



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

Aos onze e doze dias do mês de junho de dois mil e oito, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Octogésima Sexta Reunião Ordinária do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os presentes. Antes de proceder à pauta, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que o Pleno se manifestasse sobre o documento que propõe mudanças na redação do texto do substitutivo ao PLC nº. 306/08, que dispõe sobre a regulamentação da EC 29. Disse que o documento, no qual constava o nome do Ministro da Saúde, foi enviado ao Deputado Pepe Vargas, relator do PLC nº. 306/08 e levado ao líder do governo pelo Presidente do CONSAMS, Osmar Terra. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, explicou que, dentre as propostas de modificação, constava a da Deputada Rita Camata de exclusão de um dispositivo que condiciona a transferência de recursos a estados e municípios a ações que obedecessem a critérios aprovados pelo Conselho. Esclareceu que, após conversa, o Deputado Pepe Vargas, relator do substitutivo, concordou com a redação original. Conselheira **Maria Natividade Santana** solicitou que o documento, supostamente atribuído ao Ministro da Saúde, fosse discutido na presença dele. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, explicou que o documento não foi atribuído ao Ministro da Saúde, apesar do nome dele constar no final do texto, dentre os que supostamente assinavam o documento. Acrescentou que, segundo o Presidente do CONASS, as propostas foram fruto do entendimento das três esferas de gestão. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** informou que o CONASEMS não participou da elaboração das propostas do documento. Dada a urgência, o Pleno decidiu manifestar-se sobre documento, porque interferia diretamente na regulamentação da Emenda. Primeiro, o Presidente do CNS fez a leitura da proposta de emenda da Deputada Rita Câmara que propõe nova redação ao art. 35 com supressão de “em conformidade com critérios de transferências aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde” do texto “Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos Fundos de Saúde de forma regular e automática em conformidade com critérios de transferências aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, dispensada a celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos”. Além disso, fez referência à matéria do Jornal Estado de São Paulo “Conselho rejeita nova mudança na emenda” que trata dessa questão. Na sequência, foi feito breve debate sobre o tema. **Como encaminhamento, o Pleno deliberou por: elaborar uma nota do CNS com posicionamento contrário a qualquer alteração do texto original do substitutivo de regulamentação da EC 29; e suspender a reunião no período da manhã para ir ao Congresso Nacional encontrar-se com a Deputada Rita Camata e negociar a retirada da emenda apresentada por ela ao texto do substitutivo ao PL nº. 306/08.** Retomando os trabalhos, o Presidente do CNS fez um informe sobre a ida do CNS ao Congresso Nacional. Comunicou que não havia possibilidade de alterar a emenda nº 7 da Deputada Rita Camata de modificação do art.35 do PLC nº. 306/08, porque os destaques deveriam ter sido feitos após a leitura do projeto, que ocorreu no dia anterior (10 de junho). **Desse modo, propôs que, em sendo aprovado na Câmara dos Deputados, o CNS apresentasse a reivindicação de retirada da emenda da Deputada Rita Camata durante o debate do projeto no Senado Federal.** Também registrou que o procurador Humberto Jacques colocou-se à disposição para contribuir com o CNS nesse processo. **O CNS aprovou o encaminhamento proposto pelo Presidente.** Conselheiro **Crescêncio Silveira Neto** informou ao Pleno que o Ministro da Saúde mostrou-se surpreso, pois não tinha conhecimento do documento “Sugestões de mudança na redação do Substitutivo ao PL 306/2008”. Acrescentou que o Ministro, por orientação do Presidente da República, não se envolveu nessa questão que estava em debate no Congresso Nacional. Também registrou a solicitação do Ministro da Saúde de que o Gabinete fosse comunicado quando a sua presença fosse necessária para tratar de assuntos desse Ministério, de modo a viabilizar a vinda dele. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, reiterou que não foi dito, em nenhum momento, que o documento tinha o

57 apoio do Ministro da Saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, comunicou  
58 que o calendário de reuniões do Pleno do CNS e da Mesa Diretora foi comunicado ao Ministro da  
59 Saúde no início do ano e a cada mês era enviado ofício ao Ministro da Saúde e aos Secretários  
