



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos doze e treze do mês de março de dois mil e oito, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde *O Milton Visconde*, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Octogésima Terceira Reunião Ordinária do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando todos os presentes: conselheiros, convidados, observadores e equipe da SE/CNS. Também consultou o Plenário sobre a possibilidade de transmissão da reunião em tempo real e não foi manifestada discordância. Resolvido esse ponto, passou ao segundo item da pauta. **ITEM 2 – ABERTURA - Ministro de Estado da Saúde** – A mesa foi composta por: Sr. **José Gomes Temporão**, Ministro de Estado da Saúde; Sr. **José de Carvalho Noronha**, Secretário de Atenção à Saúde; Sra. **Márcia Bassit**, Secretária-Executiva do Ministério da Saúde; e Deputado Federal **Pepe Vargas**, do PT/RS. O Ministro da Saúde, **José Gomes Temporão**, manifestou-se nos seguintes termos: “Bom dia, eu quero cumprimentar a Secretaria-Executiva Márcia Bassit, o Presidente do Conselho, o Deputado Pepe Vargas, os conselheiros e conselheiras, demais técnicos e dirigentes do Ministério da Saúde aqui presentes. Vocês se lembram que numa das últimas vezes que aqui estive discutindo e fazendo apresentação do PAC da Saúde eu me comprometi a retornar aqui para uma apresentação específica do projeto de lei das fundações estatais. Todos se recordam de todo o processo de discussão aqui no Conselho, inclusive, a realização de um grande seminário em agosto do ano passado, onde vários modelos propostos e abordagens foram trazidos para discussão e me pareceu muito pertinente e adequado reintroduzirmos o debate sobre essa questão, porque eu estou convencido de que, para enfrentarmos com arsenal metodológico e institucional adequado, nós temos que aprofundar a nossa discussão sobre os modelos de gestão das organizações públicas. O deputado Pepe Vargas, sensibilizado pelo tema e envolvido com a questão, e a partir, inclusive, de um documento que teve origem aqui no Conselho, onde estabelece um conjunto de princípios que deveriam reger toda e qualquer estruturação de modelos alternativos. A partir dessa posição do Conselho, na Comissão onde o projeto de lei tramita foi aberta discussão e o deputado preparou substitutivo que, a meu ver, nos permite avançar bastante numa concepção moderna de gestão e que obedece ao que nós chamamos de “cláusulas pétreas” do Sistema Único de Saúde que é a questão do Controle Social, da equidade, da transparência, da descentralização, da universalidade. Então, a idéia é que possamos ouvir o deputado, eu não sei como seria a dinâmica, mas eu creio que os conselheiros queiram e possam se manifestar sobre o tema. Obrigado a todos.” Feitas essas considerações, foi aberta a palavra ao deputado para explanação. **ITEM 3 – PROJETO DE MODALIDADES DE GESTÃO** - O Deputado Pepe Vargas iniciou a sua fala com saudações a todos e agradecimentos pelo convite para participar da reunião. Antes de iniciar a apresentação do Projeto, apresentou-se ao Pleno, dizendo ser deputado federal de primeiro mandato, filiado ao Partido dos Trabalhadores. Antes de ser deputado, fora prefeito do município de Caxias do Sul, por oito anos, além de deputado estadual e vereador. No mais, falou da sua participação em instâncias de controle social e da sua formação em Medicina, com especialização em homeopatia. Em seguida, afirmou que a apresentação do substitutivo justificava-se também pela sua participação em instâncias de controle social. Feitas essas considerações iniciais, passou a apresentação do substitutivo, de sua autoria, o PLC nº 92, de 2007, que regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação das fundações instituídas pelo poder público e dá

outras providências. A sua explanação foi dividida em duas partes, a primeira sobre o SUS e a segunda acerca do substitutivo. Inicialmente, apontou, o que, na sua visão, seriam desafios para um sistema de saúde universalizado e humanizado: **1)** financiamento - EC nº 29/CPMF; **2)** modelo tecnoassistencial - uso intensivo de tecnologias duras X tecnologias leves/duras, hospitalocêntrico X Atenção Básica+Educação em Saúde+Rede Hierarquizada; Sistema Público+Privado Complementar X Privado+Público Comprador; **3)** modo de produção do cuidado em saúde - centrado na equipe multiprofissional X centrado no médico; vínculo+acolhimento+responsabilização x massificação+despersonalização; e formação profissional e educação continuada; **4)** gestão - administrativa, financeira, pessoal, formas jurídico-institucionais da Administração Pública. Destacou que a implantação do SUS, na prática, conviveu com a implantação do receituário neoliberal, portanto, o Sistema passou a ser resistência à idéia de Estado Mínimo, que propunha a privatização de empresas estatais, que vendia bens e serviços lucrativos e a transferência dos serviços sociais públicos a entidades privadas sem fins lucrativos. Para tanto, ocorreu a reforma neoliberal do Estado, com alterações na Constituição Federal e a legislação infraconstitucional, que possibilitou a criação das OS e OSCIPs. Ressaltou que, não por acaso, no período em que o pensamento neoliberal era hegemônico na condução do Estado Brasileiro o artigo o art. 37, XIX, da CF, porque trata de fundações públicas, instituídas pelo Estado. Também destacou que nesse período entrou em vigor a Lei de Responsabilidade Fiscal que apresenta dois aspectos, o primeiro, na sua avaliação positivo, refere-se à definição de limites ao endividamento irresponsável e, de outro lado, um aspecto que merece reflexão, porque diz respeito ao estabelecimento de limites para despesas de pessoal e, em decorrência, limites à universalização dos serviços sociais públicos. Desse modo, disse que há tempos se discutia, no Congresso Nacional, a idéia de Lei de Responsabilidade Social. Destacou que esse processo teve impactos no SUS, levando a privatização e terceirização, por meio de transferência de services de saúde para OS e OSCIP, cooperativas, filantrópicas, fundações de apoio das universidades e fundações privadas. Salientou que o movimento de privatização tornou-se imposição também a administrações que possuíam espírito republicano e de avanço dos serviços públicos, mas esbarraram em limites da lei. Além disso, destacou como impactos no SUS: precarização do trabalho: CLT sem concurso e sem estabilidade, contratos precários de trabalho; liberalidade administrativa: compras, contratação de pessoal, sem fiscalização dos órgãos de controle interno e externo; rotatividade e instabilidade das equipes: dificulta criação de vínculos com os usuários e a responsabilização da equipe; ausência de controle social; e burla do acesso universal. Diante desse cenário, avaliou que a fundação estatal podia ser alternativa à privatização do SUS, por se tratar de Entidade Pública, que integra a Administração Pública Indireta e de categoria jurídica com posição na estrutura do Estado similar à empresa estatal. Ressaltou que a empresa atua no mercado e objetiva lucro e a Fundação presta serviço social público, por meio de ação direta do Estado, portanto, não é terceirização. Também, destacou que havia diferenças em relação a regime tributário e responde às normas da Administração Pública, mas a contratação de pessoal era feita pela CLT. Nesse ponto, salientou que poderia haver questionamentos dizendo que a restauração do art. 39, da CF, impediria a contratação por CLT, mas havia pareceres diferentes sobre o tema e pareceres jurídicos afirmando que esse artigo referia-se à Administração Direta, Autarquias, Fundação de Direito Público, não contemplando a Fundação Pública de Direito Privado, que, inclusive, tratava-se de uma figura jurídica já existente nos entes subnacionais, sem regulamentação federal. Acrescentou que o STF manifestou-se sobre a matéria e colocou a possibilidade de criação dessa figura jurídica. Explicou que o PLP nº 92/2007 ensejou críticas, dentre elas, o fato de que, com apenas dois artigos, silencia sobre o Regime Administrativo da Fundação Estatal, sob argumento que já tem previsão em outros textos legais e que há exigência de lei específica para cada fundação que se vier a criar. Disse que esse silêncio levou a conjunto de temores, como: privatização, terceirização, precarização, mercantilização, continuidade da Reforma Neoliberal do Estado e multiplicidade de formas administrativas e não responde aos princípios do SUS. Portanto, disse que apresentou substitutivo de Plenário ao PLP 92/2007, em julho de 2007, com o seguinte teor: art. 1º Poderá, mediante lei específica, ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins

lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, nesse último caso, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado nas seguintes áreas: I- saúde; II- assistência social; III- cultura; IV- desporto; V- ciência e tecnologia; VI- meio ambiente; VII- previdência complementar do servidor público, de que trata o art.40, §§ 14 e 15 da Constituição Federal; VIII- Comunicação social; e IX- Promoção do turismo nacional. §1º- Para efeitos desta Lei Complementar, compreendem-se na área da saúde também os hospitais universitários federais. §2º- O Encaminhamento de projeto de lei para autorizar a instituição de hospital universitário federal sob a forma de fundação pública de direito privado deverá garantir suas atividades de ensino e pesquisa e será precedido de manifestação pelo respectivo conselho universitário. §3º- Para efeitos desta Lei Complementar, considera-se atividade estatal exclusiva de Estado aquela em que a lei, pela relevância e interesse público, determina que o Estado atue sem a presença concomitante da iniciativa privada na mesma atividade. (Conceito de Carreira Típica de Estado). Art. 2º - A fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado, que vier a ser instituída nos termos desta Lei Complementar, terá patrimônio e receitas próprias e autonomia gerencial, orçamentária e financeira. (poderá ter). §1º- A fundação estatal de direito privado estará sujeita às disposições legais referentes a licitação e contratos. §2º- A contratação de pessoal da fundação pública de direito privado será mediante aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos. §3º- A demissão de pessoal da fundação pública de direito privado deverá observar: I- Processo administrativo em que seja assegurada ampla defesa; II- Procedimento de avaliação periódica de desempenho, na forma da lei, assegurada ampla defesa. §4º- Enquanto não for editada lei que normatize o procedimento de avaliação periódica de desempenho, referido no parágrafo anterior, poderá ele ser instituído mediante ato administrativo aprovado pelo conselho curador da respectiva fundação. §5º- É facultado à fundação estatal de direito privado instituir, nos termos da lei, regime de previdência complementar. Art.3º - A fundação estatal ficará vinculada ao órgão em cuja área de competência estiver inserida a sua atividade, sujeitando-se à fiscalização do sistema de controle interno de cada Poder a ao controle externo. Parágrafo único: A fundação estatal de direito privado criada na qualidade de subsidiária de entidade de direito público integrante da administração pública indireta, vincular-se-á diretamente à entidade instituidora, sem prejuízo da supervisão do órgão da administração direta responsável pela área de competência em que estiver inserida a sua atividade. Art.4º - A fundação estatal de direito privado, mediante dispensa de licitação, celebrará contrato estatal de serviços com o Poder Público, que terá por objeto a prestação de serviços e a fixação de metas de desempenho para a entidade, cabendo à lei específica que autorizar a instituição da entidade dispor sobre os aspectos gerais da sistemática de avaliação de desempenho e os direitos, obrigações e responsabilidades dos dirigentes, sem prejuízo de outras condições que forem estabelecidas no contrato. §1º- A fundação estatal que tiver por finalidade a prestação de serviços públicos de caráter universal, em especial na área de saúde, não poderá prestar serviços ao setor privado, nem realizar cobranças diretas ou indiretas aos usuários. §2º- Excetua-se do disposto no parágrafo anterior a possibilidade de celebração de contrato ou termo de cooperação técnica na área de ensino e pesquisa, desde que tenham vinculação com a atividade fim da fundação. §3º- Os contratos e convênios que a fundação estatal firmar com entidades públicas que integram o sistema único de saúde deverão observar as regras de regionalização e comando único em cada esfera de governo. Art. 5º - A fundação estatal de direito privado não integrará o orçamento fiscal e de seguridade social dos entes federativos, sendo que o seu relacionamento com o Poder Público, no tocante à Lei Orçamentária Anual, dar-se-á, exclusivamente, sob a forma de prestação de serviços, com base em contratos, especialmente o contrato de ação estatal, conforme previsto no art.4º desta Lei. (LRF) Art. 6º - Na ausência de lei complementar de que trata o art. 165, §9º- da Constituição, a Lei de Diretrizes Orçamentárias disporá sobre a forma de apresentação do contrato estatal de serviços na Lei Orçamentária Anual e a organização das informações relativas a esses contratos assinados com o Poder Público, que deverão compor as informações complementares ao projeto de Lei Orçamentária Anual. Art. 7º - Aplica-se aos bens e rendas da fundação estatal de direito privado o disposto no art. 678 do Código de Processo Civil. Art.

8º - A lei que criar fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado, destinada à prestação de serviços públicos de caráter universal, garantirá a participação de representação de trabalhadores e usuários no seu sistema de governança, observados os princípios, diretrizes e normas previstas na legislação específica da sua área de atuação. Art. 9º - Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação. Também destacou que as recomendações do CNS, resultantes do Seminário, realizado pelo CNS, nos dias 6 e 7 de agosto de 2007, no que se refere ao modelo de gestão do SUS, estavam contempladas na proposta de substitutivo, sendo: **1)** seja estatal e fortaleça o papel do Estado na prestação de serviços de saúde; **2)** seja 100% SUS, com financiamento exclusivamente público e operando com uma única porta de entrada; **3)** assegure autonomia de gestão para a equipe dirigente dos serviços, acompanhada pela sua responsabilização pelo desempenho desses, com o aperfeiçoamento dos mecanismos de prestação de contas; **4)** assegure a autonomia dos gestores do SUS de cada esfera de governo em relação a gestão plena dos respectivos fundos de saúde e das redes de serviços; **5)** no qual a ocupação dos cargos diretivos ocorra segundo critérios técnicos, mediante o estabelecimento de exigências para o exercício dessas funções gerenciais; **6)** envolva o estabelecimento de um termo de relação entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços de saúde, no qual estejam fixados os compromissos e deveres entre essas partes, dando transparência sobre os valores financeiros transferidos e os objetivos e metas a serem alcançados, em termos da cobertura, da qualidade da atenção, da inovação organizacional e da integração no SUS, em conformidade com as diretrizes do Pacto de Gestão; **7)** empregue um modelo de financiamento global, que supere as limitações e distorções do pagamento por procedimento; **8)** aprofunde o processo de controle social do SUS no âmbito da gestão dos serviços de saúde; **9)** institua processos de gestão participativa nas instituições e serviços públicos de saúde; **10)** enfrente os dilemas das relações público-privado que incidem no financiamento, nas relações de trabalho, na organização, na gestão e na prestação de serviços de saúde; **11)** garanta a valorização do trabalho em saúde por meio da democratização das relações de trabalho de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação do SUS; e **12)** coadune-se com as demais políticas e iniciativas de fortalecimento do SUS. Também afirmou que a fundação estatal de direito privado poderia superar os limites da LRF, sendo possível ampliar o discurso da ampliação do acesso, dialogando com a correlação de forças existentes. Além disso, destacou que essa figura jurídica poderia ter agilidade administrativa, pois poderia ser feita a contratação de pessoal, com definição de regulamento próprio de Licitações, com sistema de registro de preços específico, autonomia administrativa, orçamentária e financeira. No mais, salientou que possibilita o estabelecimento de imunidade tributária, respeita princípios do SUS, constitui-se em instrumento para trazer serviços privados para a esfera pública, e o contrato estatal com metas, avaliação de desempenho, responsabilização facilitaria a transparência e o controle social. Disse que via o regimento jurídico público e a CLT como possibilidades de a Administração Pública universalizar acesso e direito da população. Encaminhando-se para o final da apresentação, colocou pontos para reflexão do Pleno. Afirmou que governar é um processo contraditório e conflitivo e cada um recebe segundo as possibilidades, com limites, e disse que havia distância entre a vontade de realizar e a impossibilidade de executar. Além disso, o Estado e suas carreiras não são um fim em si mesmo, pois o serviço público é o ponto de partida e o usuário o ponto de chegada. Também salientou que o SUS deve considerar a satisfação dos seus funcionários e dos seus usuários, mas precisa afirmar a primazia do usuário como razão de ser do sistema. Por fim, enfatizou que, para universalizar, é aceitável conviver com diferentes soluções administrativas, sem apego ao dogma da gestão burocrática, que apregoa a mesma solução para todas as jurisdições. Finalizada a apresentação, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, agradeceu o deputado e informou o Pleno que o Ministro da Saúde não poderia permanecer para o debate porque teria uma audiência com um governador de estado. **Diante disso, propôs como encaminhamento, sem prejuízo de esclarecimento de eventuais dúvidas: socializar o projeto, que deverá ser levado às entidades que compõem o CNS para debate aprofundado; realizar o segundo seminário do CNS sobre modalidades de gestão, até o início maio de 2008; e pautar o tema para deliberação na reunião de maio, para deliberação, a partir dos resultados dos debates.**

O Pleno acatou o encaminhamento. Antes da saída do Ministro da Saúde, Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou espaço para apresentação de posicionamento do segmento dos usuários. Com a anuência do Pleno, Conselheira **Rosângela da Silva Santos** fez a leitura da representação dos usuários no CNS sobre o cancelamento de registro sanitário de medicamento, que requer: que o Ministério da Saúde se pronuncie, em caráter de emergência, junto as meios de comunicação de massa e em cadeia nacional, sobre o cancelamento do medicamento Micofelato de Mofetila, esclarecendo como todos os usuários deste medicamento deverão fazer a substituição do mesmo; que todas as unidades procedam a notificação compulsória ao Ministério da Saúde e as instâncias do Controle Social (conselhos de saúde) sobre qualquer alteração bioquímica ou fisiológica, inclusive, provocada por interação do medicamento com alimentos, que possa a vir influenciar no quadro clínico e/ou fisiológico dos usuários do Micofenolato de Mofetila, bem como de associações medicamentosas durante o tratamento; que o Ministério da Saúde proceda a todas as medidas no sentido de que se efetue um acompanhamento estatístico de todos os usuários e medicamentos de transplantes, considerando os vários fatores que podem influenciar no quadro clínico e como medida de proteção e garantia da qualidade da saúde e de vida destes pacientes. Os resultados desse acompanhamento devem ser submetidos ao controle social; e que o Ministério da Saúde, em parceria com a ANVISA, normatize o fornecimento de uma cópia de todos os exames bioquímicos aos pacientes, na ocasião das consultas médicas de rotina e/ou de emergência, a fim de que possam acompanhar as eventuais alterações e também ter o Ministério, a Agência e as instâncias do controle social como canais de comunicação para esclarecimentos e de como agir em caso de dúvidas, contribuindo assim, para um monitoramento de todos os eventos que possam vir a ocorrer durante o tratamento. O Ministro de Estado da Saúde, **José Gomes Temporão**, manifestou-se nos seguintes termos: “Primeiro, eu queria chamar a atenção de que essa medida foi adotada para defender a saúde dos cidadãos à medida que o medicamento não comprovou sua bioequivalência, não restava outra medida à ANVISA. Outra questão é que o Sistema Único de Saúde tem que garantir a continuidade do tratamento com medicamento alternativo, de mesma eficácia. Essa é a questão central que me parece estar colocada aqui. É evidente que se a empresa fizer as modificações...*interrupção na gravação...*a ANVISA tomou uma decisão perfeita na defesa da saúde pública. Compete aos órgãos do Sistema Único de Saúde resolver o problema dos pacientes. Bem, se eu não posso tomar esse medicamento, tenho que tomar outro que me dê tranquilidade e segurança de que o transplante tenha sucesso e seja acompanhado adequadamente pelos médicos e pelos serviços. Existem outras demandas colocadas aqui que eu vou passar para minha equipe e eu me comprometo, na próxima reunião do CNS, manifestar-me sobre esses pontos colocados. Obrigado. Eu gostaria de desculpar-me, mas eu tenho que sair porque tem um governador me esperando, mas o deputado pode ficar mais um pouco e eu acho que alguns esclarecimentos podem ser feitos. O encaminhamento já está dado e eu agradeço a oportunidade, acho que é um debate extremamente importante e relevante. Considero que o substitutivo do deputado é muito consistente e merece uma reflexão e um cuidado na sua apreciação.” Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, declarou que o Ministro da Saúde concordava com a realização da conferência, a ser promovida pelo Fórum Social Mundial da Saúde, para discutir sistemas universais de saúde. Assim, sugeriu que fosse iniciado trabalho com as demais esferas de governo para viabilizar a atividade. O Ministro de Estado da Saúde, **José Gomes Temporão**, acrescentou as seguintes palavras: “E tem um dever de casa para todos os conselheiros: assistam ao filme SOS Saúde, do Michael Moore.” Antes de continuar a apreciação do substitutivo, o Presidente do CNS informou que o CNS foi convidado a participar de audiência pública no Senado Federal para discutir o arrazoado de legislação do SUS, assim, perguntou se alguém se dispunha a ir ao Senado representar o CNS na atividade. Não houve manifestações. Com a saída dos representantes do Ministério da Saúde, o Presidente do CNS convidou a Conselheira Maria Izabel da Silva para ajudar na coordenação e abriu a palavra para esclarecimentos sobre o substitutivo do Deputado **Pepe Vargas**, conforme o encaminhamento aprovado. Conselheira **Cândida Carneiro** solicitou esclarecimentos sobre o artigo 1º do substitutivo, expressando preocupação sobre entidades sem fim lucrativo. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** disse que a

