, sugeriu que a definição dos coordenadores aguardasse a chegada dos relatórios estaduais, a
1692 fim de possibilitar a verificação dos delegados. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** propôs que o
1693 fechamento das indicações dos coordenadores fosse feito até o dia 1º de novembro. Conselheiro
1694 **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, falou da proposta de não realizar reunião do CNS em
1695 novembro, por conta da Conferência e perguntou se alguém defendia essa proposta. **Não houve**
1696 **defesa.** Portanto, apresentou a proposta de realizar a Reunião Ordinária na semana da 13^a CNS. Não
1697 houve acordo. **Após ponderações, o Pleno decidiu manter a data da 179^a RO (7 e 8 de novembro).**
1698 **Na seqüência, o Pleno apreciou e aprovou, por unanimidade, o texto da recomendação,**
1699 **elaborada pela COFIN, atendendo a solicitação do CNS, que recomenda à Presidência da**
1700 **Câmara que seja pautado para votação, em caráter de urgência pelos deputados federais, o PLC**
1701 **01/03.** Conselheiro **Armando Raggio** solicitou que na mesa de abertura fosse feita saudação ou
1702 referência ao CONASS e CONASEMS. A proposta seria discutida na reunião da Comissão
1703 Organizadora. **Na seqüência, o Presidente do CNS colocou em apreciação a ata da 177^a 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, Lérida 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.*