60 informando da reunião. Além disso, no caso de tema relacionado às Secretarias, era enviado  
61 comunicado, bem como convite. Disse que no período da manhã o cerimonial informou a  
62 impossibilidade de participação do Ministro da Saúde. **A propósito, acordou-se que a Secretaria-**  
63 **Executiva do CNS entraria em contato com o Gabinete do Ministro dias antes da reunião para**  
64 **informar da ocorrência dessa.** Conselheiro **Artur Custódio de Souza** fez uso da palavra para  
65 registrar que o MORHAN recebeu prêmio de saúde pública da OMS, durante a Assembléia Mundial de  
66 Saúde. Acrescentou que foi a primeira vez que um movimento social recebeu esse prêmio da OMS. O  
67 Presidente do CNS cumprimentou o Conselheiro **Artur Custódio** pelo prêmio. Iniciando a pauta,  
68 procedeu-se ao item 6. **ITEM 6 – DEBATE SOBRE AIDS NO BRASIL** - Conselheiro **José Marcos de**  
69 **Oliveira**, coordenador da Comissão Intersetorial de Acompanhamento das Políticas em DST e  
70 AIDS/CNS – CAPPA/CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou para compor a mesa:  
71 **Cristina Buareto**, Programa Nacional de Combate à Tuberculose; e **Eduardo Luiz Barbosa**,  
72 Coordenador Adjunto do Programa de DST/AIDS. Nas considerações iniciais, o conselheiro lembrou  
73 que o debate daria continuidade à discussão iniciada na última reunião. O primeiro a fazer a  
74 apresentação foi o Coordenador Adjunto do Programa de DST/AIDS, **Eduardo Luiz Barbosa**, que  
75 abordou avanços e desafios no enfrentamento das DSTs e AIDS no Brasil. Contextualizando,  
76 apresentou informações gerais sobre a AIDS no Brasil, 1980-2007. Explicou que o país possui 474.273  
77 casos acumulados com cerca de 32.000 casos novos/ano e estimativa de 610 mil infectados. A  
78 prevalência é de 0,61% (população de 15 a 49 anos) e a taxa de incidência (2005) de 19,5/100.000  
79 hab. O número acumulado de óbitos, de 1980 a 2006, é de 192.709 – 11.000/ano, com coeficiente de  
80 mortalidade (2005) de 6,0/100.000 hab. Detalhou que a epidemia atinge 85% dos municípios  
81 brasileiros, pois apresentam pelo menos um caso de AIDS (1990 – 2007). Em dados atuais, observa-  
82 se crescimento na população heterossexual e diminuição dos casos entre os usuários de drogas e  
83 inversão da razão de sexo de 13 a 19 anos, sendo um caso em homens para 1,6 em mulheres.  
84 Também destacou o aumento de casos em pessoas com mais de cinquenta anos. Prosseguindo, falou  
85 dos avanços no tratamento da epidemia. Destacou como principal a articulação e integração das ações  
86 de prevenção da infecção pelo HIV e assistência das pessoas que vivem com AIDS, guiadas pelos  
87 princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde: equidade, integralidade e universalidade. Além  
88 desse, elencou avanços importantes: informação e ampliação do acesso a insumos de prevenção  
89 (compra governamental de 1 bilhão de preservativos masculinos em 2007, com ampliação do acesso e  
90 6 milhões de preservativos femininos em 2008); inauguração da fábrica de Xapuri em abril de 2008,  
91 com estimativa de produção/ano de 100 milhões de unidades e estimativa de ampliação; pactuações  
92 nacionais: redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis Congênita, feminização da epidemia –  
93 Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTs discutido e  
94 adequado regionalmente, – Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e  
95 outras DSTs entre Gays, HSH e Travestis, Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” e Prêmio  
96 Inovação Tecnológica Desenvolvimento de Dispensadores de Preservativos; e Campanhas de  
97 prevenção anuais (Carnaval e 1º de dezembro). Prosseguindo, apresentou alguns resultados  
98 apontados em pesquisas de comportamento, sendo: percentual que espontaneamente cita as formas  
99 de transmissão do HIV: relação sexual - 91%, compartilhamento de seringas – 48%, transfusão de  
100 sangue – 45% e não sabe nenhuma – 7%; e proteção: uso do preservativo – 94% e não  
101 compartilhamento de seringas – 36%. Também destacou o aumento do percentual de jovens que  
102 usaram preservativo na primeira relação sexual (de 1998 e 2005): homens: 16 a 19 anos: de 45,1 para  
103 68,3%; 20 a 24 anos: 44 para 57,5%; mulheres: 16 a 19 anos – de 51 para 62,5% e 20 a 24 anos: 30  
104 para 52,4%. Também pontuou como avanços: cooperação técnica com outros países - Centro  
105 Internacional de Cooperação Técnica em HIV e AIDS – Brasil e UNAIDS, com apoio do DFIF e GTZ -  
106 17 países envolvidos: Laços Sul-Sul (com UNICEF) – Bolívia, Paraguai, Nicarágua, Cabo Verde,  