gestão municipal enfrentava dificuldades em relação aos limites percentuais da Lei de Responsabilidade Fiscal para contratação. Destacou que o CONASEMS não sabia qual a melhor saída para resolver as dificuldades de dialogar com a demanda social para a saúde com a atual formatação da legislação. O Presidente solicitou que as próximas intervenções fossem na perspectiva de esclarecimentos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou por que a educação não foi incluída na regulamentação do artigo 37 e como os conselhos iriam exercer o controle social diante da autonomia e liberdade de ação das fundações. Conselheiro **Artur Custódio de Souza**, primeiro, agradeceu o apoio do Deputado ao MORHAN em prol da lei de indenização às pessoas segregadas. Disse que o MORHAN manifestou-se contrário ao PL apresentado pelo Executivo e favorável a ampliação do debate. Avaliou que, independente do mérito, o substitutivo representava um avanço, pois trazia o tema à discussão. Conselheiro **Alexandre Magno** quis saber do deputado qual a lógica técnica e política para exclusão da educação do substitutivo. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** perguntou ao deputado se a revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal não seria um mote mais adequado à situação. Também solicitou esclarecimentos sobre a origem do patrimônio e das receitas que integram o orçamento fiscal e se havia limite orçamentário de investimento para criação das fundações. Além disso, indagou como se daria a convivência, no âmbito da saúde, de profissionais de um mesmo serviço com regime de contratação diverso. Quis saber ainda o que se entendia por “sistema de governança” (artigo 8º) e sua relação com o Controle Social. Por fim, ressaltou que a sua entidade lutava para avançar nos dogmas do SUS, sendo um deles o rompimento com a terceirização. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** destacou os parágrafos 1º e 2º, do artigo 4º, para solicitar esclarecimentos sobre a exceção acerca da prestação de serviços ao setor privado e realização de cobranças diretas ou indiretas aos usuários. Após essa fala, o Deputado **Pepe Vargas** comentou esse primeiro bloco de intervenções. Primeiro, destacou que a redação do §1º, do artigo 4º estava confusa, mas o objetivo era vetar que a fundação pública se tornasse algo mercantil, impedindo, por exemplo, a reserva de parte dos seus leitos para vender serviços para os planos privados de saúde. Ressaltou que a questão do ensino e pesquisa foi excepcionalizada, porque existiam várias instituições de natureza jurídica privada que investiam em pesquisa. Diante disso, disse que seria necessário rever a redação do §2º, a fim de clarificá-la na lógica explicitada. Concordeu que o debate da matéria era importante, pois permitia esclarecer dúvidas, ainda que não fosse possível posição unânime em torno do tema. Enfatizou que não poderia responder a algumas indagações sob o risco de responder por outrem. Ainda assim, informou, a respeito da não inclusão da educação, que recebeu a informação de que o Ministério da Educação avaliou que a educação não deveria ser contemplada. Destacou que o termo “de direito privado” gerava confusão, com a interpretação de que a fundação seria privada, quando se trata de uma instituição de caráter público. Pessoalmente, disse que não era contrário a inclusão da educação no projeto, até como forma de viabilizar algumas universidades. Explicou que, no caso de ser criada, a fundação não teria que passar pela aprovação do Conselho Nacional de Assistência Social, porque este avaliava a criação de instituições não públicas. Reiterou que a fundação não poderia ter fim lucrativo, portanto, não poderia cobrar por seus serviços. Avaliou que os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal trazia limites à contratação, com isso, houve maior terceirização dos serviços. Ressaltou que isso ocorria em outras áreas, como a educação. Disse que havia vários projetos que dialogam com a idéia de uma lei de responsabilidade social, mas considerava difícil a votação dessa proposta, porque não havia correlação de forças no Colégio de Líderes que permitisse. Salientou que as fundações responderiam perante o gestor e o controle social no respectivo âmbito de atuação. Além disso, explicou que, no âmbito da fundação estatal, deveria ser garantida a participação dos usuários e dos trabalhadores da saúde e avaliou que o contrato estatal de prestação de serviços, ao definir recursos, metas, entre outros aspectos, facilitaria o controle social. Acrescentou ainda que o referido contrato definiria a receita das fundações estatais. Disse que se visava criar um instrumento que permitisse a contratação de pessoal, pelo setor público, sem terceirizar, para prestação de serviços de saúde. Por fim, explicou ainda que o orçamento da fundação seria repassado pelo poder público. Dando continuidade ao debate, foi aberta a palavra aos inscritos para o segundo bloco de intervenções. Conselheiro **Luís Augusto Facchini**

destacou a importância de o tema ter sido pautado no CNS, com a presença do deputado Pepe Vargas. Perguntou, no caso de uma fundação estadual que prestaria serviços a municípios, qual seria a subordinação em termos de gestão. Ressaltou ainda ser necessário detalhar a subordinação das fundações ao controle social e prever colegiado de gestão, com a participação da diretoria, além dos trabalhadores e usuários, no comando deliberativo no que se refere à ação. Conselheiro **Alceu José Pimentel** também enfatizou a importância do retorno do tema ao CNS, com debate democrático. Concordeu com o encaminhamento de realizar segundo seminário de gestão do SUS para aprofundar o debate de pontos importantes. Também solicitou esclarecimentos sobre o conselho administrativo, garantindo a participação de trabalhadores e usuários e avaliou que seria necessário garantir que o corpo diretor da fundação fosse composto por funcionários de carreira. Ressaltou também a necessidade de contemplar no Projeto um plano de cargos e carreiras e salários para essas instituições. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** concordou que era preciso enfrentar os problemas do SUS, mas a discussão da proposta de fundação estatal deveria considerar, além da relação de trabalho, outros pontos importantes, como orçamento, patrimônio, gerência e objetivo fim das fundações. Conselheira **Lígia Bahia** disse que as entidades não tiveram a oportunidade de realizar atividades intermediárias para discussão do modelo de gestão do SUS e considerou que seria necessário criar correlação de forças favorável para que o Projeto fosse um dos vetores de publicização do Sistema. Além disso, avaliou que os doze pontos definidos pelo CNS não foram contemplados no Projeto. Diante disso, convidou todos a participarem de reunião do Fórum da Reforma Sanitária, para debater, na forma de etapas intermediárias, o projeto em questão, no sentido de buscar posições convergentes. Conselheiro **Flávio Poppe** parabenizou o deputado pelo substitutivo, por entender que poderia significar uma saída para resolver os problemas da gestão pública dos hospitais. Nesse sentido, ressaltou a necessidade de aprofundar o debate do projeto, por meio de diversas atividades, e também, para aprimorá-lo. Conselheiro **Raimundo Sotero** fez uso da palavra para colocar questões a serem consideradas pelo Ministro da Saúde. Solicitou justificativas pela ausência da Conselheira Gysélle Tannous no seminário internacional (Latin American Clinical Trion), por falta de orçamento. Também informou o Pleno que a sua presença no GT da Secretaria de Saúde para discutir o acidente com Césio estava sendo dificultada. Comunicou que a FUNASA não compareceu à reunião com os representantes indígenas. Por fim, disse que não houve encaminhamento em relação ao protocolo clínico da Doença Celíaca. Conselheira **Silvia Casagrande** destacou o artigo 8º para reiterar o pedido de revisão da redação, de forma a explicitar a necessidade de controle social com caráter deliberativo. Conselheira **Maria Helena Machado** também reiterou a importância de discutir o tema e, no artigo 2º, enfatizou a importância de contemplar as diretrizes do PCCS/SUS. Conselheira **Fabíola de Aguiar Nunes** cumprimentou o deputado pela apresentação e a postura de promover um debate aberto com o CNS. Sobre o projeto, destacou o artigo 8º e sugeriu a seguinte redação: “assegurar que a fundação se submeterá aos mecanismos de controle social do SUS”. Além disso, salientou as dificuldades de gerir hospitais com os modelos disponíveis de gestão e ressaltou que seria necessário definir alternativas. Ressaltou ainda que a lei autoriza a criação de fundação, mas, para isso, cada hospital teria que apresentar projeto para tal. Também perguntou, no caso de aprovação da lei, se as fundações já instituídas teriam que se adequar aos dispositivos da legislação. Por fim, manifestou o seu apoio à idéia de lei de responsabilidade social, porque possibilitaria balanço entre responsabilidade social e fiscal. Conselheira **Maria Natividade Santana** destacou que a presença do deputado significava renovação da confiança nas instituições e no governo de garantir os direitos, em especial, dos usuários do SUS e louvou a iniciativa do Conselho em discutir o tema. Também citou o artigo 8º para salientar a necessidade de contemplar os princípios e diretrizes do SUS no ato de criação das fundações. Além disso, salientou que seria necessário promover debate sobre co-gestão, agregando a noção de gestão participativa. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, perguntou ao deputado a opinião dele sobre o avanço do processo de instituição de fundações nos estados, quando o substitutivo determinava que poderia ocorrer a partir de regulamentação constitucional. Concluído esse bloco, foi aberta a palavra ao deputado **Pepe Vargas** para as

respostas. Disse que a proposta foi lançada para debate, portanto, passível de ser aperfeiçoada e salientou, inclusive, como virtude o fato de a saúde ser o único setor a debater a tema. Ressaltou que as intervenções apontaram insuficiências, e, diante disso, destacou que havia duas alternativas, negação global do projeto ou aperfeiçoamento. Ressaltou que as contribuições eram bem-vindas, no sentido de aperfeiçoar o projeto, conforme os princípios do SUS. Sobre a possibilidade de conflito na gestão, na hipótese de entidade estadual, citou o caso da Bahia que possuía 70% dos trabalhadores precarizados, portando, seria uma estratégia para trazer essa questão a público. Ressaltou que poderia ocorrer conflitos, desse modo, era preciso antecipar e levantar alternativas para dirimi-los. No mais, o projeto apontava para preservar a regionalização. Reiterou que, além de problemas de gestão e financiamento, enfrentava-se dificuldades em relação ao modelo técnico assistencial e no modo de promoção do cuidado. Desse modo, essas duas questões precisavam ser discutidas. Avaliou que o fato de os gestores das fundações serem servidores públicos de carreira não era uma questão central, pois, na sua avaliação, o importante seria que fosse uma pessoa que tivesse relação com a área. Ressaltou que a fundação estatal não resolveria a questão do plano de cargos e carreiras e sim uma parte porque traria profissionais do setor privado para o público. Era preciso criar mecanismos que não permitissem a transferência de patrimônio e renda pública para o setor privado. Concordeu com a idéia de construir mecanismos intermediários de debate da matéria e verificar que pontos apontados pelo CNS não estão contemplados no substitutivo. A respeito do artigo 8º, disse que a intenção foi criar uma regra geral que garantisse efetivamente o controle social, contudo, se a redação não fosse ideal, poderia ser reformulada. Disse que fundações públicas de direito privado existiam há muitos anos e outras continuavam a ser criadas, portanto, seria necessária regulamentação. Enfatizou que seria importante criar um real conceito de desempenho no serviço público dentro de uma ótica de Controle Social a partir dos usuários, trabalhadores e gestores do SUS. Encerrando a sua fala, o deputado agradeceu o convite e colocou-se à disposição para debate no sentido de aperfeiçoar a proposta. Concluída a fala do deputado, outras pessoas demonstraram interesse em manifestar-se, contudo, devido ao adiantado da hora, acordou-se que seria aberta a palavra em outro momento. Desse modo, o Presidente do CNS agradeceu o deputado **Pepe Vargas** e fez algumas considerações finais. Avaliou que o debate acerca da saúde da população também era ideológico. Ressaltou que o CNS apresentaria, principalmente após a realização do próximo seminário, propostas para servir de alternativa do governo para o enfrentamento das dificuldades. Dando continuidade aos trabalhos, convidou o Presidente do CONASEMS, **Helvécio Miranda** e a Sra. **Beatriz**, representando o presidente do CONASS, para informe sobre as atividades em prol da regulamentação da EC nº 29. Explicou que a perspectiva era construir um discurso comum entre os três conselhos (CNS, CONASS e CONASEMS) sobre essa questão. Sra. **Beatriz**, representando o presidente do CONASS, Osmar Terra, disse que a sua ida visava propor articulação entre o CNS, o CONASS e o CONASEMS para que os três conselhos tivessem discurso comum na luta por mais recursos para saúde. Destacou que o orçamento 2008 não seria suficiente para cobrir o exercício do ano todo. Assim, além da luta pela regulamentação da EC nº 29, salientou que seria necessário buscar fonte de financiamento efetiva e permanente, considerando todas as alternativas. O Presidente do CONASEMS, **Helvécio Miranda**, informou que desde o início do ano o CONASEMS estava desenvolvendo articulação com o CNS, CONASS e outras entidades no sentido de acertar o discurso sobre as propostas orçamentárias 2007 e 2008. Ressaltou que o CONASEMS e o CONASS discutiam propostas sobre a regulamentação da EC nº 29 e estas seriam encaminhadas ao CNS para debate e contribuições. Comunicou que o Presidente do Senado Federal levou o tema ao Colégio de Líderes que decidiu levar a matéria à discussão do Plenário após a votação do Orçamento da Saúde 2008, que possivelmente ocorreria naquele dia (12 de março). Diante disso, salientou que deveria ser retomado o movimento de mobilização em prol da regulamentação da EC nº 29, independente do formato, com fonte sustentável e suficiente para o SUS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou em apreciação os seguintes encaminhamentos: solicitar ao CONASS e CONASEMS o envio dos estudos sobre financiamento ao CNS na perspectiva de definir defesa comum de regulamentação da EC nº

29; e definir formas de mobilização popular, por parte dos três conselhos (CNS, CONASS e CONASEMS), em prol da aprovação da Emenda. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou, na visão dos trabalhadores da saúde, as características da nova fonte de financiamento do SUS a ser definida: não impactar na carga tributária; exclusiva para a saúde; resgatar do caráter universalista do SUS. Por fim, cumprimentou o CONASS, o CONASEMS e o Ministério pela nota técnica sobre a assistência farmacêutica no País. **Conselheiro Francisco Batista Júnior, Presidente do CNS, propôs que os pontos colocados pelo Conselheiro Ronald dos Santos fossem discutidos durante a apresentação da COFIN. O Pleno acatou a proposta.** O Presidente agradeceu os convidados e encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Retomando, o Presidente do CNS passou de imediato, ao item 5 da pauta. **ITEM 5 – RECONHECIMENTO DE TÍTULOS DE MEDICINA EXPEDIDOS EM CUBA** – Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**, da Mesa Diretora do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou para compor a mesa: Sr. **Francisco Campos**, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS; Sr. **Ricardo Haesbaert**, da Associação Cultural José Martí; Sr. **Edson de Oliveira Andrade**, Presidente do Conselho Federal de Medicina. O representante da Associação Cultural José Martí, **Ricardo Haesbaert**, foi o primeiro a fazer uso da palavra. Iniciou a sua explanação cumprimentando todos os presentes em nome da Associação, criada há vinte anos para defender os feitos da revolução cubana. Esclareceu que, na sua apresentação, trataria da revalidação dos diplomas de brasileiros formados na Escola Latino Americana de Ciências Médicas (ELAM). Contextualizando, disse que a ELAM foi criada em 1999, após a passagem do furacão “Mich”, para oferecer cobertura de assistência à saúde para populações que estavam fora do sistema de saúde de vários países da América, inclusive dos Estados Unidos. Explicou que, no momento, cerca de seiscentos estudantes brasileiros cursavam Medicina na ELAM e os cursos tinham a duração de seis anos e meio. Ressaltou que, segundo o Presidente da Confederação Latino Americana de Medicina, os médicos formados em Cuba que retornavam a seus países tinham a tarefa de implantar e disseminar o sistema socialista nas famílias. Destacou que as universidades brasileiras negavam-se a fazer o estudo da equivalência curricular, portanto, os estudantes entravam com liminares para conseguir o registro provisório. Disse que os formandos que prestavam provas de associações médicas e eram aprovados, por vezes, eram impedidos de complementar os seus estudos por meio de residência. Salientou que o reconhecimento da formação passava pelo debate da construção do Sistema Único de Saúde, considerando que a ELAM se tratava de escola humanista que trabalhava com os conceitos da universalidade, igualdade e qualidade no atendimento. Nesse sentido, manifestou posição contrária à iniciativa dos conselhos de não reconhecer a formação dos profissionais. Por outro lado, informou que, em janeiro de 2006, o Presidente Lula encaminhou ao Congresso Nacional, no formato de Mensagem (nº 22/2007), o ajuste complementar ao acordo de cooperação cultural e educacional entre Brasil e Cuba. Ressaltou que foi aprovado na Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional, onde tramitou primeiro e a próxima etapa seria a aprovação nas comissões de Seguridade Social e Família e na de Constituição e Justiça. Avaliou que o acordo seria aprovado pelo Congresso Nacional, contudo, pontuou que havia questionamentos sobre a previsão de prova nacional para revalidação dos diplomas apenas dos estudantes formados em Cuba. Também apresentou alguns dados para subsidiar o debate. Disse que cerca de mil municípios brasileiros não possuíam médicos que residiam na cidade, causando instabilidade na relação de atendimento. Destacou que os profissionais formados em Cuba enfrentavam qualquer situação e desafio que era colocado, porque eram formados segundo o espírito humanista de atender as populações mais necessitadas, em que pese o SUS não ter sido criado para atender somente essa parcela. Além disso, salientou que a formação se dava em um país com uma das maiores expectativas de vida do mundo (Cuba é o quinto país do mundo em longevidade) e com baixo índice de mortalidade infantil (5,3/mil nascidos). Explicou que o processo de revolução impulsionou o investimento na educação em Cuba e o país possuía 70 mil médicos durante esse período da revolução que durou cinquenta anos. Por fim, comunicou que naquele dia mais cem brasileiros estavam indo a Cuba para cursar Medicina, sendo três deles selecionados pela Associação Cultural José Martí, conforme critérios definidos. Na

seqüência, usou da palavra o Presidente do Conselho Federal de Medicina, **Edson de Oliveira Andrade**, para apresentar a visão dessa entidade, da Associação Médica e da Federação Nacional dos Médicos sobre a revalidação de títulos de Medicina expedidos em outros países. Para contextualizar, apresentou um panorama da situação de estudantes brasileiros no exterior, sendo: oito mil estudantes na Bolívia; dois mil no Peru; quase dois mil na Argentina; e seiscentos em Cuba. No mais, destacou que o Brasil formava, em média, 14 mil médicos por ano e 330 mil médicos estavam em atividade no País. Diante desse cenário, salientou que o CFM, há sete anos, reiteradamente, solicitava a definição de condições para receber os estudantes formados em outros países. Destacou que, concomitante a esse processo de migração para formação em outros países, o Brasil possuía o maior índice de abertura de escolas médicas do mundo. Explicou que o processo de revalidação de diplomas no Brasil era feito com base em duas Resoluções do Conselho Nacional de Educação que, na sua avaliação, eram extremamente confusas. Em face dessa situação, disse que as entidades médicas há sete anos propuseram a criação um local para coordenar, em nível nacional, o processo de revalidação de diplomas com base nas Diretrizes do Ensino Brasileiro. Ressaltou que era preciso verificar se os conteúdos eram superpostos e verificar se o conteúdo programático foi aproveitado. Disse que a partir da compatibilidade docente, deveriam esses profissionais ser avaliados do ponto de vista do conhecimento adquirido na formalidade teórica e prática. Enfatizou que os estudantes, independente do local de formação, teriam que serem avaliados de forma isonômica. Informou que estavam sendo realizadas reuniões com os roteiros para buscar consenso sobre a possibilidade de complementação, por parte das universidades, para compatibilizar os currículos. Destacou ainda que os Conselhos de Medicina não possuíam ingerência no processo de revalidação, cabendo a eles o registro de diplomas emitidos pelas universidades. Clarificou que não procedia a informação de que os Conselhos de Medicina dificultavam o processo de residência dos formandos. Para ilustrar, informou que estavam no Brasil 42 médicos de Cabo Verde fazendo residência médica, trazidos pelo Conselho Federal de Medicina, em uma ação conjunta com o Ministério das Relações Exteriores. Também comentou a falta de médicos no Brasil, mesmo com o contingente de 330 mil médicos no país. Explicou que, para resolver o problema da falta médicos em municípios com sérios problemas na área da saúde, foi lançado, em 1999, o Programa de Interiorização do Trabalho, que ofereceu trezentas vagas para médicos e 150 para enfermeiros. Ressaltou que se candidataram quase doze mil médicos e onze mil enfermeiros. Disse que dez prefeitos não aceitaram a oferta do Ministério da Saúde, porque possuíam médicos peruanos e bolivianos, que estavam realizando o atendimento, de forma irregular. Salientou que a falta de médicos em locais focalizados decorria da falta de uma política de pessoal que tratasse as especificidades. Para finalizar destacou que era preciso tratar a todos com isonomia. Na seqüência, fez uso da palavra o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, **Francisco Campos**, que também fez uma abordagem sobre a revalidação de diplomas de médicos brasileiros formados em Cuba e outros países. Iniciou a sua fala cumprimentando os integrantes da mesa, em especial o Presidente do CFM pela contribuição no debate do tema, e os demais presentes. Disse que a principal preocupação do Ministério da Saúde era garantir que médicos pudessem trabalhar de forma digna, atendendo a população. Na primeira parte, apresentou um panorama do mercado de trabalho médico. Disse que, atualmente, havia globalização no mundo do mercado de trabalho em saúde. Destacou o quadro de vários países com déficit crítico de prestadores de serviços de saúde (médicos, pessoal de enfermagem e parteiras), citando em especial a África Subsaariana, e frisou que a situação poderia ser pior se não fosse os médicos formados em Cuba que atuavam nesse local. Detalhou que os países com maior renda absorviam os profissionais formados em outros países. Na América Latina, disse que Cuba oferecia 59,1 médicos para cada dez mil/hab. e o Haiti 2,5 para cada dez mil/hab. Explicou que o Brasil possuía 483 médicos inscritos, sendo 329 mil ativos, com média de 17.54 médicos por 10 mil/hab., contudo, observava-se grave problema de distribuição desses profissionais. Salientou que, dos cursos da saúde, a Medicina foi o que menos apresentaram crescimento no período de 1991 a 2004. Citou dados de médicos e pessoal de enfermagem formados no exterior para afirmar que o Brasil não deveria ter uma posição xenofóbica em relação ao

trabalho dos profissionais formados em outros países. Também comentou a relação conluente e novos empregos, explicando que, em 2005, com a formação de cerca 10 mil médicos, foram abertos 14 mil empregos, portanto, não havia uma sobre oferta de produção de médicos em relação aos empregos. Mostrando esse panorama, falou do acordo de cooperação cultural e educacional entre os governos do Brasil e Cuba, assinado em 28/04/1988 e promulgado através do Decreto nº 98.784, de janeiro de 1990. Destacou que o acordo estabelecia que as partes contratantes examinarão as condições pelas quais os diplomas, certificados e títulos universitários possam ser reconhecidos pelos estabelecimentos de educação e outras instituições. Disse que esse acordo poderia dar outro patamar político para a questão, contudo, mostrava-se inócuo a respeito da situação do país. Nos seus artigos 3º e 4º, o acordo determina que todos os diplomas terão que ser reconhecidos pelas universidades públicas brasileiras. Detalhou que o acordo não considerou o princípio da autonomia universitária e, no momento, estava se buscando alterar, mediante troca de notas oficiais entre Brasil e Cuba, a redação do *caput* do artigo II do Ajuste Complementar. Disse que a alteração se refere à última oração, na qual reza que o exame nacional será realizado “sempre que a Comissão Nacional comprove a inexistência de compatibilidade curricular”, uma vez que suscitou questionamentos quanto à adequação ao princípio da autonomia universitária. Informou que, atualmente, eram graduados 227 médicos brasileiros em Cuba, dos quais 21 (9,26%) tinham os diplomas revalidados. Prosseguindo, falou do fluxograma do reconhecimento profissional e propostas alternativas. Lembrou que, de acordo com a Constituição Federal de 1988, é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer (CF, art. 5º, XIII), mas o exercício das profissões regulamentadas, por sua vez, exige compulsoriedade de inscrição nos respectivos conselhos fiscalizadores, para que seja considerado legítimo. Acrescentou que, em geral, as carreiras regulamentadas eram aquelas que colocavam risco à vida e ao patrimônio. No caso da Medicina, a Lei nº 3.268/57 dispõe sobre a competência dos Conselhos Regionais de Medicina de manter registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva região e de expedir carteira profissional (art. 15, b, f). Avaliou que essa lei dificilmente seria modificada, portanto, a única forma de exercício legal da Medicina seria mediante o registro no Conselho de Medicina, que poderia ser permanente ou provisório. Para o registro permanente, seria necessária a conclusão de curso de Medicina em escola reconhecida pelo MEC. No caso do reconhecimento de título obtido no exterior por escola pública brasileira, era preciso exame ou complementação de estudos, por escola pública. Ressaltou que o problema maior estava no fato de a escola pública não ter nenhum estímulo para oferecer a complementação, porque não era paga por isso. Desse modo, os estudantes precisavam recorrer a instituições privadas para complementação, o que lhe custava mais tempo e mais dinheiro. Acrescentou que o registro provisório ocorria mediante sentença judicial ou sob supervisão. Prosseguindo, apresentou as seguintes propostas a médio prazo: alterar a Resolução do CNE visando estabelecer critérios nacionais, uniformizando os procedimentos das Universidades Públicas brasileiras em relação a todos os concluintes de graduação médica no exterior que desejarem praticar medicina no Brasil; compor Comissão Interinstitucional (Universidades Públicas Brasileiras, CFM, ABEM, AMB, ANDIFES, ABRUEM e outros) para pactuarem este processo; e criar instância que coordene e padronize com agilidade o reconhecimento de títulos obtidos no exterior e a conseqüente autorização do exercício profissional. Em relação aos graduados e graduandos da ELAM, expôs a proposta a curto prazo de incentivar que Universidades Públicas brasileiras firmem convênios de cooperação e reconhecimento dos estudos feitos na ELAM de forma a simplificar e dar maior agilidade no processo de revalidação dos seus diplomas. Finalizando, disse que a proposta era incentivar a complementação de estudos, pelas instituições públicas, de forma que elas sejam encorajadas a oferecer as complementações necessárias, julgadas pelos colegiados e instâncias das escolas. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra aos inscritos para o primeiro bloco de intervenções. Conselheira **Fabíola de Aguiar Nunes** perguntou ao Presidente do CFM sobre os problemas encontrados em relação aos brasileiros formados no exterior em exercício no Brasil e a situação dos formados em Cuba em relação aos outros países. Conselheiro **Alceu José Pimentel** disse que, a partir de reuniões regionais e nacional