107 Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Timor Leste – inclui a doação de ARV produzidos no Brasil,  
108 Rede de Cooperação no âmbito dos Países da CPLP; Acesso a tratamento: 94,8% cobertura de  
109 tratamento com ARV (mulheres – 95,3% e homens – 94,5), dos que iniciaram TARV entre 2003 a  
110 2006: 97% permanecem vivos após 12 meses de tratamento e 91% permanecem vivos após quatro  
111 anos de tratamento e ARV distribuídos no Brasil por categoria terapêutica e ano de introdução. Apesar  
112 dos avanços, disse que é preciso vencer muitos desafios, dentre eles, a ampliação das ações de  
113 prevenção: ações nas escolas, incluindo a ampliação da disponibilização de preservativos; inclusão de  
114 outros temas de promoção de saúde e ações voltadas a populações vulneráveis; enfrentamento da  
115 feminização da doença; e ampliação da disponibilização do preservativo. Também ressaltou que é  
116 preciso ampliar o diagnóstico precoce, porque 44% das pessoas chegam tardiamente aos serviços,  
117 apresentando deficiência imunológica severa ou quadro clínico de sintomas da AIDS. Explicou ainda

que a ampliação da testagem do HIV e sífilis é um desafio, pois apenas 14% das mulheres acusaram ter feito o teste de sífilis no pré-natal. Desse modo, foram definidas ações para ampliar a testagem: mobilização nacional para ampliação da testagem a partir do 2º semestre (discussão com CONASS e CONASEMS): por adesão – SES e SMS, com uso do teste rápido quando adequado, material de divulgação – mídia, impresso, mobiliário urbano, vídeos para sala de espera. Além desse, pontuou como grande desafio garantir a sustentabilidade do acesso universal. Explicou que essa política de acesso, garantida por lei, tem grande pressão sobre o orçamento da saúde (cerca de R\$ 1 bilhão/2007). Esclareceu que se trata de um programa de tratamento de longo termo e observa-se um aumento da expectativa de vida (cerca de 25% dos pacientes em ARV de segunda linha em 2007). Acrescentou ainda o alto custo dos medicamentos importados, destacando que, em 2006, apenas 25% do orçamento era gasto com medicamentos nacionais) e, em 2007, houve elevação. Neste ponto, destacou como avanço a licença compulsória do Efavirenz, antiretroviral importado mais consumido no país – 80 mil pacientes em 2007, com estimativa de economia até 2012 de cerca de US\$ 236,8 milhões, US\$ 30 milhões só em 2007. Outro desafio, segundo o coordenador, é a melhoria na negociação de preços, considerando a propriedade intelectual como elemento de definição de preços. Além disso, registrou que o Brasil agora é país com renda média alta, IDH, etc: muitos preços praticados em outros países ainda são menores que o Brasil negocia (ex. Tailândia e países africanos) – grande mercado, único comprador, etc. Disse que, caso necessário, seria feito uso das flexibilidades previstas no Acordo TRIPS. Também ressaltou que é preciso ampliar a capacidade de produção nacional com maior investimento na produção de fármacos (matéria-prima), novas moléculas e tecnologias de prevenção (P&D) e insumos laboratoriais para diagnóstico e monitoramento (P&D), melhoria na formulação de alguns ARV – Dose Fixa Combinada e DDI EC e impacto dos direitos de Propriedade Intelectual – avaliação individual para cada ARV. Além da garantia do acesso ao medicamento, colocou como desafio estimular o uso racional de ARV (diferente de racionalização de medicamento), incorporar novas drogas baseada em mais evidência científica (regular as “portas de entrada”), de custo/efetividade e custo benefício e controlar co-infecções em Tuberculose e hepatites e co-morbidades – neoplasias, hipertensão, diabetes. Finalizando a apresentação, destacou o financiamento externo com negociação de um novo acordo de empréstimo com o Banco Mundial – AIDS SUS – para melhoria da governança e aplicação para o Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária visando o fortalecimento do movimento social. Disse que no último acordo firmado 50% do recurso é do BIRD e 50% do Tesouro Nacional. Acrescentou que estava em discussão novo acordo de empréstimo com 33% de recursos do BIRD e 67% do Tesouro Nacional. Concluída a apresentação, o coordenador da mesa agradeceu a presença de técnicos do Programa Nacional de DST/AIDS. Na sequência, fez uso da palavra a Sra. **Cristina Buareto**, representando o Dr. Dráurio Barreira, coordenador nacional do Programa de Tuberculose, que estava retornando da Assembleia das Nações Unidas. Primeiro, contextualizou com informações gerais da Tuberculose em relação à AIDS no Brasil. Segundo a expositora, a taxa de incidência da Tuberculose é de 40 casos/100 mil hab., 80 mil casos novos/ano com 5 mil óbitos a cada