de escolas médicas, chegou-se a um conjunto de diretrizes para revalidação dos títulos. Destacou que o processo de revalidação era dificultado pelas universidades, portanto, foi proposta a realização de prova única, a fim de que os brasileiros formados em outros países possam comprovar que possuem conhecimento mínimo para atender a sociedade brasileira. Informou ainda que uma eventual revalidação automática de diplomas resultaria em várias ações judiciais para garantir a isonomia entre brasileiros que estudam no Brasil e em outros países. Disse que o Conselho defenderia essa isonomia por ser democrática. Clarificou que não havia garantia da permanência dos médicos formados no exterior em pequenos municípios, porque seria feita a defesa de qualificação dos mesmos. Também destacou que os profissionais formados em Cuba não possuíam formação voltada à especificidade do Programa Saúde da Família do Brasil. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** saudou os integrantes da mesa pela apresentação e defendeu tratamento igual aos profissionais brasileiros formados no Brasil e no exterior. Na condição de usuário, enfatizou que os profissionais, independente do local de formação, precisavam ser competentes e comprometidos com a saúde pública. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou como ficava a situação de médico formado no Peru que viesse a atuar no Brasil. Conselheiro **Raimundo Sotero** informou que, em Cuba, além da ELAM, existia a ilha dos estudantes, que oferecia formação distinta a da ELAM. Destacou que o debate deveria considerar todos os profissionais de saúde e não apenas os formados no exterior. Concluído esse bloco, foi aberta a palavra aos convidados para respostas. O Presidente do Conselho Federal de Medicina, **Edson de Oliveira Andrade**, disse que no Brasil havia menos de cem médicos formados em Cuba e não se tinha a informação se algum deles havia cometido algum delito ético, porque a intenção não era marcar esses profissionais. Destacou que 80% dos médicos no estado do Amazonas, quando tiveram os diplomas revalidados, mudaram de municípios e de estado. Ressaltou que 70% dos médicos com diploma estrangeiro estavam na grande São Paulo, 20% nas grandes cidades do interior e 10% em cidades menores. Explicou ainda que qualquer profissional estrangeiro, para fazer o registro em conselhos profissionais, precisava de visto de permanência. A única exceção era de profissionais contratados por prefeitura, para assessoria, mas esses não poderiam exercer a profissão. Disse ser necessário regras claras que se impusesse às universidades, a partir da discussão com elas. Informou ainda a distribuição de proposta de resolução, construída em parceria com a Associação Brasileira de Ensino Médico, ao Conselho Nacional de Educação, que estabelece normas para revalidação de diploma de médico expedido por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior. O representante da Associação Cultural José Martí, **Ricardo Haesbaert**, avaliou que os Ministérios da Educação e da Saúde deveriam destinar recurso para incentivar que universidades públicas brasileiras firmem convênios de cooperação e reconhecimento dos estudos feitos na ELAM, a fim de prestar assistência em áreas descobertas. Informou que apenas 10% dos 227 brasileiros formados em Cuba conseguiram revalidação de diploma, mediante liminar. Ressaltou que mais de 85% do currículo dos estudantes formados em Cuba era equivalente ao das universidades brasileiras, portanto, questionou à proposta de prova nacional para os estudantes formados no exterior. Disse ainda ser necessário abrir processo para que os médicos formados em Cuba pudessem ter complementação através de residência médica. Informou que foi criada nova universidade para atender a demanda dos estudantes por conta da ALBA, mas desconhecia a existência de dois tipos de ensino em Cuba. Conselheiro **Raimundo Sotero** lembrou que havia dois tipos de ensino em Cuba, um deles o da Ilha de Estudante voltado a comunidades pobres da África e do Brasil. O Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, **Francisco Campos**, enfatizou que não era possível exercer legalmente Medicina no Brasil sem o registro no Conselho Federal de Medicina. Além disso, o Conselho não poderia registrar um estudante sem diploma. Disse que uma saída seria que um conjunto de universidades públicas brasileiras fizesse o reconhecimento dos estudos feitos no exterior, considerando a qualidade, de forma a simplificar e dar maior agilidade no processo de revalidação dos diplomas por esta expedidos. Na sequência, foi aberta a palavra aos inscritos para o segundo bloco de intervenções. Conselheira **Fabíola de Aguiar Nunes**, primeiro, solicitou maiores informações ao Conselho Federal de Medicina sobre os estudantes formados no exterior que exerciam a profissão no

Brasil. Destacou que se buscava um serviço de saúde que tivesse impacto positivo nos indicadores de saúde, logo, o treinamento em serviço era estratégico para garantir a qualidade. Na sua avaliação, os estudantes deveriam ser observados com cuidado avaliando-se os resultados dos serviços de saúde. Também relatou que os médicos cubanos e formados em Cuba atuavam com competência, trabalhando com afinco, garantindo-se ótimos resultados. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** testemunhou que no seu município havia dois médicos formados em Cuba e esses, por opção, não possuíam consultório particular, exercendo trabalho exclusivo para o SUS e, além disso, atuavam muito bem em equipe. Disse ser difícil encontrar médicos formados por instituições brasileiras com essas características. Ressaltou que os dois médicos enfrentavam grandes dificuldades para realizar a prova de revalidação de diploma e, nesse sentido, perguntou quantas e quais universidades públicas realizam essa prova. Falou que a falta de médicos em municípios não era por culpa dos prefeitos, pois havia ofertas de serviços, com bons salários. Colocou ainda para reflexão que muitas escolas brasileiras não formavam profissionais para o SUS. Conselheira **Maria Helena Machado** apelou para que o debate não fosse centrado na qualidade de formação dos médicos formados em Cuba e que não se trabalhasse com a idéia de discriminação dos brasileiros formados no exterior. Informou ainda que a CIRH iniciou o debate sobre a revalidação de diplomas de médicos brasileiros formados em Cuba e outros países. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, avaliou que o problema da formação, distribuição e fixação de profissionais é mais complexa do que se imagina, pois não havia a presença de equipe multiprofissional no interior do país. Afirmou que, para solucionar essa questão, era preciso definir a responsabilidade das três esferas de governo na formação e distribuição de profissionais no país. A respeito dos médicos formados fora do país, poderiam ser adotados dois caminhos, um acordo bilateral entre os dois países e ampliação e democratização do sistema de revalidação de diplomas. Conselheira **Maria Thereza Antunes** manifestou satisfação pelo debate e perguntou ao Secretário o prazo para implementar a proposta visando os graduados e graduandos da ELAM. Conselheiro **Marcelo Gerardin** destacou que o MEC, responsável pela formação dos profissionais de saúde, deveria estabelecer regra para revalidação de diplomas de médicos brasileiros formados em Cuba e em outros países. Conselheiro **Rildo Mendes** informou que os indígenas inscreveram-se para cursar Medicina em Cuba, por entender que teriam mais oportunidade para formação do que no Brasil. Conselheiro **Valdenir França** acrescentou que os indígenas que cursavam Medicina em Cuba seriam de extrema importância para oferecer a assistência a essa população. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra aos convidados para considerações finais. O Presidente do CFM, **Edson de Oliveira Andrade**, manifestou satisfação com o debate e destacou que o CNS era um dos espaços para discussão do tema e que se deveria incentivar o debate em outros fóruns. Disse que o CFM concordava com a posição do Ministério da Saúde de acabar com os entraves no processo de revalidação de diplomas de médicos brasileiros formados em Cuba e outros países. Defendeu que, após a fase inicial de compatibilização de currículos, seria necessária a aplicação de prova para avaliar os conhecimentos dos formados. Ressaltou que era preciso discutir a formação de pessoal a fim de impactar nos indicadores de saúde. O representante da Associação Cultural José Martí, **Ricardo Haesbaert**, primeiro, agradeceu novamente o convite para participar do debate. Informou que os estudantes brasileiros formados em Cuba que se submeteram à prova da Associação Médica do Rio Grande do Sul para residência médica foram aprovados, mas não conseguiram a autorização do Conselho de Medicina e, por essa razão, entraram com liminar. Avaliou que a resolução proposta deveria tratar da prova para aferir conhecimento no sentido de realizar complementação curricular. Ressaltou que o acesso aos serviços de saúde era essencial para alcançar indicadores de saúde igual ou melhores aos de Cuba. Informou ainda que o Rio Grande do Sul reduziu o índice de mortalidade infantil com a estratégia de investimento na formação de profissionais com a experiência cubana. Salientou que a sociedade deveria optar por um sistema de saúde que priorizasse a vida e não que buscasse o lucro. O Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, **Francisco Campos**, reiterou que o reconhecimento de diplomas expedidos no exterior teria que ser obrigatoriamente reconhecidos por instituição pública brasileira. Disse que a Universidade

Federal do Mato Grosso foi a instituição que mais aceitou inscrições (780) para revalidação de diploma. Para 99% dos casos, recomendou-se algum tipo de prova ou complementação ao preço inicial, desconsiderando as traduções, de R\$ 2.000,00. Ressaltou que esse era um processo caro e moroso. Desse modo, destacou que o Ministério da Saúde estava fazendo movimento no sentido de ampliar o estímulo às escolas públicas para facilitar e agilizar o processo. Avaliou que poderia se avançar no que refere à realização de exame compartilhado pelas escolas, mas, ao final, o título deveria ser averbado por um reitor. Disse que essa ação de incentivo, caso aceita, seria iniciada imediatamente, realizando visitas e discussão com a ELAM. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** agradeceu os convidados e passou ao encaminhamento. **A partir das intervenções, destacou como consenso a preocupação com o processo democrático de acesso e tratamento isonômico a todos os cidadãos brasileiros dessa forma qualquer debate nesse sentido, deveria envolver todos os profissionais. Também ressaltou o compromisso da CIRH/CNS em avançar a discussão desse ponto.** Além disso, foi registrada a distribuição, para conhecimento, da minuta de resolução, proposta pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Brasileira de Ensino Médico. Resolvido esse ponto, foi iniciada a discussão do item 6 da pauta. **ITEM 6 – RELATÓRIO DA OFICINA DE AVALIAÇÃO DA 13ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E RELATÓRIO E CRONOGRAMA DE AÇÕES DA OFICINA DE PLANEJAMENTO DO CNS** - A mesa foi composta pelos seguintes integrantes da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS: Conselheira **Luciana Alves Pereira**; Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin**; e Conselheiro **Alexandre Magno**. Conselheira **Luciana Alves Pereira** submeteu à apreciação do Pleno, concomitantemente, o relatório da oficina de avaliação da 13ª Conferência Nacional de Saúde e o relatório e cronograma de ações da oficina de planejamento do CNS, pois os dois documentos eram complementares. Iniciou pelo relatório de avaliação da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no dia 11 de janeiro de 2008. Explicou que o documento inicia com a explicação sobre o sentido da avaliação: práticas avaliativas em nosso cotidiano, transformação da sociedade – novas perspectivas; homem como “um sujeito capaz de autogerir-se e transformar-se de forma crítica e reflexiva, capaz de superar determinismos numa ação-reflexão no mundo, com o mundo e para o mundo. Ressaltou que a oficina contou a participação de sessenta conselheiras, titulares e suplentes, que participaram da 13ª Conferência, da equipe da Secretaria-Executiva do CNS e da equipe de técnicos da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Salientou que na atividade a busca foi por processos avaliativos que levem ao aprimoramento e à transformação, para cumprimento de papel social e ético na democratização das ações e no fortalecimento do sujeito como agente-cidadão. Na segunda parte, o relatório trata da 13ª Conferência Nacional de Saúde - organização, realização e abrangência. O tema da Conferência foi debatido em 4.330 conferências municipais e 26 conferências estaduais e mobilizou pelo menos 1,3 milhão de pessoas. Em termos quantitativos, foi a maior de todas. Ressaltou que coube aos participantes avaliar se a quantidade e a diversidade observadas nesta conferência possibilitaram o debate qualificado, proposições e encaminhamentos para a elaboração de diretrizes que orientem a construção e o desenvolvimento de políticas públicas que tenham a saúde como direito humano e de cidadania. Explicou que a terceira parte do relatório apresentava os objetivos da oficina, quais sejam: avaliar a 13ª Conferência Nacional de Saúde nos seus âmbitos político e operacional; identificar no relatório preliminar da 13ª CNS as diretrizes para as políticas públicas; definir prioridades para a atuação do CNS a partir dessas diretrizes identificadas; elaborar estratégias de ação e atores responsáveis para o cumprimento das deliberações e dos encaminhamentos da 13ª CNS. Explicou que a quarta parte do relatório trata da dinâmica utilizada na oficina. Na chegada, os participantes receberam cartões coloridos contendo frases que estimulavam a reflexão sobre o processo avaliativo. As cores dos cartões definiram aleatoriamente a composição dos grupos de trabalho. Nos grupos, foram desenvolvidas as seguintes atividades: 1º momento: apresentação dos participantes e dos facilitadores; escolha de coordenador e relator; estabelecimento de um acordo de convivência; 2º momento: apresentação das questões norteadoras e discussão; 3º momento: produção da síntese da discussão para apresentação em plenária; e 4º momento: breve avaliação das atividades do grupo. Destacou que três

767 questões foram apresentadas para discussão em pequenos grupos e plenária: **a)** O que
768 representou para você a 13ª CNS?; **b)** Levando-se em consideração os 20 anos do SUS e
769 seus princípios e diretrizes, em especial, da atenção integral, descentralização e participação
770 da comunidade, como encaminhar as deliberações da 13ª CNS?; **c)** Como encaminhar as
771 diretrizes e deliberações referentes a políticas setoriais ou de populações específicas?”. A
772 cada grupo foi sugerida a discussão de um eixo temático da 13ª CNS, a partir das questões
773 em debate. Prosseguindo, explicou que na quinta parte do relatório é apresentada uma
774 síntese das produções dos trabalhos de grupo, sendo: **a)** A 13ª CNS para os conselheiros
775 nacionais de saúde - as considerações dos participantes da oficina dizem respeito: à defesa
776 intransigente do SUS; à marcante presença do Brasil continental, suas convergências e
777 divergências; ao fortalecimento da participação popular e à baixa presença dos gestores; ao
778 Conselho Nacional de Saúde; à infra-estrutura; à metodologia da conferência; ao trabalho da
779 equipe de relatoria; e à mídia sobre a 13ª CNS. Além disso, salientou que a 13ª CNS para os
780 conselheiros nacionais de saúde constituiu-se em um momento estratégico de transição na
781 discussão da qualificação da gestão das ações e serviços do SUS e um momento de
782 mudança das perspectivas e modos de agir do movimento da saúde. Destacou ainda a
783 avaliação acerca da dificuldade de implementação das propostas aprovadas, em razão de seu
784 quantitativo. Expôs que, do total, os principais pontos discutidos foram: saúde pública estatal,
785 força de trabalho em saúde, controle social, gestão, modelo de atenção e intersetorialidade.
786 No que se refere às diretrizes prioritárias, detalhou que foram identificadas: intersetorialidade
787 na lógica da Seguridade Social; modelo de gestão e organização do SUS; fortalecimento do
788 controle social; fortalecimento e intervenção pública do Estado e o seu papel no
789 desenvolvimento; Pacto pela Vida e pela Saúde; financiamento; saúde do trabalhador;
790 populações específicas; qualidade do meio ambiente; atenção básica; Política de
791 Humanização; Cartão SUS; processos de avaliação do sistema; protocolos clínicos; planos
792 municipais e estaduais de saúde; e força do trabalho em saúde. Prosseguindo, disse que o
793 relatório apontava como propostas de encaminhamento, para cumprir as deliberações da 13ª
794 CNS, as seguintes estratégias: Relatório Final por temas e prioridades; encaminhamentos das
795 proposições do Relatório das Comissões Intersetoriais do CNS; articulação com os conselhos
796 de políticas afins - intersetorialidade; modelo de operacionalização das conferências nacionais
797 e temáticas; agenda política com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;
798 encaminhamentos e estratégias; encontros regionais propositivos como forma de potencializar
799 a reflexão e a operacionalização das deliberações da 13ª CNS; propostas que contribuam
800 com a recomposição do financiamento da saúde; Avaliação da 13ª CNS na mídia; avanço nos
801 mecanismos de comunicação, fazendo uso de mídias oficiais e alternativas como forma de
802 incentivar a pauta da saúde e dar maior publicidade às suas deliberações; formação de novos
803 atores sociais; cronograma comemorativo aos 20 anos do SUS; espaços de articulação
804 permanente com representantes do Legislativo, Judiciário e, em especial, do Executivo;
805 monitoramento da implementação das propostas aprovadas; envolvimento de outros
806 representantes da sociedade nas conferências; saúde na pauta nos diversos movimentos
807 sociais, a partir da realização da Conferência; Sistema Nacional de Conselhos de Saúde no
808 SUS; e desenvolvimento da educação permanente como ferramenta de gestão do controle
809 social do SUS. Disse que o relatório apresentava as respostas à questão “Qual o sentimento
810 que brotou em você desse dia de trabalho?”, como forma de avaliação da oficina. Ressaltou
811 que o retorno à pergunta dizia respeito aos seguintes aspectos: produção coletiva e de
812 encaminhamento - “Convergências de pensamentos em busca do melhoramento do SUS, dos
813 conselhos e de como cada conselheiro pode contribuir para tal de forma mais efetiva”; resgate
814 da responsabilidade e do compromisso social - De responsabilidade, confiança e credibilidade
815 em todos que organizaram, participaram e contribuíram para os bons resultados dessa
816 conferência; tempo disponível - “Foi bastante rico, apesar do pouco tempo disponível para
817 uma discussão tão ampla”; aspectos a serem aperfeiçoados nos próximos eventos - “Achei
818 que seria melhor conhecer a metodologia com antecedência”; e objetivos parcialmente
819 cumpridos - em razão do tempo e da complexidade de seu propósito. Ressaltou que o
820 relatório da oficina de avaliação finalizava com a apresentação da equipe de organização e
821 agradecimentos. Na sequência, Conselheira **Luciana Alves Pereira** submeteu à apreciação

do Pleno o relatório e cronograma de ações da oficina de planejamento do CNS, realizada nos dias 20 e 21 de fevereiro de 2008. Lembrou que a oficina de trabalho teve como subsídios documentos produzidos em encontros anteriores, quais sejam: Planejamento do CNS de 2004 – foram identificadas quatro diretrizes: Política Nacional de Saúde; Organização, gestão e funcionamento do CNS; Financiamento da saúde; e fortalecimento do controle social (observa-se que várias ações foram encaminhadas, algumas estão em processo e outras são permanentes); Oficina de Educação Permanente de 2006 – teve como propósito contribuir com a formação de conselheiros comprometidos com a construção do SUS, propiciando a integração, adesão e participação ativa e reflexiva de todos os segmentos que integram o SUS; Considerações do CNS sobre o Contexto Econômico, Político e Social da Saúde discutido em janeiro de 2008 – a proposta desse documento foi elaborar um diagnóstico sobre a situação atual da política de saúde, delinear tendências e traçar cenários futuros; e resultados da Oficina de Avaliação da 13ª CNS. Ressaltou que, a partir desses documentos, foi proposta a discussão do planejamento para o CNS tendo como parâmetro cinco diretrizes para nortear as ações e prioridades para a sua atuação sendo: **a)** Política Nacional de Saúde; **b)** Fortalecimento do Controle Social; **c)** Organização, Gestão e Funcionamento do CNS; **d)** Financiamento da Saúde; e **e)** Monitoramento, Avaliação e Sistematização das Ações e Deliberações do CNS. Explicou que o objetivo geral da oficina foi planejar as ações e atividades do Conselho Nacional de Saúde para o período de 2008 a 2009, tendo como base suas atribuições definidas no Decreto nº 5.839/2006 e para contribuir na efetivação do direito à saúde e à cidadania e em defesa da vida. Como objetivos específicos: definir e pactuar diretrizes para atuação do Conselho Nacional de Saúde a partir do cenário construído e elaborar Plano de Trabalho para o período de março/2008 a agosto/2009, com a identificação de prioridades, estratégias, metas, ações, atividades, responsáveis e prazos, com base também nas deliberações e encaminhamentos da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Em relação à dinâmica, disse que a oficina foi realizada em vários formatos de atividades: mesa de abertura, trabalhos em pequenos grupos e plenárias. Na sequência, apresentou os resultados dos debates dos grupos ocorridos em dois momentos: Diretriz: Política Nacional de Saúde (agenda externa e interna) – temas: 1. Pacto pela saúde; 2. PAC mais saúde; 3. Modelo de gestão e atenção à saúde; e 4. Financiamento da saúde; Diretriz: Fortalecimento do controle social (agenda externa e interna): 1. Educação permanente para o controle social; 2. Plenária de conselhos; 3. Comunicação e informação; 4. Relações internacionais em saúde; 5. Organização interna do CNS; 6. Inserção política nas questões sociais, econômicas e culturais, de âmbito nacional e internacional, que impactam na qualidade de vida e saúde. Continuando, explicou que, com base no quadro das diretrizes e seus respectivos temas, os grupos de trabalho construíram um plano de trabalho que inclui a definição de metas, estratégias, ações, responsáveis e prazos. Os produtos dos seis grupos foram apresentados na plenária final para aprovação. Destacou que, após debate e considerações dos participantes, foi construído plano de trabalho por diretriz prioritária. Também chamou a atenção para a quase totalidade das ações que tinha como prazo de início o primeiro trimestre de 2008 e término o segundo semestre de 2009, contudo, algumas atividades possuíam caráter permanente. Em síntese, destacou que na Plenária Final foram pontuados três aspectos relevantes que deveriam ser encaminhados para dar sequência ao planejamento: elaboração de um plano operativo com previsão orçamentária; estudo de viabilidade e factibilidade e cronograma de execução; e monitoramento pela CIEPCSS e Mesa Diretora do CNS. Finalizando, destacou que a “árvore de todos nós” recebeu frases e pensamentos como expressão de alguns participantes e que servem como avaliação e reflexão. Salientou que, na avaliação escrita, foram ressaltados dois pontos que precisam ser melhorados: o tempo perdido pelo não cumprimento dos horários estabelecidos para as atividades em função do atraso dos participantes e as manifestações verbais com tom de desqualificação e ofensa aos demais conselheiros, além das discussões alongadas em assuntos não pertinentes. Como sugestões para os próximos eventos, que se faça uma avaliação das conjunturas nacional e internacional para subsidiar a escolha das ações prioritárias no planejamento, que haja otimização e melhor controle do tempo e que se formule um roteiro mais detalhado de questões norteadoras para o debate nos grupos. Concluídas as apresentações, foi aberta a

palavra para considerações do Pleno. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** se ateve à 13ª Conferência Nacional de Saúde, discordando da avaliação de “intolerância” para se referir à convivência dos delegados. Também avaliou como ponto positivo o fato de 80% dos delegados terem comparecido pela primeira vez em uma conferência, porque significa renovação. Disse ser importante ter atenção ao fato de o CNS ter tido grande participação na organização da Conferência, mas com pouca visibilidade política. Para finalizar, destacou o trabalho da relatoria e a responsabilidade do CNS em definir pauta política conjunta para mobilização dos conselhos estaduais e municipais de saúde. Conselheira **Cândida Carvalho** sentiu falta de não terem sido contempladas nas prioridades do planejamento as metas do milênio, saúde da mulher saúde indígena e pessoas transplantadas. Além disso, destacou que, na condição de pessoa com patologia, não se sentia contemplada na definição de “populações específicas”. Conselheira **Maria Natividade Santana** iniciou a sua fala desculpando-se pelo fato de não ter feito revisão final do relatório de avaliação da 13ª Conferência, a fim de verificar as questões contempladas. Discordou da avaliação de que “o CNS não teve a direção política da Conferência”, porque esta questão foi discutida à exaustão no seu grupo e se chegou ao entendimento de que o Conselho teve a direção política da 13ª. Também não concordou com o balanço de que “(...) como muitos conselheiros se envolveram a fundo com as ações operacionais, o CNS teve menor liderança política”, justificando que poucos conselheiros se envolveram com as questões operacionais. Lembrou, inclusive, que foi constituído comitê executivo, que envolveu 260 pessoas, para operacionalizar a Conferência. Portanto, os conselheiros tiveram tempo para coordenação política e a fizeram muito bem. Ressaltou que era preciso aprofundar o debate da avaliação, com base em dados da 13ª Conferência, para divulgá-la à mídia. Nesse sentido, sugeriu que a Comissão Organizadora e outras comissões da 13ª fizessem avaliação da Conferência para fechar a avaliação do CNS. Ressaltou ainda a importância de dar destaque à comunicação da 13ª Conferência, pela excelência do seu trabalho. Finalizou cumprimentando a comissão responsável pela finalização do relatório, mas reiterou a necessidade de rever os aspectos citados. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, primeiro, avaliou que o relatório de avaliação da 13ª Conferência não deveria contemplar opiniões pessoais, mas sim, avaliação coletiva do CNS. Nessa ótica, discordou de pontos do relatório, a exemplo, da avaliação de que “o CNS teve menor liderança política”, porque o entendimento da base era que o Conselho liderou o debate político sim. Destacou também o trecho “A mídia em torno da realização da 13ª CNS só deu destaque a dois pontos críticos e conflitivos: aborto e fundação estatal” e solicitou a sua revisão, pois a mídia não poderia ser resumida apenas à “grande mídia conservadora”, lembrando inclusive que o Canal Saúde fez a cobertura de todos os debates da Conferência. Conselheiro **Volmir Raimondi**, apesar de não ter participado da Conferência, registrou a avaliação nos estados de que o CNS resgatou o seu papel político nesse evento, com destaque à atuação do Presidente do CNS. Em relação ao relatório de planejamento, disse que o CNS deveria ter uma prática salutar de trabalho, inclusive com cumprimento dos horários estabelecidos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, na condição de coordenadora da Comissão de Comunicação e Informação da 13ª Conferência, sugeriu que mídia fosse considerada com informativo em tempo real. Também solicitou que os fóruns de debate da Conferência não fossem tratados como “pequenos e grandes grupos” da 13ª. Reiterou o protesto à avaliação de que “o CNS teve menor liderança política”. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** destacou que a avaliação respondia a perguntas feitas aos conselheiros na oficina, contudo, destacou que, além dessa resposta pessoal, deveria ter sido travado debate visando chegar a avaliações de consenso. Disse que causava preocupação o fato de conclusões pessoais serem colocadas como do CNS. Também propôs que fosse incluída no relatório de avaliação da 13ª Conferência e do planejamento a relação dos conselheiros participantes, inclusive, os integrantes de cada grupo. Em relação ao relatório de planejamento, solicitou que o Regimento Interno do CNS fosse considerado na definição das ações, a fim de que não houvesse conflito com o disposto. Citou, por exemplo, a proposta de reuniões com três dias quando o Regimento definia que as reuniões ordinárias teriam dois dias de duração. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou que a comissão contemplou no relatório as avaliações feitas na oficina, que explicitavam a

diversidade das opiniões dos conselheiros sobre o processo. Contudo, compartilhou da opinião acerca da necessidade de se buscar informações nos fatos concretos em termos da condução política para fechar a avaliação da 13ª Conferência. Conselheiro **Edvaldo José de Souza** também registrou a sua preocupação com pontos de conflito entre o disposto no Regimento Interno do CNS e o planejamento do Conselho e destacou a necessidade de identificar esses pontos e resolvê-los. Conselheira **Maria Izabel da Silva** disse que as questões explicitadas no relatório retratavam as avaliações dos grupos, logo, o Pleno deveria definir o tratamento das opiniões minoritárias. Ressaltou que seria necessário definir responsáveis e prazos para as ações relativas à 13ª Conferência e sugeriu que as comissões do CNS iniciassem debate das ações de suas áreas afins. Por fim, parabenizou as equipes de organização das duas oficinas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** iniciou a sua fala com cumprimentos ao trabalho dos grupos de organização das oficinas e apresentou contribuições. Entretanto, destacou que o relatório de planejamento era um documento aberto a contribuições para aprimoramento e delineamento das ações, inclusive, por parte das comissões. Sobre o relatório de avaliação da 13ª Conferência, concordou que deveria explicitar a opinião do coletivo e não da minoria. Nesse sentido, propôs que as contradições do relatório fossem trabalhadas, porque algumas não procediam com a opinião do coletivo. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** também disse que não pôde participar da oficina de avaliação da 13ª Conferência e, por isso, solicitou anuência para fazer a sua análise. Destacou que o relatório, para divulgação externa, deveria contemplar os consensos, entendendo que os dissensos deveriam ser discutidos internamente. Disse que as manifestações demonstraram a aceitação da metodologia de trabalho e diretrizes para o funcionamento da Conferência e o CNS. Salientou que o CNS foi protagonista da 13ª e só não foi mais porque não possui autonomia na gerência dos recursos. Ressaltou também que o espaço da relatoria teria que ser diferenciado, por conta da necessidade de ambiente específico para desempenho do trabalho. Salientou também que, para as próximas Conferências, seria importante trabalhar ações de relações humanas para o exercício de tolerância. Em que pese as dificuldades, destacou a conclusão da Conferência. Conselheira **Maria Natividade Santana** arguiu à avaliação da Conselheira Gysélle Tannous de que os problemas ocorridos na Conferência decorreram da falta de autonomia do CNS na gestão dos recursos, pois o Comitê Executivo realizou as ações que foram deliberadas pelo Pleno, por meio da Comissão Organizadora. Solicitou que a Coordenação da Relatoria da 13ª Conferência elaborassem documento sobre as dificuldades enfrentadas para esclarecimentos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que a reunião estava sendo transmitida em tempo real, portanto, a avaliação, explicitada no relatório, estava sendo divulgada. Feitas essas considerações, a mesa passou a comentários e encaminhamentos. Conselheira **Luciana Alves Pereira** pontuou que a maioria das falas centrou-se no relatório de avaliação da 13ª Conferência, talvez por conta da maior complexidade do relatório de planejamento que demandaria maior tempo para discussão. Reiterou que a relatoria das oficinas reproduziu nos relatórios as avaliações dos grupos que não foram questionadas pela Plenária. Disse que poderia ser pensada uma forma para explicitar o que se entendia por populações específicas. Concordou com a proposta de destacar no relatório a ampla cobertura de redes de comunicação como Canal Saúde, Radiobrás e outras. Em relação ao relatório de avaliação da 13ª Conferência, colocou o entendimento explicitado pelo Pleno de que não contemplou todo o debate, apontando mais divergências do que consensos, logo, precisaria ser revisto, para divulgação. Desse modo, sugeriu que fosse definido prazo para o envio de contribuições, até 31 de março, por parte dos conselheiros e das comissões da Conferência. Após ser finalizado, o relatório seria pautado, para deliberação, na reunião ordinária de abril. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, ressaltou que as discordâncias poderiam ser contempladas no relatório, desde que registradas como tal e não como consenso do CNS. Conselheira **Maria Laura Carvalho** salientou a necessidade de reproduzir no relatório o sentimento do que foi a 13ª Conferência, com valorização do esforço e contribuição dos delegados. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse que o Pleno deveria manifestar-se sobre a proposta da oficina de avaliação de revisar o Relatório Final da 13ª Conferência, aglutinando as propostas da Conferência por temas e prioridades, porque teria impacto direto

no trabalho da Relatoria. Conselheiro **Clóvis Boufleur** propôs, como encaminhamento, que o CNS fizesse avaliação sucinta e de consenso da 13ª Conferência e que o relatório de avaliação fosse visto como resultado de uma oficina de avaliação com a opinião de conselheiros, explicitando as opiniões divergentes resultado das diversidades do Plenário. Além disso, lembrou que a avaliação dos grupos foi contemplada na ata da última reunião do CNS, que, após aprovada, foi divulgada na página do Conselho. Conselheira **Maria Thereza Antunes** registrou o problema da falta de acessibilidade para as pessoas com deficiência durante a Conferência. Conselheiro **Armando Raggio** registrou que, se a Conferência não foi como se desejava, é preciso melhorar, mas não de deve ter posição de julgar, mas sim relatar o processo. Defendeu que o relatório contemplasse os pontos de consenso, sem pontuar avaliações pessoais. **Diante das falas, Conselheira Luciana Alves Pereira colocou em apreciação a proposta, que foi aprovada por consenso: possibilitar a apresentação de contribuições ao relatório da oficina de avaliação da 13ª Conferência Nacional de Saúde para que possa ser finalizado até 31 de março e pautado, para deliberação, na reunião ordinária de abril.** Resolvido esse ponto, solicitou que o Pleno se manifestasse sobre a proposta da oficina de avaliação de revisar o Relatório Final da 13ª Conferência, aglutinando as propostas da Conferência por temas e prioridades. **O Pleno decidiu socializar o Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde; e, para o trabalho interno do CNS, reelaborar o Relatório Final, aglutinando as propostas da Conferência por temas e prioridades. Em relação relatório e cronograma de ações da oficina de planejamento do CNS, o Pleno decidiu remeter o relatório às Comissões para detalhamento (plano operativo e previsão orçamentária), a ser reapresentado ao Pleno, na próxima reunião do CNS; e delegar à Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS e à Mesa Diretora do CNS o acompanhamento das ações propostas no relatório.** Resolvido esse ponto, Conselheiro **Raimundo Sotero** perguntou qual o encaminhamento em relação à proposta de reunião de três dias de duração. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** explicou que a proposta do planejamento era de convocar, se necessário, reunião extraordinária. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, solicitou que os conselheiros assinassem formulário de autorização para cessão de direitos de imagens. Registrou ainda que o item 7 seria apresentado no segundo dia de reunião. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que lhe fosse garantido espaço no segundo dia de reunião para apresentação de informe sobre audiência com o Ministro da Saúde. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** solicitou que fosse destinado tempo no segundo dia de reunião para posicionamento do CNS acerca das pesquisas com células-tronco embrionárias. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou informe sobre a audiência pública, da qual participou representando o CNS, a respeito do projeto de consolidação das leis da saúde, da Deputada Rita Camata. Disse que o processo de consolidação está avançado e a intenção era aprová-lo, o que teria impacto significativo no controle social. Diante disso, propôs que fosse constituído GT do CNS para acompanhar o processo de consolidação das leis da saúde. Acordou-se que essa proposta seria discutida no segundo dia de reunião. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** manifestou preocupação com Portaria do Ministério da Saúde sobre repasse de recursos e solicitou que a SAS/MS se manifestasse a respeito. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** solicitou que o item 2, da 37ª Reunião Extraordinária (Participação do CNS no Congresso CONASEMS), fosse antecipado para o dia seguinte, na Reunião Ordinária, porque muitos conselheiros não poderiam permanecer até sexta-feira. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** disse que o debate sobre a Participação do CNS, no Congresso CONASEMS, poderia ser feito no lugar do item 15 - Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase que não poderia ser apresentado por conta da ausência do coordenador da Comissão e da impossibilidade de participação do Conselheiro **Ciro Mortella**. Conselheiro **Raimundo Sotero** solicitou que as reuniões extraordinárias fossem avisadas com antecedência, para que os conselheiros se programassem. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que a SGEF solicitou que o item 12, Projeto de Cooperação para Formação Permanente de Conselhos de Saúde no Âmbito do Programa de Inclusão Digital, fosse adiado para a 37ª Reunião Extraordinária, a ser realizada no dia 14 de março de 2008. Assim, propôs que a

discussão sobre a Participação do CNS no Congresso CONASEMS fosse discutida no lugar desse ponto. Conselheira **Maria Natividade Santana** sugeriu que a discussão do item 12 fosse feita no período da manhã do dia 13 de março. O Presidente do CNS não garantiu, mas se houvesse condições, encaminharia. Com isso, encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Alceu José Peixoto Pimentel, Ana Cristhina de Oliveira Brasil, Artur Custódio Moreira de Sousa, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Ciro Mortella, Eufrásia Santos Cadorin, Fabíola de Aguiar Nunes, Flávio Heleno Poppe de Figueiredo, Francisco Batista Junior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, João Donizeti Scaboli, José Gomes Temporão, Ligia Bahia, Luis Augusto Facchini, Luiz Antonio de Sá, Luís Carlos Bolzan, Marcelo G. Phanel, Maria Goretti Lopes, Maria Helena Machado de Souza, Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero de Menezes Filho, Remigio Todeschini, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande, Valdenir Andrade França, Volmir Raimondi e Wander Geraldo da Silva. *Suplentes*: **Adson França, Alexandre Magno Lins Soares, Armando Tadeu Guastapaglia, Clóvis Adalberto Bouffleur, Denise Torreão Corrêa da Silva, Edvaldo José de Souza, Lílian Aliche, Luciana Alves Pereira, Maria Acioly Mota, Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Natividade G. S. T. Santana, Maria Thereza Almeida Antunes, Marisa Furia Silva, Mauro Fernando Schmidt, Noemy Yamaguishi Tomita, Paulo César Augusto de Souza, Rildo Mendes, Ronald Ferreira dos Santos, Tânia Maria Lessa Athayde Sampaio, Tânia Maria Onzi Pietrobelli e Walter Gomes de Souza.** As atividades do segundo dia iniciaram-se com o fala do Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** registrando o apoio do CONASEMS à equipe de trabalhadores do município de Tabatinga/AM que há cinco meses não recebiam os seus salários e outros profissionais que não eram remuneração há três meses. Solicitou que houvesse providências em relação à audiência com o Presidente da FUNASA para discutir essa e outras questões, uma vez que a reunião marcada com a presidência havia sido desmarcada na véspera da data marcada. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, informou que a reunião com o Presidente da Fundação Nacional de Saúde foi desmarcada com menos de 24 horas de antecedência com a justificativa que o Presidente não estaria em Brasília. Disse que verificaria a possibilidade de remarcar a mais breve possível. Além disso, registrou a presença do Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Maceió, Jerônimo Ferreira da Silva, representante dos usuários; da técnica Marcela Acioli; dos dois representantes da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; e um representante de Betim. Na sequência, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que o Ministro da Saúde, em reunião, concordou com a proposta do FSMS de realizar conferência de países com sistemas universais de saúde no âmbito das comemorações dos 20 anos do SUS. Disse que a atividade será realizada no mês de outubro ou novembro de 2008, com a participação de mil pessoas e o Ministro Temporão poderá convidar os ministros de saúde dos países participantes. Ressaltou que o Pleno seria informado dos desdobramentos do processo de organização. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** solicitou espaço para apresentação de informe sobre a reunião dos usuários, realizada no dia 11 de março de 2008. A mesa comprometeu-se a abrir espaço para o informe. Resolvido esse ponto, Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** assumiu a coordenação dos trabalhos junto com o Presidente do CNS. De imediato, convidou o representante da Organização Pan-Americana da Saúde para apresentação do item 8 da pauta. **ITEM 8 – DIA MUNDIAL DA SAÚDE 2008 – “A IMPORTÂNCIA DO TEMA”** – O Presidente do CNS informou que estava sendo desenvolvida atividade conjunta com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para as comemorações do Dia Mundial da Saúde. O representante da OPAS/OMS, **Diego Gonzalez**, disse que o dia Mundial da Saúde, 7 de abril, também marca a fundação da OPAS. Por essa razão, a cada ano, a Organização definia tema para ações conjuntas em benefício das populações. Ressaltou que o tema de 2008 é “Proteção da saúde frente às mudanças climáticas”, que poderia ser explicitado a partir das três palavras-chaves: sensibilização e geração de consciência sobre o tema; formação de alianças; e intervenção eficaz. Por fim, colocou a Organização à disposição para contribuir nas atividades de comemoração da Semana da Saúde com o Dia Mundial da Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**,**

1097 Presidente do CNS, disse que a intenção era inserir também outros espaços setoriais que
1098 tivessem relação com a saúde para participar da programação do Dia Mundial da Saúde. Na
1099 sequência, abriu a palavra para considerações do Pleno. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1100 **Santos** sugeriu que o CNS recomendasse aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde a
1101 realização de atividades em locais públicos (câmara de vereadores e assembléia legislativa)
1102 sobre proteção da saúde frente às mudanças climáticas e financiamento da saúde.
1103 Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** propôs que a CISAMA/CNS contribuísse diretamente
1104 com o debate sobre a “Proteção da saúde frente às mudanças climáticas” e que se
1105 considerasse a “contribuição” da indústria automobilística com as mudanças climáticas.
1106 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que, no Dia Mundial de Saúde, houvesse
1107 manifestação contrária às propagandas de bebidas alcoólicas e de medicamentos e em
1108 defesa da vida. O representante da OPAS/OMS, **Diego Gonzalez**, disse que seria importante
1109 a contribuição do CNS, por meio da CISAMA, nas atividades da OPAS em comemoração ao
1110 Dia Mundial da Saúde. Reiterou ainda que a Organização estava à disposição para contribuir
1111 com o CNS. **Como encaminhamento, houve consenso sobre a proposta de**
1112 **recomendação do CNS aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para realização**
1113 **de atividades em locais públicos (câmara de vereadores e assembléia legislativa) sobre**
1114 **proteção da saúde frente às mudanças climáticas e financiamento da saúde.** A mesa
1115 agradeceu a presença do representante da OPAS/OMS e, continuando a discussão do tema,
1116 passou ao item 9 da pauta. **ITEM 9 – DIA MUNDIAL DA SAÚDE 2008 – AGENDA DA**
1117 **SEMANA DE 2 A 7 DE ABRIL DE 2008** - Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente
1118 do CNS, apresentou o calendário de atividades da Semana da Saúde: 2 de abril: atividades
1119 de conselhos de saúde nas câmaras municipais; 3 e 4 de abril: atividades de conselhos de
1120 saúde nas assembléias legislativas; 5 e 6 de abril: atividades de rua dos conselhos de saúde,
1121 a exemplo do Conselho na Praça, realizado pelo Conselho Municipal de Saúde de Belo
1122 Horizonte para diálogo com a população sobre a situação de saúde da comunidade; e 7 de
1123 abril: para o encerramento da Semana de Saúde, o CNS busca agendar audiência com o
1124 presidente da República para conversar sobre a regulamentação da Emenda Constitucional
1125 nº. 29. Por fim, informou que a programação, no formato de informativo do CNS, foi enviada
1126 aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde do país. Concluída a apresentação, foi
1127 aberta a palavra para considerações do Pleno. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou qual
1128 seria a estratégia de comunicação do CNS para o Dia Mundial da Saúde. Conselheira
1129 **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que fosse incluída, na programação, a manifestação de
1130 apoio do CNS aos projetos, que tramitam no Congresso Nacional, sobre a proibição da
1131 propaganda de bebida alcoólica e uso de medicamentos. Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1132 solicitou que fosse apresentado informe naquele dia sobre as ações do Ministério da Saúde
1133 em relação ao Dia Mundial da Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do
1134 CNS, destacou que o eixo central do Dia Mundial da Saúde de 2008 era a luta pela
1135 regulamentação da EC nº. 29. Nessa ótica, disse que CONASS e CONASEMS conversariam
1136 com outros setores para trazer ao CNS uma proposta mais articulada acerca da
1137 regulamentação da Emenda. Reiterou que as entidades que compõem o CNS também
1138 deveriam envolver-se na mobilização das bases para convencimento da classe política sobre
1139 a importância da regulamentação da Emenda. Não havendo destaques à programação, a
1140 mesa encerrou a discussão desse ponto. Na sequência, convidou a coordenadora da
1141 Comissão Intersectorial da Saúde do Trabalhador – CIST/CNS para apresentação do item 7 da
1142 pauta. **ITEM 7 – RELATÓRIOS DA COMISSÃO INTERSETORIAL DA SAÚDE DO**
1143 **TRABALHADOR – CIST/CNS** - Conselheira **Maria Izabel da Silva**, da Mesa Diretora e
1144 Coordenadora da CIST/CNS, antes de iniciar a apresentação dos relatórios, registrou a
1145 satisfação das centrais sindicais, em especial da CUT que completava 25 anos em 2008, com
1146 o reconhecimento desses centrais. Ressaltou com desafios a consolidação desse processo e
1147 o debate nacional acerca do imposto sindical. Feito esse registro, passou à apresentação dos
1148 relatórios da CIST/CNS. Iniciou pela avaliação e atualização do Plano de Ação da CIST
1149 NACIONAL, que contempla ações da CIST, detalhamento, prazo, situação atual e novos
1150 encaminhamentos. Na sua apresentação, ateu-se às ações desenvolvidas, sendo elas: Ação
1151 1 – Discussão do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC e PAC da Saúde; Ação 2 -

Monitoramento da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, com destaque para: 2.1 - Política Previdenciária; 2.2 - Monitoramento da Aplicação do Nexo Técnico Epidemiológico; 2.3 – Política Trabalhista; 3 – Monitoramento da Implementação da Política de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, com destaque para: 3.1 – Fortalecimento do Controle Social com ênfase na Educação Permanente e na Comunicação; 3.2 – RENAST – Ampliação e fortalecimento; 3.3 – Ensino; 3.4 - Estudos e Pesquisas; e 3.5 – Vigilância em Saúde do trabalhador; 4- Monitoramento da Implementação das Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador; 5 - Saúde do Trabalhador na 13ª Conferência Nacional de Saúde; 6 – Rearticulação do debate do Projeto de Lei nº 3.307/04 do ex-Deputado Roberto Gouveia que detalha a execução da Política de Saúde do Trabalhador no SUS; 7 - Articulação com outras Comissões e GTs do CNS; 8. Articulação com as CISTs Estaduais e articulação com outros Conselhos Nacionais de Políticas Setoriais e Comissões de órgãos governamentais; 9 - Monitoramento do orçamento da união relativo à saúde do trabalhador ; 10 - Pautar o debate sobre o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Civil da União – SISOSP; 11 - Tomar conhecimento das ações em andamento relativas à Saúde do Trabalhador do SUS no MS; e 12 - Elaborar diretrizes para políticas de saúde do trabalhador para o funcionalismo público dos três níveis de governo. Além disso, destacou as novas ações, com detalhamentos: 1 – Intervenção na situação dos trabalhadores canavieiros: a) duas recomendações; e b) proposta de realizar uma atividade nacional com todos os atores envolvidos no assunto para debater o processo produtivo e de trabalho no setor; 2 – Articulação com o Conselho do Migrante – foi feita apresentação na reunião da Comissão do dia 29 de fevereiro de 2008, com os encaminhamentos: propor a apresentação e discussão no Pleno; encaminhar à CIRH/CNS as questões relativas a fluxo de profissionais de saúde, validação de diplomas, residência médica e multiprofissional, resolução recomendada sobre trabalhadores estrangeiros em Saúde; levantar os acordos internacionais de saúde do migrante e realizar estudos visando contribuir para o processo de revisão, com o olhar da questão da saúde do trabalhador, bem como identificar a necessidade de novos protocolos; e 3- Aprofundar o debate sobre Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Finalizou a apresentação dessa primeira parte, destacando que a CIST/CNS cumpriu todo o plano de trabalho. Continuando, apresentou a síntese dos resultados dos trabalhos de grupo do Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador, realizado nos dias 10 e 11 de dezembro de 2007, e que contou com mais de 126 participantes, representando 23 Estados Brasileiros. Nessa parte, enfocou os problemas identificados e as estratégias para enfrentá-los e, em alguns casos, as ações que precisavam da aprovação do Pleno, a saber: Problema 1: Falta de compreensão da importância e do papel da CIST por parte dos seus membros integrantes, dos conselhos de saúde, dos gestores e demais atores - estratégias para o enfrentamento do problema: 1) Sensibilização dos Atores Sociais; 2) Melhorar o sistema de comunicação e informação entre as CISTs e os Atores Sociais; 3) Definir o papel, atribuições e funcionamento das CISTs e dos conselhos gestores; 4) Melhorar a relação das CISTs com os conselhos de saúde e com os Conselhos Gestores da RENAST; 5) Fortalecer o debate político sobre saúde do trabalhador e controle social com a sociedade civil; 6) Visibilidade e articulação política da CISTs junto a sociedade; 7) Mobilizar o Conselho Nacional e coordenadores estaduais de plenárias de conselheiros; Problema 2: A inexistência de um diagnóstico nacional quanto às CISTs: Elaborar diagnóstico da atual situação das CISTs; Problema 3: O distanciamento no relacionamento das CISTs e os Conselhos de Saúde - Estratégia para enfrentamento do problema: 1) Fortalecer os processos de informação e comunicação de caráter permanente para Controle Social em Saúde do Trabalhador no SUS; e 2) Fortalecer o processo de educação permanente em Saúde do Trabalhador para o Controle Social do SUS; Problema 4: A relação da CIST com o CEREST caracterizando uma relação de dependência - Estratégia para enfrentamento do problema: garantir estrutura para o funcionamento das CISTs. Também apresentou os problemas apontados pelos participantes do Encontro que dificultam/impedem a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e das Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Na opinião dos participantes, são problemas e estratégias para enfrentamento: Problema 1:

Desconhecimento por parte da sociedade, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e das Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, bem como as dificuldades de inserção desse conhecimento não só nas instâncias do Controle Social mas, também na gestão e execução técnica – Estratégias para o enfrentamento: 1) viabilizar a disseminação das informações acerca da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, de forma inter e intra-setorial, priorizando o empoderamento dos atores sociais na consolidação desta política; 2) implementar políticas de informação e comunicação a população em geral sobre a política pública do SUS; e 3) fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador nos conselhos de saúde nas três esferas de governo; Problema 2: As demais políticas atuais de Estado e de governos estão caminhando na contramão da saúde do trabalhador, enfraquecendo as estratégias da PNST - Estratégia para enfrentamento do problema: 1. Fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, através do resgate da vigilância em saúde do trabalhador, como prioridade na implantação da RENAST; Problema 3: Falta de adequação da política de Gestão do trabalho – Estratégias para o enfrentamento: 1. Fortalecer a política de Gestão do Trabalho a partir das resoluções da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Problema 4: Falta de vontade política dos gestores (não cumprimento das deliberações das Conferências de Saúde do Trabalhador) e Falta de articulação intersetorial e intra-setorial em saúde do trabalhador - Estratégia Para Enfrentamento: 1) sensibilizar o governo federal a garantir a efetivação do GEISAT; e 2) garantir o cumprimento das deliberações da terceira CNST. Informou que o relatório final do Encontro estava em processo de conclusão e seria apresentado ao Pleno. A respeito desse encontro, destacou que o Pleno deveria manifestar-se sobre as seguintes propostas: realizar o Segundo Encontro Nacional das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador na segunda quinzena de novembro de 2008; e realizar cinco encontros regionais (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste). Além disso, informou que a FIOCRUZ procurou a CIST para que contribua com a definição dos conteúdos de cursos de capacitação em saúde do trabalhador, com ênfase de vigilância. Desse modo, solicitou a anuência do Pleno para que pudesse dialogar com a Fundação sobre os conteúdos e discutir com a Comissão Intersectorial de Educação Permanente acerca da demanda da capacitação permanente em saúde do trabalhador. Além disso, informou que a Rede de Escola Continental dispõe de recursos para realização de 27 plenárias estaduais para discutir saúde do trabalhador e propôs parceria com a CIST para realização dessas atividades. Desse modo, solicitou que o CNS se manifestasse sobre a possibilidade da CIST com a Rede acerca da realização das Plenárias. Finalizando, informou que a Comissão possuía vinte resoluções e recomendações para aprovação do Pleno. Desse modo, consultou o Plenário se seria necessária a leitura de todos os documentos. Como encaminhamento do debate, foi aberta a palavra para considerações sobre o Encontro Nacional das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e a Avaliação e atualização do Plano de Ação da CIST/CNS. As recomendações e resoluções seriam discutidas em seguida. Conselheira **Maria Helena Machado**, na condição de coordenadora da CIRH/CNS, disse que seria importante o diálogo desta Comissão, responsável por acompanhar as políticas dos trabalhadores da saúde, com a CIST/CNS a respeito das recomendações e resoluções. Também salientou a importância de interlocução da CIRH/CNS com a Mesa Nacional de Negociação do SUS e com a SGTES/MS para debate e contribuição às atividades propostas pela Comissão. Ainda informou que o SGT11 consistia em um órgão oficial que trata da negociação entre as partes do Mercosul e foi criado no âmbito da SGTES o Fórum Permanente do Mercosul que trata do tema. Desse modo, ressaltou que seria importante o diálogo com esses espaços. Finalizou a sua fala informando que não poderia acompanhar o debate até o fim, porque teria que fazer uma apresentação na CIT. Conselheira **Maria Izabel da Silva** informou à conselheira que as resoluções e recomendações da CIST/CNS não inviabilizavam as sugestões dela. Ressaltou que dentre as ações, que não foram lidas em virtude da exigüidade de tempo, contava a proposta de promover o diálogo com órgãos e comissões que debatiam a questão da saúde do trabalhador. Em que pese essa consideração, Conselheira **Maria Helena Machado** solicitou que as recomendações e resoluções não fossem apreciadas naquele momento, a fim

de que houvesse tempo para melhor analisá-las. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** solicitou esclarecimentos sobre as seguintes questões: a saúde do trabalhador é vista na dimensão de saúde do trabalhador como um todo? O plano de saúde da GEAP beneficia somente os funcionários públicos federais? Os trabalhadores funcionários públicos têm o SUS como base de atendimento? Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** disse que seria importante aprofundar o debate sobre a inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, porque estava centralizada nos CERESTs. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** parabenizou a CIST/CNS pelo trabalho, contudo, avaliou que seria necessário implantar a metodologia das câmaras técnicas, a fim de se garantir a interlocução entre as comissões. Como encaminhamento a curto prazo, sugeriu que fosse apresentado ao CNS um diagnóstico sobre o financiamento da saúde do trabalhador, para definição de medidas acerca da estruturação desse serviço. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** disse que a CIAN/CNS propôs pauta de discussão conjunta com a CIST/CNS em relação ao Programa de Alimentação do Trabalhador, iniciando-se pela Moção nº. 43, aprovada na 13ª Conferência, de apoio à ampliação do referido Programa. Conselheira **Lílian Aliche** solicitou que a CIST/CNS aprofundasse o debate sobre o caso de trabalhadores com 45 anos ou um pouco mais que entravam em processo de demência e não possuíam apoio financeiro para o trabalhador, nem para o seu cuidador. Conselheiro **Luís Augusto Facchini** cumprimentou a CIST/CNS pelo trabalho e sugeriu que o CNS recomendasse a inserção da saúde do trabalhador nos programas de desenvolvimento social do país. Também propôs que o Conselho sugerisse maior investimento em pesquisas na área da saúde do trabalhador, pois estas eram subfinanciadas ao longo dos anos. Conselheiro **Remigio Todeschini** enfatizou a necessidade de integração da saúde e segurança do trabalho visando operacionalização na ponta para atender à política de saúde do trabalhador, no sentido de ampliar a cobertura, investir na prevenção e realizar ações de educação permanente. Além disso, destacou as negociações entre o Ministério da Previdência, Ministério do Trabalho e Ministério da Saúde para retomar o GEISAT, visando ação operacional efetiva nessa área. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** cumprimentou a CIST/CNS pelo trabalho e convidou o CNS a participar do manifesto que seria realizado no Dia Internacional das Vítimas de Acidentes de Trabalho, 28 de abril. Conselheira **Rozângela da Silva Santos** pontuou a preocupação com os trabalhadores que atuavam no tratamento de terapia renal substitutiva que eram de cooperativas e trabalhavam com o usuário do SUS. Ressaltou que esse trabalho não estava adequado aos moldes do SUS e o trabalhador ficava isolado do sistema. Desse modo, salientou a necessidade de capacitar esses profissionais e garantir os seus direitos. Conselheiro **Mauro Schmidt** parabenizou a Comissão pelo debate de temas atuais e propôs a participação de representantes da Comissão em reunião da Mesa Nacional de Negociação do SUS e vice-versa, para estreitar relação entre esses dois espaços de debate. Conselheira **Maria Natividade Santana** solicitou que as minutas de recomendação e resolução não fossem apreciadas naquele momento, a fim de que houvesse tempo para análise mais detalhada. **Encaminhando, Conselheiro Luís Carlos Bolzan sugeriu que os conselheiros analisassem as minutas e discutissem as eventuais dúvidas ou questionamentos com a Coordenadora da CIST/CNS. Caso não houvesse acordo, seria reservado espaço no período da tarde para debate. No caso de não haver destaques, as minutas seriam consideradas aprovadas. A proposta foi aprovada.** Na sequência, Conselheira **Maria Izabel da Silva** comentou as intervenções do Pleno. Explicou que o Grupo Executivo Institucional de Saúde do Trabalhador – GEISAT era composto por vários órgãos de governo, em especial, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência Social. Por conta de não estar ativo, a CIST/CNS apresenta resolução solicitando a reativação para dar conta da intersectorialidade das ações. Ressaltou que a base de atendimento ao trabalhador é o SUS e os debates no âmbito da Comissão não diziam respeito apenas ao funcionalismo público. Contudo, salientou que a CIST/CNS entendia a necessidade de aprofundar o debate a fim de definir orientações acerca do serviço público. Ressaltou que esse processo seria feito de forma conjunta com a Mesa de Negociação, centrais sindicais, representação dos trabalhadores do setor público visando definir e apresentar até 2009 um conjunto de diretrizes para o atendimento do funcionalismo público. Também informou que

estava prevista articulação da CIST/CNS com as demais comissões do CNS para discutir temas afins. Comunicou ainda que seria solicitada reunião com CONASS e CONASEMS para debater a inserção da saúde do trabalhador na atenção básica. Além disso, disse que poderia ser apresentada, na próxima reunião, duas minutas de resoluções, uma dirigida aos governos federal, estaduais e municipais solicitando que os projetos de desenvolvimento econômico e social do país considerem a saúde do trabalhador e outra solicitando incentivo às pesquisas em saúde do trabalhador. Em relação ao dia 28 de abril em memória às vítimas de acidentes de trabalho, comprometeu-se a apresentar manifesto, na próxima reunião do CNS, para apreciação e divulgação. Também informou que a Comissão se reuniria nos dias 28 e 29 de abril e, como parte da pauta, participaria das atividades no dia 28 de abril em memória às vítimas de acidentes de trabalho, a serem realizadas pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência. Finalizando, submeteu à apreciação do Pleno o calendário de reuniões da CIST/CNS: 28 e 29 de fevereiro; 28 e 29 de abril; 17 e 18 de julho; e 5 e 6 de novembro. Além disso, lembrou que seria realizado o segundo encontro nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador na segunda quinzena de novembro de 2008. Por fim, destacou que, caso houvesse algum problema, traria as quatro resoluções e as dezesseis recomendações a serem tratadas no período da tarde. Fechando este item, Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** desculpou-se pelo atraso no término da mesa e, de imediato, passou ao item 10 da pauta. **ITEM 10 – A SITUAÇÃO DA POLÍTICA DE COMBATE À INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA** - Conselheira **Maria Izabel da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou para compor a mesa: Sr. **José Luiz Nogueira**, consultor da coordenação de média e alta complexidade/SAS/MS; e Conselheira **Rozângela da Silva Santos**, da Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil - FARBRA. O consultor da coordenação de média e alta complexidade/SAS/MS, **José Luiz Nogueira**, iniciou a sua explanação agradecendo o convite e informando que faria abordagem geral da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Primeiro, fez a apresentação de indicadores para demonstrar os resultados dos serviços de diálise. Explicou que, para elaboração da Política, foi constituído GT para elaboração de um diagnóstico da situação e da definição da Política Nacional ao Portador de Doença Renal, tendo como participantes setores do Ministério da Saúde envolvidos no processo, representantes das sociedades científicas e Conselhos Nacionais de Saúde. Disse que a Política foi publicada em 15 de junho de 2004. Explicou que os normativos da Política eram: Portaria GM/MS nº 1.168, institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal; Portaria SAS/MS nº 211 e anexos (Revogada pela Portaria SAS 432/2006), que trata das normas de credenciamento dos serviços de nefrologia e centros de referência; e RDC Anvisa nº. 154, republicada em 31 de maio de 2006, que estabelece regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. Detalhou a Portaria SAS nº. 432/2006, que estabelece a composição das redes de serviços de diálise, sendo: Serviços de Nefrologia; e Centro de Referência em nefrologia (precisa ser hospital de ensino). Destacou que a Política visa estruturar uma rede de serviços hierarquizada e regionalizada, que estabeleça uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) e garantir a assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de técnicas e métodos terapêuticos específicos, estabelecer mecanismos de avaliação, supervisão, acompanhamento e controle da assistência prestada aos pacientes e ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de diálise. Além disso, deve ser organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e Secretarias de Municipais de Saúde e tem como desafio levar os serviços de diálise para o interior das regiões, porque estavam localizadas nas capitais e cidades de pólos. Disse que as redes de serviços de saúde foram publicadas e seriam feitos os acompanhados devidos na Rede de alta complexidade da terapia renal substitutiva. Salientou que, em 2007, o gasto com a diálise foi de cerca de R\$ 1,5 bilhão, excluindo-se os gastos com medicamentos, internações e transporte até o local da diálise. Também comentou os indicadores da Terapia Renal Substitutiva –TRS, sendo: Perfil de Gestão; Perfil do Serviço; e Perfil de usuários. Destacou

que, nos últimos anos, o aumento do número de pacientes (de 2005 a 2006, 4% e de 2006 a 2007, mais 4%) foi menor que a série histórica. Salientou que a maior parte dos serviços de diálise era privada ou filantrópica. Disse que a taxa de pacientes em terapia renal substitutiva era de 40 pacientes/100 mil hab., mas se verificava diferenças entre os estados. O Rio Grande do Sul e o Rio de Janeiro possuíam o maior número de pacientes em terapia renal substitutiva por 100 mil habitantes. Salientou que a média do Brasil era baixa em relação a outros países e alguns estados estavam aquém dessa média, o que demonstrava os limites de acesso aos serviços em várias regiões do país. Explicou que a taxa de mortalidade do Brasil era de 10%, que era baixa equiparável a de países europeus, mas, ao fazer o cruzamento de dados, a taxa mostrava-se bem mais elevada. Também destacou que foi disponibilizada para ANVISA a taxa de óbitos por prestador para direcionamento da fiscalização. Lembrou que os dados apresentados traduziam as informações dadas pelo prestador a APAC. Falou dos maiores casos alterados de proporção de cateter duplo lúmen em relação ao número de pacientes de hemodiálise, uma vez que o alto número desse tipo de diálise era indicador de má qualidade dos serviços, porque esta não era uma boa forma de dialisar o paciente. Disse que esse levantamento foi enviado à ANVISA para acompanhamento dos serviços desses locais. Também enfatizou que esta terapia era calcada basicamente na hemodiálise, com poucos casos de diálise peritonal e transplantados. Ressaltou que, em regra, os pacientes de hemodiálise faziam três sessões por semana, mas aqueles mal dialisados e acompanhados clinicamente precisavam de sessões extras. Portanto, o alto número de sessões extras demonstrava que o serviço de diálise não foi realizado da forma adequada. Desse modo, os dados sobre as sessões extras por prestador foram encaminhados à ANVISA e DENASUS para acompanhamento dos locais que apresentavam alto número de sessões. Destacou os dez maiores casos de proporção de sessões excepcionais de hemodiálise em 2006: RR: 8,50%; RO: 5,15%; MS: 2,13%; PE: 1,74%; ES: 1,64%; CE: 1,54%; AL: 1,51%; RN: 1,43%; SC: 1,41%; e RJ: 1,36%. Também salientou a distribuição dos pacientes em terapia renal substitutiva, por sexo, conforme dados de 2005/ 2006: sendo 57,38% masculino e 42,62% feminino. Explicou que a idade média de entrada do paciente na diálise era 47 anos, que era muito baixa em relação a outros países. Salientou que a hepatite tipo “B” era um problema de saúde para os pacientes com insuficiência renal, mas, após a vacina, houve grande diminuição. Por outro lado, explicou que a hepatite “C” era um problema porque não tinha vacina. Ressaltou que a estimativa era de 1,8 milhões de pacientes com doença renal crônica que não estavam na diálise. Finalizando, apontou dificuldades a serem enfrentadas, sendo: demora na resolução das pendências por parte dos gestores; falta de orçamento próprio; análise das Redes de alguns Estados; e deficiência dos dados do DRAC/APAC-Identificada para estudo da TRS. Também citou como avanços a construção dos indicadores da TRS, a implantação de novos serviços de nefrologia, a habilitação de 92,3% dos serviços encaminhados (637 processos de serviços encaminhados e 588 habilitados), a discussão entre áreas do Ministério da Saúde (SVS, DAB, DAPE, DRAC, DAE e Urgência Emergência) referente à construção da linha de cuidados do paciente com DRC. Por fim, apontou como metas a serem atingidas: concluir as habilitações dos serviços de nefrologia; realizar a avaliação dos serviços habilitados e redes implantadas; validar e publicar os indicadores da TRS; e implantar linha de cuidados do DRC/Doença Crônica. Na sequência, foi aberta a palavra à Conselheira **Rosângela da Silva Santos**, da FARBRA, começou informando que a sua apresentação seria dividida em duas partes, o que era doença renal crônica e a situação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. De início, informou que naquele dia comemorava-se o Dia Mundial de Rim e, na condição de transplantada renal, registrou que estava muito satisfeita em poder tratar do tema no CNS, porque podia explicitar aos conselheiros as dificuldades enfrentadas pelo portador de doença renal crônica no país. Destacou que, além das falhas da Política, os pacientes tinham que lutar ativamente por medicamentos. Também detalhou o procedimento inicial para hemodiálise para explicar que se tratava de um tratamento muito doloroso, as famílias não estavam preparadas para apoiar os pacientes e estes não aceitavam o tratamento. Disse que os pacientes necessitavam de uma política de assistência integral do SUS (nutrição, alimentação, psicológica, entre outras) para enfrentar as

1427 dificuldades. Desse modo, destacou que o principal desafio era como garantir a qualidade de
1428 vida das pessoas que se submetiam à diálise. Feito esse quadro inicial, passou à análise de
1429 conjuntura. Explicou que o Estado vinha em um processo de transferência de grande parte de
1430 sua capacidade de concentração de renda para formas e modelos de gestão da função
1431 pública não estatal, em especial privada ou pública de direito privado. Disse que o poder
1432 público incapaz de mudar o sistema de financiamento em saúde e em se constituir em uma
1433 rede própria de serviços com qualidade, vem se rendendo a incalculáveis exercícios de
1434 Gestão e surgiram, ciclicamente, os modelos gerenciais salvadores. Como resultados desse
1435 processo, destacou a precarização dos serviços, da qualidade e atendimento, em detrimento
1436 da saúde da população; os recursos crescentemente privatizados, seja para o setor
1437 complementar, seja para o setor suplementar, não garantem nem o atendimento com
1438 qualidade e nem a “saúde financeira” destas instituições privadas. Salientou que o fato de os
1439 serviços de nefrologia serem quase 100% privados e conveniados dificultavam o modelo de
1440 gestão do SUS. Explicou que, em Estados, onde a rede de serviços de saúde já possuía
1441 estrutura minimamente compatível às demandas, a exemplo de São Paulo, Rio, Minas Gerais,
1442 Rio Grande do Sul e Distrito Federal, o percentual de IRCs diagnosticados é maior, variando
1443 entre 0,035% a 0,045% da população total. Nos Estados em que a rede é precarizada, a
1444 exemplo do Maranhão, Pará, Rondônia, Amapá e Acre, os percentuais de IRCs
1445 diagnosticados cai para 0,006% a 0,015% da população. Ressaltou que o percentual de
1446 médicos em relação à população, um médico para 763,4 habitantes, é muito baixo em relação
1447 ao perfil epidemiológico e a formatação do território, e, sua distribuição no espaço e na
1448 especialidade indica a grande concentração no Sudeste e Sul, algo próximo a 73%, em
1449 detrimento do Norte, Nordeste e Centro Oeste. Também destacou que não houve crescimento
1450 significativo de leitos-transplante nem nas UTI’s hospitalares, nem em leitos-transplante nos
1451 ambulatoriais. Enfatizou que não era possível pensar uma Política Pública para a IRC sem se
1452 retomar os princípios básicos do SUS, sua forma de estruturação e os modelos de gestão que
1453 se pautem para a garantia destes princípios. Desse modo, são conceitos norteadores:
1454 universalidade, acessibilidade, igualdade, equidade, integralidade e controle social.
1455 Continuando, falou das propostas, com destaques a duas relativas, respectivamente, à
1456 integralidade e à assistência: assegurar ao IR ou o IRC como um usuário do SUS, que requer
1457 o acompanhamento multiprofissional/multidisciplinar, pois a patologia não se limita a um único
1458 tipo de gravame ou risco e garantir o Benefício da Prestação Continuada – BPC, para IRCs
1459 em diálise ou transplantados. Benefício que só será suspenso por solicitação do IRC. No que
1460 se refere à mobilização, citou as propostas: garantir a ampliação de direitos e pela seguridade
1461 social como condição do IRC ter igualdade de oportunidades a partir da diversidade; acionar
1462 os demais segmentos das Patologias Crônicas e das demais deficiências ou agravos
1463 incapacitantes, lutas comuns pela acessibilidade, universalidade e efetiva integralidade nas
1464 ações públicas; garantir e defender políticas públicas que tenham por objetivo a
1465 desconcentração, a (re) publicização e a desmonopolização reinante na saúde e que tem na
1466 privatização da TRS o exemplo dignificante da inacessibilidade, da não integralidade e não
1467 universalidade; e desatrelar o movimento corporativo dos IRC dos interesses objetivos dos
1468 demais atores limitantes do IRC na especificidade da TRS, como estratégia para um real
1469 movimento de emancipação. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para
1470 considerações do Pleno. Conselheira **Fabíola de Aguiar Nunes** perguntou os motivos da
1471 baixa taxa de diálise peritoneal e se existia algum programa para que o país se tornasse mais
1472 independente em relação aos insumos para a terapia substitutiva. Destacou também a
1473 necessidade de pensar em estratégias para capacitação do curador e de colocar as
1474 instalações que fazem diálise sob vigilância, com atenção especial ao cuidado com a água.
1475 Registrou ainda ser necessário iniciativas voltadas ao pessoal que trabalhava com diálise.
1476 Avaliou que o setor privado deveria disponibilizar transporte para o retorno dos pacientes as
1477 suas residências. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** reiterou o sofrimento enfrentado
1478 pelas pessoas que realizavam terapia renal substitutiva. Defendeu que o CNS deflagrasse no
1479 país um movimento pelo fortalecimento da rede estatal de hemodiálise e transplante, porque
1480 este se constituía em um grande negócio para os grupos econômicos que exploravam a
1481 doença e o sofrimento da população. Além disso, que recomendasse uma campanha nacional

de estabelecimento de uma rede de referência para hipertensos e diabéticos visando a prevenção, acompanhamento e tratamento dessas doenças, com equipe multiprofissional. Conselheira **Maria Laura Carvalho** relatou que, no Rio Grande do Sul, os assistentes sociais, ainda que precarizados na relação de trabalho, desempenhavam atividade de grande dedicação que buscava diminuir o sofrimento dos doentes. Também solicitou maiores informações sobre o transporte dos pacientes que realizavam diálise – custo, valor repassado para as clínicas e responsável pelo pagamento. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** parabenizou os expositores pela apresentação e manifestou solidariedade a todas as pessoas que realizavam diálise pelas dificuldades que enfrentavam. Ressaltou que seria necessário refletir sobre condições para melhoria do atendimento às pessoas, com formação de profissionais para atender a demanda. Enfatizou também a necessidade de implementação da Política de Qualificação dos Serviços e da Humanização no Atendimento, que possuía diretrizes que melhorariam as condições de atendimento das pessoas. Conselheiro **Luís Augusto Facchini** perguntou aos expositores a expectativa, do ponto de vista epidemiológico, em relação à doença renal crônica, considerando os fatores de envelhecimento da população e de crescimento da prevalência de hipertensão e diabetes. Também quis saber a estimativa de demanda reprimida acerca da terapia renal substitutiva e as iniciativas para acolhê-la. Salientou ainda a importância de pensar em uma política integral para organizar ações de prevenção da doença renal crônica no conjunto da população. Por fim, perguntou sobre os avanços na pesquisa com células-tronco em relação à doença renal crônica. Após essa fala, os expositores comentaram esse primeiro bloco de intervenções. O consultor da coordenação de média e alta complexidade/SAS/MS, **José Luiz Nogueira**, explicou que a diálise peritoneal era considerada mais apropriada aos pacientes diabéticos e com insuficiência cardíaca, mas estudos demonstravam que esse tipo de diálise não era direcionada especificamente para esses pacientes. Disse que no Brasil o percentual de pacientes em diálise peritoneal era de 9%. Também comunicou que o Ministério da Saúde estava reformulando a política de financiamento da diálise peritoneal, porque o prestador tinha prejuízo com essa prestação de serviços, porque tinha que repassar o recurso e pagar imposto sobre os recursos. Destacou que duas empresas dominavam o mercado de diálise no país e o Brasil possuía 75 mil pacientes em diálise, com projeção de grande crescimento. Ressaltou que os gastos com diálise no país foi de R\$ 1,5 bilhão e com incremento chegaria a R\$ 3 bilhões. Desse modo, salientou que era estratégica uma política de incremento voltada à indústria nacional. Ressaltou ainda que a RDC publicada contempla os cuidados que o paciente deve ter e salientou que quanto maior o cuidado, por parte do prestador, menor o trabalho. Informou que a garantia do transporte dos pacientes era de responsabilidade do gestor, o qual estabelecia a melhor forma (passe público, transporte sanitário, entre outras), sendo garantido recurso no MAC do município para esse fim. Explicou que a doença renal crônica era uma das faces da epidemia de doenças crônicas que ocorria no mundo. Lembrou que as principais causas das doenças renais se refletiam pela associação do diabetes mellitus e a hipertensão, portanto, a prevenção dessas doenças ou a abordagem do paciente acometido por elas eram as melhores formas de prevenção das doenças renais crônicas. Ressaltou que o Estado teria que se preparar para abordar o conjunto de doenças vasculares. Conselheira **Rosângela da Silva Santos**, da FARBRA, disse que os pacientes dificilmente eram consultados sobre o tipo de tratamento que desejavam fazer ao iniciar o tratamento de diálise e quanto a diálise peritoneal, esta tornava o paciente muito dependente, pois eram realizadas quatro vezes ao dia. Ressaltou que, apesar de oferecer melhor qualidade para o tratamento, esse tratamento deveria ser uma opção do paciente. Relatou também caso de assistentes sociais que atendiam os interesses das clínicas, dificultando o acesso dos pacientes à orientação. Disse que havia mais de 70 mil pessoas que faziam diálise, com pouca expectativa para transplante. Em relação ao transporte, falou de casos de municípios que levavam os pacientes para outros municípios. Além disso, comunicou que a RDC 154 permitia que as associações acompanhassem a vigilância sanitária nas visitas às clínicas de diálise, mas nem sempre as pessoas que acompanhavam estavam capacitadas para avaliar os serviços. Além disso, pontuou que o paciente renal tinha medo de denunciar as clínicas, por conta de represálias. Concluídas as considerações da mesa, Conselheiro **Wander**

Geraldo da Silva, em substituição à Conselheira Maria Izabel na coordenação dos trabalhos, abriu a palavra ao segundo bloco de inscitos. Conselheiro **Flávio Poppe** cumprimentou o expositor e apresentou os seguintes questionamentos: quais os motivos da diminuição dos novos casos de doentes renais nos últimos dois anos e por que o Brasil apresenta percentual menor de casos em comparação a outros países. Também manifestou preocupação com o déficit de consultas em relação ao número de casos. Além disso, solidarizou-se com a Conselheira Rozângela Santos e reiterou a proposta de realizar campanha para priorizar os serviços de hemodiálise da rede SUS, entendendo que as clínicas de diálise, na grande maioria, priorizavam o lucro a vida das pessoas. Conselheiro **Volmir Raimondi** também reiterou o sofrimento dos pacientes de hemodiálise por ter feito hemodiálise durante um ano e quatro meses. Ressaltou ainda que as clínicas de hemodiálise não incentivavam o paciente a realizar o transplante porque teria impacto negativo no faturamento. Falou ainda da dificuldade dos pacientes que realizavam transplante em obter o medicamento necessário, resultando, muitas vezes, no retorno à hemodiálise, que era um procedimento extremamente oneroso para o Sistema. Conselheira **Noemy Tomita** cumprimentou a Conselheira Rozângela Santos pela coragem de enfrentar o problema e socializar a situação que o país enfrenta. Fez alusão ao ocorrido em Caruaru onde vários pacientes de hemodiálise foram contaminados por bactéria na água para perguntar em que estágio do tratamento poderia ocorrer a contaminação por cianobactérias, lembrando inclusive a exigência de averiguação desse agente, conforme portaria. Conselheiro **Armando Tadeu Gastapaglia** disse que deveria se considerar que o renal crônico possuía uma política, ainda que não fosse ideal. Ressaltou que o Programa de Saúde da Família seria a porta ideal para iniciar o processo de prevenção, porque, diante do déficit de consultas, não seria possível formar profissionais para atender à demanda reprimida a curto prazo. Dessa forma, disse que era preciso investir no Programa a fim de que desenvolva esse trabalho. No mais, perguntou qual a participação da Sociedade Brasileira de Nefrologia em relação aos aspectos explicitados. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** disse que os pequenos municípios, que não ofereciam os serviços, cumpriam a sua responsabilidade de transportar os pacientes para fazer hemodiálise. Contudo, em alguns locais se enfrentava dificuldades porque, às vezes, não conseguiam fazer a compra de veículo adequado para oferecer esse serviço. Ressaltou que no Orçamento 2008 diversas áreas tiveram corte de recursos para investir na assistência ambulatorial e hospitalar especializada (filantrópicas). Conselheira **Cândida Maria Carvalho** perguntou se as três esferas de gestão repassavam recursos para hemodiálise e se era feita a vigilância dos filtros utilizados nos pacientes. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou o consultor do Ministério da Saúde e solidarizou-se com a Conselheira Rozângela Santos, por ter duas pessoas na família que foram submetidas à diálise. Sugeriu que o Pleno manifestasse apoio às propostas do Presidente do CNS, incluindo a responsabilização dos gestores que, por negligência, deixava que um paciente transplantado retornasse à hemodiálise por não fornecer os medicamentos. Conselheiro **Flávio Heleno Poppe** informou que, naquele momento, o Presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia fazia um depoimento na Câmara de Seguridade Social. Conselheiro **Armando Tadeu Gastapaglia** disse que o Presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia defendia o controle do diabetes e hipertensão como prevenção da doença renal crônica e avisava que 125 pacientes entrariam em diálise em 2010. Além disso, 50% dos doentes não tinham acesso ao diagnóstico nem à terapia renal substitutiva. No mais, havia 30 mil pacientes transplantados e mais 32 mil estavam na fila de espera aguardando transplante de rim. Para finalizar, registrou que as entidades médicas estavam do lado da comunidade, principalmente dos usuários. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** salientou que era um avanço para os representantes dos usuários ter uma discussão sobre os cuidados do doente crônico, usuário do SUS. Também perguntou como era feita a fiscalização do controle social nas clínicas de diálise do país, além da vigilância sanitária. Conselheiro **Raimundo Sotero** também frisou o estado de abatimento de pessoas que saíam da diálise, muitas vezes, decorrente de uma falta de assistência dos serviços. Disse que a qualidade dos medicamentos ofertados a pessoas com diabetes não garantia o sucesso no tratamento, levando os pacientes, muitas vezes, à hemodiálise. Nesse sentido, denunciou que a qualidade da insulina utilizada para pacientes com diabetes tipo 2

1592 não era suficiente para garantir que o paciente não fosse para diálise. Dessa forma, propôs
1593 que o CNS fizesse consulta à Sociedade de Endocrinologia e Diabetes sobre a qualidade do
1594 produto ofertado aos pacientes. Avaliou que o governo não assumia a quimioterapia e o
1595 tratamento renal substitutivo, porque havia um lobby intermediário para faturar sobre esses
1596 procedimentos. Também solicitou que fosse solicitado ao Ministério da Saúde um
1597 pronunciamento, em caráter de emergência, nos veículos de comunicação de massa e em
1598 cadeia nacional, sobre o cancelamento do registro do documento Micofenolato de Mofetila,
1599 esclarecendo como os usuários deste medicamento deverão fazer a substituição. Por fim,
1600 disse que seria necessário fazer uma investigação a respeito da qualidade da oferta do
1601 Programa de Tratamento de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde – HIPERDIA. Na
1602 seqüência, os expositores comentaram as falas dos conselheiros. O consultor da
1603 coordenação de média e alta complexidade/SAS/MS, **José Luiz Nogueira**, iniciou
1604 manifestando o interesse de continuar a discussão desse tema. Disse que, atualmente, havia
1605 40 pacientes de doença renal crônica por 100 mil/hab., sendo que esses possuíam doença
1606 vascular e 50%, antes de chegar à diálise, morriam de infarto. Ressaltou que a estimativa era
1607 de 1 milhão e oitocentos pacientes com doença renal crônica e quinhentas mil consultas de
1608 nefrologia. Acrescentou que esse paciente necessitava de acesso a uma equipe
1609 multidisciplinar e, nessa lógica, se discutia no âmbito do Ministério da Saúde um núcleo de
1610 apoio clínico para as doenças crônicas para a atenção devida aos pacientes. Nessa ótica, o
1611 nefrologista teria o papel de consultor e não de fazer o acompanhamento desse paciente.
1612 Explicou que a água utilizada pelos pacientes de doença renal crônica passava por um
1613 processo especializado de tratamento. Desse modo, a água injetada diretamente na veia do
1614 paciente era diferente da consumida, assim, o risco de contaminação era maior. Também
1615 destacou que as máquinas da época do ocorrido em Caruaru eram de tanque e as de hoje
1616 eram de proporção, com maior garantia ao paciente. Concordou que o foco deveria ser a
1617 prevenção primária. Em relação ao financiamento, disse que o Ministério da Saúde repassava
1618 recursos para os gestores estaduais e municipais e, a cada seis meses, era realizado
1619 encontro de contas, “zerando” as contas. Assim, os estados e municípios, de acordo com a
1620 gestão, deveriam arcar com o incremento do paciente no semestre seguinte. Explicou que a
1621 reutilização adequada do capilar não trazia problemas ao paciente. Finalizou colocando-se à
1622 disposição para continuar esse debate em outro momento. Conselheira **Rosângela da Silva**
1623 **Santos** disse que o controle social enfrentava dificuldades para acompanhar a situação da
1624 hemodiálise no país, porque havia subnotificação de casos e os dados não eram
1625 compartilhados. Informou que o SUS pagava R\$ 1.800,00 por um tratamento de diálise e o
1626 convênio mais de R\$ 3.000,00 e, por essa razão, houve a denúncia de clínicas que colocavam
1627 pacientes de convênio na vaga do SUS. Explicou que fatos como esse ocorriam porque não
1628 havia controle social pela dificuldade de participação do usuário no processo. Também
1629 pontuou que os pacientes tinham que atuar para garantir atenção integral e a dispensação de
1630 medicamentos. Sobre o ocorrido em Caruaru, informou que a pesquisadora responsável pela
1631 detecção da bactéria não conseguiu contatar os pacientes após o episódio para continuação
1632 da pesquisa. Disse que o drama dos pacientes que faziam diálise somente podia ser sentido
1633 por aqueles que passavam pela experiência. Explicou que os pacientes não tinham
1634 conhecimento suficiente para fiscalizar os capilares utilizados na diálise. Também falou da
1635 dificuldade de fiscalização das clínicas pelo controle social. Concordou com a necessidade de
1636 trabalho conjunto das patologias, em especial diabetes e hipertensão, para traçar perfil dos
1637 pacientes e definir plano adequado. Como encaminhamento, propôs a discussão do tema
1638 pelas Comissões do CNS e sugeriu resolução para que o Conselho, por meio da Comissão
1639 Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência, acompanhasse a terapia renal substitutiva.
1640 Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** agradeceu os expositores e passou aos
1641 encaminhamentos. **Sem prejuízo das propostas apresentadas pelos conselheiros,**
1642 **sugeriu que fosse delegada à Comissão Intersetorial da Pessoa com Patologia a**
1643 **elaboração de proposta de acompanhamento e monitoramento da Política,**
1644 **considerando como subsídio as considerações e sugestões do Pleno durante o debate.**
1645 **Não havendo destaques, a proposta foi aprovada.** Resolvido esse ponto, a mesa encerrou
1646 os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Iniciando os trabalhos da tarde, o

Presidente do CNS comunicou que no dia 12 de março o Presidente da República assinou mensagem encaminhando ao Congresso Nacional o projeto de lei que prevê que a concessão de certificado de entidade de beneficente de assistência social seja feita pelos ministérios correspondentes às áreas de cada entidade. De acordo com essa regra, os hospitais filantrópicos receberão certificado do Ministério da Saúde, as instituições de ensino serão avaliadas pelo Ministério da Educação e as entidades de assistência social receberão o aval do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Destacou que, na prática, o CNS participaria do processo de certificação dos hospitais filantrópicos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** fez uso da palavra para, em nome do FENTAS, registrar homenagem às mulheres pelo dia 8 de março. Conselheira **Cândida Maria Carnevalheira** aproveitou o espaço para propor que o CNS encaminhasse ao Supremo Tribunal Federal nota de apoio às pesquisas com células-tronco. O Presidente do CNS sugeriu que a proposta fosse apreciada durante a explanação da CONEP. Iniciando a pauta do período da tarde, passou ao item 11.

ITEM 11 – PARECERES DE ABERTURA DE NOVOS CURSOS NA ÁREA DA SAÚDE -

Informes da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH - Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou para compor a mesa Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH/CNS e Sra. **Ana Stela Haddad**, Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS. A apresentação foi dividida em dois momentos, informes gerais e apresentação dos pareceres. Em relação aos informes, a coordenadora da CIRH/CNS falou da transferência de escolas públicas para outras áreas fora da saúde. Comunicou que, apesar dos encaminhamentos do Pleno na última reunião, até o momento as duas Escolas, Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago – ESAP/GO e Izabel Santos, do Rio de Janeiro, não tinham retornado para o âmbito do SUS. No caso da Escola Técnica Izabel Santos, o governador do Rio de Janeiro comprometeu-se a rever o decreto e trazer a escola de volta para o SUS. Em relação a Goiás, informou que se aguardava a audiência com o governador. Contudo, disse que foi realizada manifestação pública a favor da manutenção da escola no âmbito do Sistema. Também, comunicou que o Ministério Público de Goiás, a partir do documento aprovado pelo CNS e enviado ao governador de Goiás, solicitou audiência no dia 13 de março à Secretaria da Fazenda para explicação sobre a transferência da Escola para essa Secretaria e, além disso, arguiu a constitucionalidade do ato. Além desse informe, lembrou que fora instituído, no âmbito da CIRH, sob a coordenação da Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, GT de avaliação de processos de autorização, renovação e reconhecimento de novos cursos na área da saúde, para agilizar o processo. Disse que os nomes das pessoas que analisavam os processos e os pareceres, até que fossem enviados ao MEC, eram mantidos sob sigilo. Também destacou que foi elaborado formulário para avaliação dos processos, a partir da Resolução nº. 350, utilizando dados públicos. Por fim, disse que se trabalhava em parceria com o Ministério da Educação e estava em processo de conclusão o sistema gerencial de informação. Feitos esses esclarecimentos, a Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, passou à segunda parte da apresentação. Primeiro, agradeceu a CIRH e destacou o esforço conjunto para construção de metodologia para análise dos processos. Ressaltou que, no esforço para vencer a demanda reprimida e trabalhar com tranquilidade, de setembro a dezembro de 2007, o CNS emitiu 45 pareceres. Citou nove processos que deram entrada ainda em 2007, explicando que três deles referiam-se à solicitação de aumento de número de vagas, mas de acordo com o Decreto nº. 5773, a Comissão ateve-se aos processos de autorização, renovação e reconhecimento de novos cursos na área da saúde. Feitas essas considerações, passou à apresentação dos pareceres, sendo: 1) FALC, em Cuiabá/MT - pedido de autorização para abertura de curso de Psicologia. Parecer: desfavorável. 2) Faculdade Exponencial, em Chapecó/SC - pedido de autorização para abertura de curso de Psicologia. Parecer: desfavorável. 3) Instituição Federal de Rondônia, em Porto Velho/RO - pedido de renovação de reconhecimento de curso de Medicina. Parecer: favorável com exigências. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou aparte para dizer que os pareceres, ao tratar da questão da deficiência, remetessem à acessibilidade conforme o Decreto nº. 5.296. Conselheiro **Alceu José Pimentel** perguntou se os pareceres da Comissão tinham sido

distribuídos aos conselheiros, dada a importância de análise dos documentos pelo Pleno para deliberação. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** informou que os relatórios não tinham sido distribuídos aos conselheiros. Desse modo, perguntou se poderia ser feita a projeção para acompanhamento. Conselheiro **Alceu José Pimentel** concordou com a proposta, contanto que nas próximas vezes fosse distribuída cópia dos documentos aos conselheiros. Conselheiro **Ciro Mortella** argüiu que o Regimento Interno determinava que as matérias de pauta, para deliberação, deveriam ser encaminhadas aos conselheiros com dez dias de antecedência. Desse modo, apesar de reconhecer a particularidade dessa matéria, avaliou que os conselheiros deveriam receber os pareceres com dez dias de antecedência, garantindo-se a reserva de confidencialidade, para análise prévia. Conselheira **Maria Helena Machado** colocou o entendimento de que os pareceres deveriam ter tratamento diferenciado das demais matérias apreciadas pelo CNS, porque os processos tinham acesso restrito e pela necessidade de se garantir o sigilo do processo de avaliação. Em que pese essa colocação, sugeriu adiar a votação dos pareceres para a próxima reunião, a fim de se garantir discussão com a Mesa Diretora do CNS e com o MEC. Disse que esse pedido de suspensão não traria prejuízo ao andamento dos processos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou a avaliação de que essa matéria não deveria ser tratada como as demais, considerando os interesses em envolvidos nesse processo. Ressaltou que a metodologia deveria ser a mais isenta possível, a fim de não haver margem para distorção. Concordou com a proposta de suspensão do ponto e propôs que fosse solicitado posicionamento da assessoria jurídica sobre a necessidade de envio dos pareceres aos conselheiros, com antecedência. **Encaminhando, Conselheira Ruth Ribeiro Bittencout colocou em apreciação a proposta, que foi aprovada: suspender o ponto de pauta e solicitar posicionamento da assessoria jurídica sobre a necessidade de envio dos pareceres aos conselheiros, com antecedência.** Para finalizar, Conselheiro **Volmir Raimondi** pontuou que era impossível garantir o sigilo das matérias discutidas com a transmissão das reuniões em tempo real. Desse modo, disse que o Pleno deveria definir se manteria a transmissão de todos os pontos tratados na reunião. Resolvido esse ponto, foi aberta a palavra para apresentação de informe sobre a reunião do Fórum dos Representantes dos Usuários do CNS, realizada no dia 11 de março de 2008. Conselheiro **Raimundo Sotero** destacou os principais pontos tratados na reunião: apresentar informes no primeiro dia; garantir a participação da Mesa Diretora; incluir saúde indígena como ponto de pauta permanente; dar encaminhamentos sobre o debate acerca da doença celíaca; realizar reunião ampliada no dia 12 de agosto; realizar reunião dos segmentos no intervalo das reuniões do CNS; indicar os nomes: Rildo Mendes – para coordenação-adjunta; Marisa Fúria - titular; FBAS – suplente; COBAP – titular; e Lílian Aliche – suplente. Além disso, foi solicitada providência sobre a denúncia de contaminação de trabalhador por Césio. Por fim, informou que o Conselheiro **Volmir Raimondi** foi indicado para dividir a coordenação do Fórum. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou que a mesa considerasse o pedido de pautar na reunião do CNS a Política de Saúde Oftalmológica. **Conselheira Ruth Ribeiro Bittencout solicitou que o relatório fosse enviado à Mesa Diretora para encaminhamentos. A solicitação foi acatada.** Conselheiro **Raimundo Sotero** perguntou sobre a reunião com o Presidente da FUNASA que foi desmarcada sem aviso prévio. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que a reunião marcada para o dia 11 de março foi desmarcada no dia 10. Conselheiro **Volmir Raimondi** registrou, de todo modo, que o cancelamento se tratou de uma desconsideração com os conselheiros que participariam da reunião. Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, apresentou informe sobre diárias e passagens. Comunicou que o levantamento feito pela SE/CNS apontou incorreções no sistema e identificou 66 conselheiros com pendências em relação diárias e passagens. Destacou que esses conselheiros seriam oficiados para resolver a situação e a SGEF, responsável pela emissão das passagens, também seria comunicada. Pontuou que essas pendências estavam dificultando a emissão de passagens para as jornadas das comissões. Disse que conversou com um assessor jurídico do Ministério da Saúde sobre a situação dos conselheiros, que eram colaboradores, mas a portaria do Ministério sobre diárias e passagens previa a saída das pessoas de Brasília para outros Estados e retorno à Capital. No caso dos

1757 conselheiros, o processo era inverso, pois vinham dos seus estados para Brasília e daqui para
1758 o seu local de origem. Diante dessa particularidade, o assessor solicitou que fosse elaborada
1759 minuta de portaria, tratando da especificidade do Conselho. Disse que a minuta foi elaborada
1760 e entregue ao assessor para análise e se aguardava uma resposta. Conselheiro **Ronald**
1761 **Ferreira dos Santos** sugeriu que as reuniões dos segmentos, que geralmente ocorriam às
1762 vésperas das reuniões do Conselho para discutir a pauta, fossem incorporadas ao calendário
1763 do CNS. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** solicitou que voltasse a ser disponibilizado aos
1764 conselheiros o transporte, por parte do Ministério da Saúde, tendo em vista a impossibilidade
1765 de revisão imediata do valor da diária. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
1766 **Cruz**, explicou que a sugestão do Conselheiro Ronald, no caso de ser acatada, facilitaria a
1767 justificativa para emissão das passagens. Sobre a solicitação da Conselheira Gyséle, disse
1768 que verificaria a possibilidade de ser acatada. **Não havendo destaques, foram acatadas a**
1769 **proposta do Conselheiro Ronald e a solicitação da Conselheira Gyséle.** A seguir, o
1770 Pleno decidiu trazer para a pauta da Reunião Ordinária o item 2 “Participação do CNS no
1771 Congresso do CONASEMS” da 37ª Reunião Extraordinária, que ocorreria no dia seguinte. A
1772 Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou informando que, conforme a
1773 programação, foram convidados a participar de atividades durante o Congresso os seguintes
1774 conselheiros: mesa sobre políticas de saúde para populações específicas (painelistas) -
1775 Conselheira **Carmen Lúcia Luiz**; Conselheira **Maria do Socorro de Souza**; Conselheira
1776 **Gyséle Saddi Tannous**; Conselheira **Jurema Werneck**; Conselheira **Ana Cristhina Brasil**;
1777 mesa sobre atenção básica - Conselheiro **Luís Augusto Facchini**; e mesa sobre assistência
1778 farmacêutica - Conselheiro **Raimundo Sotero**. Além disso, comunicou que seria realizada
1779 oficina de educação permanente, que teria por organizadores: **Eufrásia Santos Cadorin**;
1780 **Alexandre Magno**; **Eni Carajá Filho**; **Eri Medeiros** e **Luciana Alves**. Para suporte técnico e
1781 administrativo, foi sugerida a participação de nove profissionais da SE/CNS. Disse que a
1782 sugestão da Mesa Diretora era definir delegação do Conselho, composta por quarenta
1783 pessoas, contemplando os vinte já citados. Por fim, comunicou que, por conta do Congresso,
1784 a Reunião Ordinária de abril seria transferida para os dias 16 e 17. Conselheiro **Valdenir**
1785 **França** solicitou que fossem garantidas duas vaga para representantes indígenas para
1786 participação, em especial da oficina para elaboração do Termo de Compromisso da Saúde
1787 Indígena. Além disso, pleiteou a inclusão de um representante dos povos indígenas no GT
1788 Tripartite para o monitoramento da implantação e implementação das disposições previstas
1789 na Portaria nº. 2.656/07. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** manifestou interesse em
1790 participar da mesa sobre populações específicas e sugeriu que fosse verificada a
1791 possibilidade de a delegação do CNS hospedar-se no mesmo local para facilitar a articulação.
1792 Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** comunicou que levaria ao Congresso a Política Nacional
1793 de Saúde da Pessoa com Deficiência, aprovada pelo CNS, com vistas a sua implementação.
1794 Entretanto, solicitou aos conselheiros que enviassem demandas para serem contempladas na
1795 sua explanação. Conselheira **Maria Helena Machado** solicitou que fossem incluídos na
1796 delegação do CNS seis representantes da CIRH/CNS para participar de duas oficinas.
1797 Conselheiro **Mauro Schmidt** manifestou interesse em participar do Congresso. **Como**
1798 **encaminhamento, Conselheira Ruth Ribeiro Bittencout colocou em apreciação a**
1799 **proposta: os interessados deverão encaminhar os nomes à Secretaria-Executiva que**
1800 **fará levantamento da demanda e apresentará ao Pleno, se necessário, para definição da**
1801 **delegação a partir do critério de paridade. A proposta foi aprovada.** Em seguida,
1802 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** submeteu à apreciação do Pleno a minuta de
1803 Resolução ao Ministério da Saúde para que elabore, no prazo de sessenta dias, o protocolo
1804 clínico e tratamento da Doença Celíaca para apresentação e aprovação do CNS, em sua 185ª
1805 RO. Conselheira **Fabíola de Aguiar Nunes** ponderou sobre a possibilidade de votar a
1806 resolução na próxima reunião, para que pudesse tratar do tema com o Secretário de Atenção
1807 à Saúde. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** perguntou se o documento não deveria ser
1808 apresentado no formato de recomendação. Conselheiro **Alceu José Pimentel** manifestou o
1809 apoio das entidades médicas ao mérito da minuta de resolução. A Secretária-Executiva do
1810 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, explicou que a minuta de resolução foi apresentada, porque
1811 a Mesa Diretora foi novamente instada, pela FENACELBRA, a manifestar-se sobre a questão.

Diante dos encaminhamentos, a mesa consultou o Pleno sobre a manutenção da minuta de resolução e a maioria dos conselheiros decidiu mantê-la. **Desse modo, a mesa colocou em votação a minuta de resolução, que foi aprovada com duas abstenções.** Resolvido esse ponto, foi feita inversão de pauta para discussão do item 14. **ITEM 14 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP** – Conselheiro **Artur Custódio de Souza**, da Mesa Diretora, assumiu a coordenação dos trabalhos e, de imediato, abriu a palavra à coordenadora da CONEP para apresentação. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, coordenadora da CONEP, colocou uma série questões para deliberação do Pleno. O item apresentado foi o Plano de Trabalho para 2008, com destaque para as atividades previstas para 2008, sendo: 1) Realizar onze reuniões ordinárias, avaliando a necessidade de se fazer reuniões de três dias, antecipadamente, de forma a evitar as extraordinárias (média de 80 protocolos por reunião). 2) Atualizar o documento com análise dos dados disponíveis na CONEP referentes ao funcionamento do sistema CEPs, com a inclusão dos anos de 2006 e 2007. 3) Repetir reuniões regionais, agora para revisão da Resolução nº. 240, de participação dos usuários nos CEPs. 4) Fazer avaliação qualitativa de uma amostragem de CEP. 5) Avaliar o impacto da Resolução nº. 370 no registro, renovação e qualificação dos CEP. 6) Realizar reunião em março, com convidados, para apreciação do novo módulo pesquisador do SISNEP. 7) Finalizar os trabalhos do GT (módulos CEP e CONEP) na 1ª quinzena de abril. 8) O DATASUS deverá iniciar a revisão das Regras do Negócio ainda na 1ª quinzena de abril. 9) Final do 1º semestre: selecionar cinquenta CEPs para avaliação do Modelo Piloto do SISNEP, com período de dois meses para uso e análise do novo Sistema. 10) Setembro 2008: Encontro de CEPs para apresentação do Novo Sisnep, homologação e divulgação da plataforma. 11) Publicar as Propostas do II ENCEP para o Sistema CEP-CONEP (a publicação do documento já foi aprovada pela Mesa Diretora). 12) Publicar o caderno: “Perguntas e respostas sobre o Sistema CEP-CONEP” (a publicação do documento já foi aprovada pela Mesa Diretora). 13) Buscar parcerias para a edição do material (sugestão: SGEP/MS). 14) Construir, em parceria com a Secretaria de Gestão Participativa, uma proposta de avaliação qualitativa dos CEP, visando ampliar o conhecimento que se tem atualmente de suas reais condições de efetivarem Controle Social na área da pesquisa com seres humanos. 15) Resgatar o Projeto inter-pares para divulgação aos novos membros e viabilizar sua execução. 16) Apresentar este plano de trabalho ao Pleno do CNS, após sua apreciação e homologação pelos membros da CONEP, para que seja avaliado. 17) Rever o quadro funcional da secretaria-executiva da CONEP, visando diminuir a demanda reprimida de trabalho neste âmbito. 18) Dar maior agilidade ao processo de resposta e análise de respostas dirigidas à CONEP. Atuar preferencialmente por escrito, evitando congestionamento telefônico. Atender a todas as solicitações de entrevistas (pesquisadores, patrocinadores, CEPs, imprensa. 19) Realizar dois seminários de capacitação (um por semestre) com pauta centrada nas maiores polêmicas da CONEP. Uma das pautas já previamente sugeridas é a pesquisa da Células-Tronco e suas particularidades. O primeiro seminário será em 28 de março de 2008. 20) Analisar a proposta enviada em 2007 e apresentar ao CNS. 21) Propor ao CNS um efetivo Plano de Comunicação da CONEP, apontando possíveis parceiros neste sentido. No item sobre pesquisas com células-tronco, informou que nos últimos sete anos chegavam à CONEP 163 protocolos de pesquisa com células-tronco, tendo sido aprovadas setenta pesquisas com células-tronco adultas. O sistema CEP/CONEP recebeu apenas uma solicitação de pesquisa com célula-tronco embrionária. Disse que na semana anterior, por conta da audiência pública do Supremo Tribunal Federal sobre pesquisa científica com células-tronco embrionárias, a CONEP foi consultada diversas vezes sobre o tema, mas não expressou opinião, porque cabia ao Pleno definir se e como se manifestaria sobre a matéria. De qualquer forma, informou que as matérias publicadas sobre o tema foram fidedignas às informações prestadas pela Comissão em termos de número. Ainda sobre esse tema, disse que a Folha de São Paulo, de 4 de março de 2008, publicou reportagem sobre um grupo de Ribeirão Preto que afirmaram ter tido dois projetos negados. Informou que, no ano passado, o pesquisador solicitou audiência para recurso de protocolo de pesquisa com célula-tronco adulta que tinha sido negado pela Comissão. Desse modo, o pesquisador foi recebido por toda a equipe e o mesmo solicitou o detalhamento da não aprovação para que

reapresentasse o protocolo de forma adequada. Disse que a Comissão encaminhou o detalhamento, mas não recebeu o projeto. Esclareceu que o projeto não foi aprovado porque não apresentava estudos pré-clínicos para aplicação em seres humanos. Por fim, comunicou que um GT da CONEP apresentaria proposta de normativa específica para protocolos com células-tronco. Ainda sobre as ações para 2008, destacou a necessidade de inter-relação com as demais comissões do CNS, inclusive com a CICT e revisão do Regimento Interno de Eleição. A respeito do Regimento, propôs que fosse constituído GT, com a participação de todos os segmentos do CNS e de membros da Comissão, para estudar o Regimento e propor mudanças. Continuando, falou sobre o segundo ponto para manifestação do Pleno. Informou que a CONEP/CNS, atendendo à solicitação do Pleno, elaborou parecer sobre o Projeto de Lei nº. 6.032/2005, que dispõe sobre a criação do Conselho Nacional de Bioética. De um modo geral, a avaliação da CONEP é que o Projeto é da maior relevância para o avanço da análise e elaboração de propostas sobre questões que envolvem a orientação sobre problemas morais muito complexos que se apresentam no cotidiano da sociedade brasileira. Como recomendação, disse que a CONEP sugeriu nova redação para a alínea “d” do referido projeto, de forma a garantir que uma das seis vagas entre personalidades ou representantes dos setores da sociedade civil seja ocupada, obrigatoriamente, por um membro indicado pelo CNS. Como terceiro ponto, apresentou, para referendo do Pleno, a indicação dos membros da CONEP Dalton Luiz de Paula Ramos e José Araújo Lima Filho como coordenadores-adjuntos da Comissão, atendendo ao que dispõe o Art. 9º do Regimento Interno da Comissão. Continuando, disse que a CONEP recebeu denúncia de pesquisa com menores infratores que estavam sendo realizadas provavelmente pela PUC/RS. Disse que, diante da denúncia, a CONEP verificou no o seu sistema de gestão, mas não encontrou nenhum protocolo de pesquisa nesse sentido. Desse modo, a Comissão solicitou informações aos CEPs e recebeu naquele dia a informação de que nenhum protocolo nesse sentido chegou à Universidade Federal do Rio Grande do Sul ou à PUC/RS. Como quarto ponto, falou da normatização das pesquisas com animais, informando que algumas universidades proibiram a utilização de animais para pesquisas clínicas. Na avaliação da CONEP, as pesquisas de fase pré-clínica deixariam de acontecer se o país não normatizasse as pesquisas com animais. Ressaltou que o CNS deveria posicionar-se sobre a questão, porque a proibição teria impacto na saúde das pessoas. Além disso, informou que o Brasil não coordena a fase pré-clínica, portanto, o CNS deveria discutir essa questão. Também comunicou que a CONEP analisou a Portaria que normatiza pesquisas no âmbito da rede SUS e o parecer foi entregue à Mesa Diretora. Por fim, registrou que 21 de março é o dia internacional de Síndrome de Down e as entidades que tratam do tema estavam organizando-se para trazer à sociedade a discussão da pauta dos movimentos que apoiavam a inclusão social da pessoa com Síndrome de Down. Concluída a apresentação, Conselheiro **Artur Custódio de Souza** propôs, como dinâmica, o debate de cada um dos pontos da apresentação. Acatada a sugestão, abriu o debate sobre o Plano de Trabalho da CONEP. Conselheiro **Raimundo Sotero** ponderou que a ANVISA poderia patrocinar a publicação do material da CONEP/CNS. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou se a avaliação dos CEPs correspondia à padronização de decisões. Também sugeriu que fosse verificada a possibilidade de reedição da revista “Ética em pesquisa”, para as instituições formadoras, conselhos de saúde, entre outros espaços. Conselheira **Rozângela da Silva Santos** registrou a proposta de garantir a presença de um conselheiro de saúde nos comitês de ética em pesquisa para que contribuam com o processo. Conselheira **Silvia Casagrande** sugeriu utilizar a gráfica do Senado Federal e da Câmara dos Deputados para publicação do relatório do II ENCEP e da Revista da CONEP. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou como os usuários podem ter acesso às informações sobre os projetos de pesquisa. Concluídas as intervenções, Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** respondeu aos questionamentos do Pleno. Disse que não havia um padrão nacional das qualidades das análises dos Comitês de Ética. Detalhou que, a cada reunião do CONEP, dos oitenta protocolos analisados, cerca de 30% eram aprovados na primeira análise, 30% colocados em pendência e cerca de 30% não aprovados. Isso significa que 60% dos pareceres aprovados pelos CEPs que eram submetidos à análise final pela Comissão não estavam em condição de aprovação. Disse que a proposta de vinculação dos conselhos municipais de saúde aos

1922 comitês de ética poderia ser discutida durante o debate da Resolução nº. 240. Informou,
1923 ainda, que atualmente não era possível ter acesso a informações dos protocolos de projetos
1924 de pesquisa, mas isso seria possível com a aprovação da nova plataforma a partir do módulo
1925 público. Concluídas as explicações, Conselheiro **Artur Custódio de Souza** passou aos
1926 encaminhamentos. **Primeiro, colocou em votação o Plano de Trabalho da CONEP para**
1927 **2008, que foi aprovado por unanimidade. Em seguida, colocou em apreciação o parecer**
1928 **sobre o Projeto de Lei 6.032/2005 que recomenda a inclusão de um representante do**
1929 **CNS no Conselho Nacional de Bioética. Não havendo destaques, a proposta foi**
1930 **aprovada. A seguir, o Pleno referendou a indicação dos nomes para coordenação-**
1931 **adjunta da Comissão.** Na sequência, Conselheiro **Artur Custódio de Souza** perguntou se
1932 havia alguma consideração sobre a denúncia de pesquisa com menores infratores que
1933 estavam sendo realizadas provavelmente pela PUC/RS. Conselheira **Fabíola de Aguiar**
1934 **Nunes** perguntou se era possível a realização da pesquisa fora do sistema CEP/CONEP.
1935 Conselheiro **Artur Custódio de Souza** esclareceu que foi divulgada matéria na televisão
1936 sobre pesquisa que não foi encontrada no Sistema CEP/CONEP. Desse modo, avaliou que a
1937 Comissão deveria fazer uma investigação sobre o caso, porque houve manifestação favorável
1938 de pesquisadores do Rio Grande do Sul sobre uma pesquisa que parece não existir.
1939 Conselheira **Silvia Casagrande** explicou que a Federação Nacional dos Enfermeiros foi uma
1940 das entidades que fez a denúncia e tratou do pré-projeto da pesquisa com o autor dela. Disse
1941 que, segundo informação do autor, a notícia do pré-projeto saiu na imprensa de forma
1942 prematura, porque se tratava de um projeto que não estava pronto. Ressaltou que foi sugerido
1943 ao autor que o projeto fosse apresentado à CONEP/CNS para análise, com o contraponto das
1944 entidades que estavam discutindo a questão no Rio Grande do Sul. Conselheiro **Raimundo**
1945 **Sotero** ressaltou que seria necessária posição do CNS sobre a utilização de animais em
1946 pesquisa, porque a proibição traria sérios prejuízos às pesquisas. Além disso, disse que o
1947 CNS deveria pronunciar-se sobre a pesquisa com células-tronco. Conselheira **Noemy Tomita**
1948 perguntou sobre tramitação do Projeto de Lei do Sérgio Arouca sobre a utilização de animais
1949 em laboratório. Conselheira **Fabíola de Aguiar Nunes** informou que o Projeto encontrava-se
1950 na Câmara dos Deputados. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** avaliou que o CNS deveria
1951 investigar o caso, porque a CONEP não dispunha do protocolo de pesquisa para análise.
1952 Destacou que o Ministério Público seria o órgão mais apropriado para apoiar a investigação
1953 do Rio Grande do Sul, que poderia verificar se houve início ou não de algum protocolo de
1954 pesquisa, diante da denúncia divulgada na mídia. Conselheira **Silvia Casagrande** disse que
1955 via a necessidade de acionar o Ministério Público, pois o pesquisador informou que não havia
1956 um projeto e sim um pré-projeto. **Sobre essa questão, o Pleno decidiu que a Conselheira**
1957 **Silvia Casagrande, por meio da entidade que representa no CNS, acompanhará a**
1958 **situação e solicitará manifestação do pesquisador, por escrito, sobre o pré-projeto de**
1959 **pesquisa.** Resolvido esse ponto, Conselheiro Artur Custódio colocou em apreciação a
1960 proposta de constituir GT de Revisão do Regimento Eleitoral da CONEP. **O GT foi aprovado,**
1961 **com uma abstenção, com a seguinte composição: Conselheiro Raimundo Sotero; um**
1962 **representante do governo (a definir); Conselheiro Ciro Mortella; Conselheira Rosane**
1963 **Nascimento; Conselheiro Artur Custódio; e quatro representantes da CONEP (a**
1964 **indicar). A respeito dos Grupos de Trabalho de Pesquisa Pré-Clínicas com animais e de**
1965 **Normatização de Pesquisas do SUS, Conselheiro Artur Custódio sugeriu que a CONEP**
1966 **apresentasse proposta de composição na próxima reunião do CNS. A proposta foi**
1967 **aprovada.** Na sequência, a mesa abriu a palavra para considerações do Pleno sobre a
1968 proposta do segmento dos usuários de que o Pleno se manifestasse sobre o Projeto que
1969 autoriza a realização de pesquisas com células-tronco. Após breves considerações, o Pleno
1970 decidiu não se manifestar sobre o assunto naquele momento, porque não tinha havido debate
1971 prévio no Conselho sobre a matéria. **Desse modo, decidiu pautar debate sobre as**
1972 **pesquisas com células-tronco embrionária, na próxima reunião do CNS, para**
1973 **posicionamento; e enviar ao Supremo Tribunal Federal a deliberação da 13ª**
1974 **Conferência Nacional de Saúde sobre o tema (“incentivar e promover os meios**
1975 **necessários para pesquisas com células-tronco legalmente instituídos no país”). A**
1976 **metodologia do debate será definida pela Mesa Diretora.** Resolvido esse ponto, a mesa

encerrou a discussão do item. Antes de passar ao próximo, Conselheira **Maria Izabel da Silva** fez uso da palavra para registrar que, após análise, conforme solicitação, não houve destaques às minutas de resolução e recomendação da CIST/CNS, portanto, estavam aprovadas. A seguir, foi iniciada a discussão item 13 da pauta. **ITEM 13 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO DO CNS – COFIN –** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**, da Mesa Diretora, assumiu a coordenação dos trabalhos e a mesa foi composta por: Conselheira **Ana Cristhina Brasil**, coordenadora da COFIN/CNS; Conselheiro **Alexandre Magno**; Conselheira; e Sr. **Humberto Barreto**, da SPO/MS. Antes de iniciar as apresentações, a coordenadora da COFIN/CNS apelou à Mesa Diretora que não pautasse próximas duas comissões com muitos assuntos para deliberação, a exemplo da COFIN/CNS e da CONEP/CNS, para não prejudicar nenhuma delas. Feito esse registro, informou que o item seria dividido em três partes: apresentação da metodologia de prestação de contas por blocos de financiamento; apresentação relatório da última reunião da COFIN/CNS; e apresentação da execução orçamentária 2007. Em relação à metodologia de prestação de contas, informou que a proposta, elaborada pelo Conselheiro **Alexandre Magno**, foi discutida na COFIN/CNS e, caso o Plenário concordasse seria apresentada no Congresso do CONASEMS. Iniciando, Conselheiro **Alexandre Magno** disse que a metodologia de prestação de contas visava facilitar o entendimento das peças orçamentárias. Explicou que como ponto inicial foi feita pesquisa na Portaria nº. 204, que trata dos blocos de financiamento e possibilita a verificação de onde e como os recursos eram alocados. Detalhou os cinco blocos de financiamento: 1) Atenção Básica – PAB Fixo e PAB Variável; 2) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar- FAEC e MAC; 3) Vigilância em Saúde - epidemiológica e ambiental, sanitária; 4) Assistência farmacêutica – teto básico: físico e variável; excepcional e estratégico; e 5) Gestão do SUS – qualificação da gestão e implantação das ações e dos servidores de saúde. Explicou que, com base nesses indicadores, foi feita pesquisa na peça orçamentária. A partir daí, o marco legal da execução orçamentária foram classificados conforme os blocos de financiamento. Ressaltou que essa classificação possibilitaria agilizar o monitoramento, pois cada item explicitaria os programas e ações com a respectiva execução orçamentária (orçamento, empenhado, liquidado, pago, a pagar, saldo orçamentário, percentual empenhado, percentual liquidado e percentual de saldo). Também falou da Portaria nº. 204/2007, explicando que: favorece acompanhamento sistemático dos Repasses Fundo a Fundo de acordo com os blocos; facilita a compreensão dos repasses no tocante a prestação de contas: Tesouro Estadual/Municipal, Recursos do Fundo e Repasses de recursos internacionais e convênios; aponta para a Transparência dos Recursos e onde estão sendo aplicados; determina que a prestação de contas será feita por bloco de financiamento; agiliza o monitoramento dos recursos e sua finalidade; e descodifica a prestação de contas nos moldes tradicionais dos marcos legais. Apontou como desafios em relação à Portaria: que o Ministério da Saúde cumpra a aplicação desta portaria; que o MS estimule os Estados e Municípios adotarem a Portaria 204 em suas prestações de contas; que o bloco de financiamento destinado ao FAEC seja incorporado ao MAC por ato normativo; e regulamentar o §4º, que possibilita o remanejamento dos recursos entre os blocos. Finalizando a apresentação, explicou que esse modelo de prestação de contas não invalidava o modelo apresentado conforme a legislação. Concluída a apresentação, a coordenadora da COFIN/CNS parabenizou o Conselheiro Alexandre Magno pela iniciativa e foi aberta a palavra para considerações do Pleno. Conselheira **Cândida Maria Carnevalheira** perguntou se era possível, a partir da nova metodologia, verificar o montante repassado a cada estado, a fim de que houvesse controle. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** também reiterou os cumprimentos ao Conselheiro Alexandre e disse que seria importante garantir que o repasse fosse feito em bloco, a fim de acabar com o engessamento na forma de utilização dos recursos. Conselheira **Rozângela da Silva Santos** destacou a importância da metodologia, porque possibilitaria o acompanhamento do financiamento, pelos conselheiros, nos estados e municípios. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** também registrou elogios ao Conselheiro Alexandre Magno, considerando a necessidade de dar transparência à Política de Saúde que se materializava nos investimentos. Assim, disse que poderia ser elaborada cartilha para orientar os conselheiros na busca por informações sobre os recursos repassados aos municípios.

Além disso, propôs que os pontos colocados como desafios em relação à Portaria nº. 204 fossem transformados em resolução do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse ser fundamental que o CNS acompanhe, além da execução financeira, as normas legais, do ponto de vista orçamentário. Conselheiro **Alexandre Magno** concordou com a necessidade de movimento do CNS a fim de garantir que os blocos de financiamento fossem implementados nos estados e municípios. Disse ainda ser necessário aprofundar nas questões orçamentárias e o trabalho da COFIN visava facilitar a compreensão dessa matéria. Por fim, disse que o trabalho não estava concluído e poderia ser aperfeiçoado durante o processo. Conselheira **Ana Cristhina Brasil** explicou que a nova metodologia, ao menos por enquanto, não permitia verificar o montante repassado a cada estado, mas posteriormente acreditava que seria possível. Além disso, reiterou que a nova metodologia não invalidava a anterior. Conselheira **Maria Natividade Santana** lembrou que o Pacto estava sendo construído com municípios e estados e esse era um processo lento. **Encaminhando, Conselheira Ana Cristhina Brasil submeteu à apreciação do Pleno as seguintes propostas: que a COFIN/CNS elabore resolução acerca da aplicação da Portaria 204/07, a ser apresentada na próxima reunião do CNS; e que a metodologia de prestação de contas por blocos de financiamento seja apresentada no Congresso do CONASEMS, para conhecimento. Não havendo destaques, as propostas foram aprovadas por unanimidade.** Resolvido esse ponto, a coordenadora da COFIN passou à segunda parte da apresentação. Lembrou, primeiramente, que o Pleno não aprovou a execução orçamentária do Ministério da Saúde relativa a 2007. Sobre o relatório de gestão, ressaltou que a FIOCRUZ foi a primeira a apresentar à COFIN, mas não pôde participar da reunião para apresentar ao Pleno. De todo modo, registrou os cumprimentos à FIOCRUZ e disse que a apresentação do relatório da Fundação seria feita na próxima reunião do CNS. Informou que na próxima reunião da COFIN seria feita a apresentação do relatório da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Reiterou novamente a necessidade da presença de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde nas reuniões do COFIN/CNS. Conselheira **Cândida Maria Carvalheira** perguntou se seria possível verificar o montante repassado para compra de bolsas coletoras. A coordenadora da COFIN respondeu que seria possível e a Comissão poderia participar da reunião da Comissão de Patologias para verificar como dar encaminhamento à solicitação. Reforçou o pedido de que fosse a senha do SIAF fosse disponibilizada para a Comissão. Conselheiro **Alexandre Magno** propôs que fosse realizada capacitação sobre o programa do Ministério da Saúde chamado TAB Win, que contempla todos os procedimentos SIA, SIH, Atenção Básica e MAC. Na sequência, abriu a palavra ao representante da SPO/MS, **Humberto Barreto**, que fez uma apresentação sobre a execução orçamentária 2007. Em relação ao cumprimento da EC nº. 29, destacou (valores em milhões): a) Piso para 2007: (Empenhado 2006 e Variação Nominal do PIB 2006: 8,65%): 44.274,3; b) Empenhado em 2007: 44.303,5, assim distribuídos: Pessoal Ativo: 4.776,8; e Outros Custeios e Capital: 39.526,7 (Excedente Empenhado 2007: 29,2. A seguir, falou da execução orçamentária de Outros Custeios e Capitais – OCC detalhando, do total de R\$ 44,3 bilhões: Programação própria: 41,8 bilhões; Emendas Parlamentares: 2,4 bilhões; empenhos: R\$ 41 bilhões; b) programação própria: R\$ 37,5 bilhões; de emendas parlamentares: R\$ 1,3 bilhão; PAC (saneamento): 952 milhões; FTE 179: R\$1,5 bilhão; e saldo: R\$ 2,3 bilhões. Destacou, a seguir, a execução por unidade orçamentária: 1) Pessoal e Dívida: a) Orçamento 2007: R\$ 8,6 bilhões; e b) Empenhado: 8,4 bilhões. Em relação às unidades orçamentárias: 1) Fundo Nacional de Saúde: a) Orçamento 2007: R\$ 40 bilhões; e b) Empenhado: 37,8 bilhões; 2) ANVISA: a) Orçamento 2007: R\$ 217,6 milhões; b) Empenhado: R\$ 194, 1 milhões; 3) FUNASA: a) Orçamento 2007: R\$ 3.244,8; e b) Empenhado: R\$ 2.437,8; 4) FIOCRUZ: a) Orçamento 2007: R\$ 404,2; b) Empenhado: R\$ 397,9; 5) ANSS: a) Orçamento 2007: R\$ 78,6; b) Empenhado: R\$ 71,1; 6) GHC: a) Orçamento 2007: R\$ 44,4; b) Empenhado: R\$ 43,1. A seguir, apresentou quadro sobre a evolução da execução das emendas parlamentares (de 2002 a 2007), destacando: a) 2002: R\$ 439,5; b) 2003: R\$ 508,14; c) 2004: R\$ 752,89; d) 2005: R\$ 946,47; e) 2006: R\$ 771,70; e f) 2007: R\$ 1.036,71. Neste ponto, Conselheira **Ana Cristhina Brasil** solicitou aparte para informar que foi solicitado à SPO um levantamento das emendas parlamentares, nomeando os partidos e as ações e serviços de saúde a que foram

destinadas. Continuando, falou das diárias e passagens, informando que, em 2006, foram gastos R\$ 114,8 milhões e, em 2007, R\$ 92,5 milhões. Em seguida, falou dos Restos a Pagar de exercícios anteriores, detalhando: a) total: R\$ 5,96 bilhões; b) cancelados: R\$ 344,9 milhões; c) pagos: 3,5 bilhões; e d) saldo: 2,11 bilhões. Ainda em relação aos Restos a Pagar, ressaltou que ao longo de 2007, observou-se: a) total: R\$ 6,03 bilhões; b) cancelados: R\$ 357,4 milhões; c) pagos: 3,5 bilhões; e d) saldo: 2,15 bilhões. Destacou que o total de Restos a Pagar no Ministério da Saúde (2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 e 2007), para pagamento de 2008, era de R\$ 7,8 bilhões e o saldo de R\$ 6,5 bilhões. Disse que os Restos a Pagar poderiam ser cancelados e o CNS defendia a reposição dos mesmos, contudo, não havia decisão final sobre a Emenda. Conselheira **Ana Crithina Brasil** destacou que o cancelamento trazia grandes prejuízos e, por isso, seria necessária regulamentação da Emenda. Por fim, o representante da SPO/MS comentou a série histórica da execução orçamentária do Ministério da Saúde (de 2002 a 2007). Concluída a apresentação, Conselheira **Ana Crithina Brasil** informou que a SOF/MP enviou ofício ao CNS solicitando manifestação sobre o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2009. Diante disso, a COFIN/CNS apresentou como sugestões para elaboração do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2009: incluir o SIOPS com sistema de acompanhamento das ações e serviços públicos de saúde; recomendar a adoção, como diretriz na área de saúde os recursos destinados à execução das ações e serviços em saúde no âmbito do Pacto em Defesa do SUS; acrescentar, no anexo 4, o item 1 que trata das despesas que constituem obrigações constitucionais ou legais da União “ações e serviços públicos de saúde, em cumprimento a EC nº. 29”; e sugerir a elaboração de plataformas de orçamento que contemple os blocos de financiamento. **Não havendo destaques, as propostas para elaboração do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias 2009 foram aprovadas.** Na sequência, foi aberta a palavra para considerações do Pleno. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan**, primeiro, registrou o seu protesto em relação ao pagamento de plano privado de saúde para servidores do SUS. Ressaltou também a importância de lutar por mais investimentos para a saúde bucal. Informou que, em 2007, foi publicada portaria sobre a destinação de recurso em relação a especificidades do PAB e os municípios foram informados como proceder para o recebimento. Contudo, o Ministério da Saúde resolveu, de maneira unilateral, que repassaria o recurso em doze parcelas. Disse que foram pagas, até o momento, apenas quatro (de setembro a dezembro de 2007). Segundo informações do DAB/MS, seria necessário aguardar a votação do Orçamento 2008 para verificar o que poderia ser feito, pois se argumenta que não seria possível incluir em Restos a Pagar. Diante disso, perguntou com o ficaria essa questão. Também manifestou preocupação com o Orçamento 2008, no total de R\$ 48 bilhões, uma vez que os recursos seriam necessários para garantir as ações apenas até setembro e não havia certeza para continuidade do financiamento a partir dessa data. Salientou que várias áreas sofreram corte de recursos, sendo a única com ampliação de recurso a assistência ambulatorial e hospitalar especializada, mas sem contemplar o total do aumento da tabela que se espera em R\$ 2 bilhões. Destacou que os municípios eram os que mais “perdiam” com o orçamento aprovado, porque o corte de recursos repercutia no acesso da população aos serviços. Desse modo, disse que a saída seria a regulamentação da EC nº. 29. Ressaltou que os parlamentares não tiveram com os municípios a mesma sensibilidade que tiveram com os prestadores e registrou que não era favorável às emendas parlamentares. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, solidarizou-se com a fala do Conselheiro Luís Carlos e, particularmente, declarou a sua posição contrária a emendas parlamentares. A propósito, sugeriu que o CNS pautasse o debate das emendas parlamentares na saúde (como acontece, para que serve e os resultados finais). Também destacou os prejuízos da não inclusão dos Restos a Pagar no financiamento do SUS e no cumprimento da EC nº. 29. Também perguntou qual o impacto da redução do orçamento em relação ao empenhado (R\$ 44,2 bilhões) e o pago (R\$ 43,8 bilhões) no financiamento do SUS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que o CNS, por ocasião da operação “Sanguessuga”, aprovou resolução sobre as emendas parlamentares, mas esse documento não foi homologado. Assim, sugeriu que o debate das emendas parlamentares fosse feito a partir dessa resolução. Explicou que, por solicitação, a

2142 SPO detalhou melhor o orçamento da saúde bucal, o que facilitaria o acompanhamento. A
2143 seguir, foi aberta a palavra para considerações da mesa. O representante da SPO/MS,
2144 **Humberto Barreto**, explicou que o Piso da Atenção Básica passou de R\$ 1,8 bilhões, em
2145 2002, para R\$ 2,8 bilhões. Ressaltou que o cálculo era feito com base no número
2146 populacional, mas alguns municípios recebiam valor maior por conta da especificidade
2147 regional. Avaliou que não havia impedimento para o pagamento das oito parcelas, desde que
2148 houvesse empenho e inscrição em Restos a Pagar. De toda forma, sugeriu que o DAB/MS
2149 fosse chamado a esclarecer esse ponto. Disse que não foi possível analisar o Orçamento
2150 2008, porque tinha sido aprovado no dia anterior. Explicou ainda que há uma diferença entre o
2151 empenho e o pagamento, assim, é natural que haja Restos a Pagar. De toda forma, salientou
2152 que havia esforço no Ministério da Saúde para redução dos Restos a Pagar. Ressaltou que,
2153 para EC nº. 29, a legislação colocava que eram ações e serviços públicos de saúde (total do
2154 orçamento do Ministério da Saúde, excluindo a Fonte de Combate à Pobreza, Juros e
2155 Amortização da Dívida e Pagamento de Inativos). Finalizou destacando a necessidade de
2156 compreender os conceitos para melhor discussão. Conselheira **Ana Cristhina Brasil** explicou
2157 que, Conforme apresentação do quadro demonstrativo das despesas com saúde do RREO,
2158 referente a janeiro a dezembro de 2007, de acordo com a Portaria 43, de 23 de janeiro de
2159 2008, o Ministério da Saúde cumpriu a EC nº. 29. Salientou que, para a compreensão do
2160 cumprimento da EC 29, não se leva em consideração os Restos a Pagar, conforme
2161 interpretação da lei em vigor. Ressaltou ainda que na próxima reunião seria feita a análise do
2162 Orçamento 2008. Conselheira **Maria Laura Carvalho** perguntou se estavam contempladas
2163 nos Restos a Pagar as despesas com pessoal. O representante da SPO/MS, **Humberto**
2164 **Barreto**, explicou que, em geral, as despesas com pessoal não eram inscritas em Restos a
2165 Pagar. Encaminhando, Conselheira **Ana Cristhina Brasil** colocou em apreciação as
2166 seguintes propostas: **adequar a resolução do CNS sobre emenda parlamentares e**
2167 **solicitar a sua homologação; e, a partir desse documento, realizar estudo sobre as**
2168 **emendas parlamentares. A proposta foi aprovada. Em seguida, colocou em apreciação**
2169 **o relatório da COFIN, que foi aprovado, por unanimidade. Além disso, acordou-se que o**
2170 **Departamento de Atenção Básica será convidado a participar da próxima reunião da**
2171 **COFIN/CNS para esclarecimento sobre o pagamento de recurso em relação a**
2172 **especificidades regionais.** Resolvido esse ponto, a coordenadora da COFIN finalizou a
2173 apresentação reiterando o pedido de disponibilização da senha do SIAF à Comissão.
2174 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, comprometeu-se a verificar essa
2175 questão com o setor responsável. Conselheira **Fabíola de Aguiar Nunes** informou que foi
2176 distribuída Nota Técnica da SAS/MS que respondia aos pontos colocados na representação
2177 dos usuários do CNS sobre o cancelamento de registro sanitário do medicamento
2178 Micofenolato de mofetila. Explicou que a retirada do medicamento do mercado ocorreu porque
2179 não foi apresentado teste de bioequivalência e que, quando estava em uso, não houve reação
2180 adversa registrada. Dessa forma, sugeriu que fosse pautado debate sobre o Sistema Nacional
2181 de Farmacovigilância. Também reiterou a necessidade de presença da Coordenadora do
2182 Programa de Eliminação da Hanseníase no debate sobre o Programa de Parceria para
2183 Diagnóstico e Tratamento da Hanseníase. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente
2184 do CNS, sugeriu que fosse pautado debate sobre o Projeto da ANVISA chamado MultiVisa e o
2185 Sistema Nacional de Farmacovigilância. Também informou que no dia seguinte seria feito
2186 debate sobre a Comissão Intersectorial de Eliminação da Hanseníase. Conselheiro **Artur**
2187 **Custódio de Souza** informou que a discussão do Programa de Parceria para Diagnóstico e
2188 Tratamento da Hanseníase seria feita na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Francisco**
2189 **Batista Júnior**, Presidente do CNS, comunicou que 25 de março era o Dia de Combate à
2190 Tuberculose e apresentou a proposta de elaborar documento do CNS sobre a situação da
2191 tuberculose no Brasil. Conselheira **Rozângela da Silva Santos** ressaltou que, desde 2005, a
2192 ANVISA verificou o problema de bioequivalência, mas o medicamento foi retirado do mercado
2193 apenas em 2007. Ressaltou que o Sistema era falho e não havia segurança para utilização do
2194 medicamento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, disse que, a partir
2195 da posição da ANVISA, o CNS poderia contribuir com documento, a ser formalizado aos
2196 municípios e estados, inclusive com o apoio do CONASS na perspectiva de que estados

2197 substituíam a medicação. Conselheiro **Raimundo Sotero** reiterou o pedido de que fosse
2198 solicitado ao Ministério da Saúde um pronunciamento, em caráter de emergência, nos
2199 veículos de comunicação de massa e em cadeia nacional, sobre o cancelamento do registro
2200 do documento Micofenolato de Mofetila, esclarecendo como os usuários deste medicamento
2201 deverão fazer a substituição. **Acordou-se que essa solicitação seria formalizada ao**
2202 **Gabinete do Ministro da Saúde. A Mesa Diretora verificará a possibilidade de pautar o**
2203 **debate do Sistema Nacional de Vigilância na próxima reunião.** Conselheira **Ana Cristhina**
2204 **Brasil** reiterou a solicitação à Mesa Diretora que não pautasse próximas duas comissões com
2205 muitos assuntos para deliberação, a exemplo da COFIN/CNS e da CONEP/CNS, a fim de
2206 prejudicar nenhuma delas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS,
2207 explicou que essa foi uma decisão excepcional para atender a demanda do Plenário. **Como**
2208 **último ponto, Conselheira Graciara Matos de Azevedo submeteu à apreciação do Pleno**
2209 **uma proposta de composição da Comissão Intersetorial de Saúde Bucal, que foi**
2210 **aprovada nos seguintes termos: coordenação: Conselho Federal de Odontologia;**
2211 **Coordenação-Adjunta: Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e**
2212 **Espírito Santo. Titulares: três dos trabalhadores da saúde: Associação Brasileira de**
2213 **Odontologia, Conselho Federal de Fonoaudiologia e Federação Interestadual de**
2214 **Odontologistas; duas vagas para usuários: ABRA e COBAP; comunidade científica;**
2215 **Ministério da Saúde; Ministério da Educação; CONASS; e CONASEMS. Suplentes: três**
2216 **de trabalhadores da saúde: Associação Brasileira de Cirurgiões-dentistas, Federação**
2217 **Nacional de Odontologistas e Conselho Federação de Nutrição; e duas vagas para**
2218 **usuários: FBASD; e ABRAZ; FENEPAS; Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho;**
2219 **CONASS; e CONASEMS. ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, o Presidente do
2220 CNS encerrou os trabalhos da 183ª Reunião Ordinária do CNS, agradecendo a presença de
2221 todos e lembrando que no dia seguinte seria realizada a 37ª Reunião Extraordinária do CNS.
2222 Estiveram presentes: *Titulares:* **Alceu José Peixoto Pimentel, Ana Cristhina de Oliveira**
2223 **Brasil, Artur Custódio Moreira de Sousa, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Ciro**
2224 **Mortella, Eufrásia Santos Cadorin, Fabíola de Aguiar Nunes, Flávio Heleno Poppe de**
2225 **Figueiredo, Francisco Batista Junior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo,**
2226 **Gysélle Saddi Tannous, João Donizeti Scaboli, Luis Augusto Facchini, Luís Carlos**
2227 **Bolzan, Marcelo G. Phanel, Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo**
2228 **Sotero de Menezes Filho, Remigio Todeschini, Rosângela da Silva Santos, Silvia**
2229 **Martins Casagrande, Valdenir Andrade França, Volmir Raimondi e Wander Geraldo da**
2230 **Silva. Suplentes: Alexandre Magno Lins Soares, Armando Tadeu Guastapaglia, Denise**
2231 **Torreão Corrêa da Silva, Edvaldo José de Souza, Lílian Alicke, Maria Acioly Mota, Maria**
2232 **Laura Carvalho Bicca, Maria Natividade G. S. T. Santana, Maria Thereza Almeida**
2233 **Antunes, Mauro Fernando Schmidt, Noemy Yamaguishi Tomita, Paulo César Augusto**
2234 **de Souza, Rildo Mendes, Ronald Ferreira dos Santos e Tânia Maria Onzi Pietrobelli.**