ano. A concentração da doença é nas grandes regiões metropolitanas, tendo como determinantes a pobreza, desigualdade e condições de moradia insuficientes e insatisfatórias. Por ser uma doença com transmissão através do contato pessoa a pessoa, os mecanismos de prevenção e promoção são mais difíceis de serem estabelecidos. Acrescentou que a Tuberculose é uma doença antiga que lida com a questão do preconceito e estigma. Nas linhas gerais de enfrentamento e controle da doença, destacou a detecção precoce dos casos e o tratamento eficaz. Por essa razão, adotou-se a estratégia de atendimento dos pacientes em qualquer unidade de saúde. Sobre o financiamento, explicou que há um fundo de US\$ 10 bilhões, destinado a países da África, Ásia e América Latina para controle da AIDS, Tuberculose, e malária, sendo que 80% é destinado a aquisição de medicamentos para o tratamento da AIDS. Detalhou que, no caso do Brasil, o recurso foi utilizado somente para Tuberculose. Explicou que hoje o país dispõe de US\$ 27 milhões, doados pelo Fundo Global de Financiamento, para execução em cinco anos. Detalhou que o Projeto, utilizando o recurso do Fundo, é voltado ao tratamento supervisionado, laboratórios, co-infecção e fortalecimento da participação da sociedade civil. Acrescentou que o projeto possui um conselho diretor (chamado de mecanismo de país) que necessita de, pelo menos, 40% de participação da sociedade civil. Lembrou que o CNS possui vaga no mecanismo de coordenação, mas não indicou representante. Portanto, as questões seriam trazidas ao CNS para posicionamento. Ressaltou que a cada ano o Fundo Global abria convocatória para apresentação de novos projetos. Assim, estavam em discussão, inclusive com a sociedade civil, três projetos para serem apresentados ao Fundo: fortalecimento da sociedade civil para ampliação do acesso ao serviço de saúde nas três áreas: AIDS, Tuberculose e Malária; projeto da Malária; e qualificação da rede de assistência, com priorização dos laboratórios. Após falar brevemente dos projetos, solicitou que o referendo do CNS para apresentá-los ao Fundo Global. Concluída a apresentação, Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, coordenador da CAPPA/CNS, fez algumas considerações sobre o tema. Ressaltou, de início, a necessidade de ação

conjunta entre os dois programas. Também chamou a atenção para a transversalidade do tema AIDS e, portanto, destacou que deve ser tratado de forma intersetorial pelas comissões do CNS com ênfase nos seguintes aspectos: política de redução de danos; feminização e heterossexualização da doença; aumento da epidemia nas populações indígenas e idosa; e política nacional de atenção integral ao jovem e adolescente. Recordou que o CNS realizou seminário sobre propriedade intelectual e licenciamento compulsório e enfatizou que é preciso retomar essa discussão que, do seu ponto de vista, é de interesse de todas as patologias. Também destacou que a CONEP deve acompanhar os ensaios clínicos em pesquisa com seres humanos. Conselheira **Jurema Werneck** avaliou que é necessário ampliar o debate sobre a AIDS e a Tuberculose, pois os desafios não podem ser respondidos setorialmente. Disse ainda que os programas devem considerar as populações vulneráveis, a exemplo da população negra, na definição das ações. No mais, disse que a prevenção deve ser a prioridade do Programa de DST/AIDS e de Tuberculose. Conselheiro **Luiz Augusto Facchini** reiterou a necessidade de ampliar o debate intersetorial a respeito da AIDS e da Tuberculose e de entender o porquê da mudança do perfil de pessoas com AIDS. Ressaltou que o êxito da abordagem do Programa de AIDS deve ser encarado como elemento de intervenção e reflexão para abordagem dos grupos heterossexuais, de mulheres e de idosos. Também enfatizou que é preciso manter as ações exitosas do Programa de AIDS e enfrentar o novo perfil da doença. Avaliou que é de extrema importância pensar estratégias para levar o debate sobre a importância do uso do preservativo nas relações heterossexuais. Salientou, por fim, que as ações relativas a HIV/AIDS e Tuberculose devem ser descentralizadas para a rede básica e, para isso, é necessário esforço de capacitação e de disponibilização de subsídios para o enfrentamento de demandas. Conselheiro **Alexandre Magno** colocou as seguintes indagações para reflexão: Qual a estratégia do Ministério da Saúde para enfrentar o problema da subnotificação? Como será tratada a política de AIDS na atenção básica, principalmente no que se refere à prevenção e promoção? O que se pensa em relação ao tamanho do preservativo para garantir a universalização do uso? Que ações são pensadas para populações vulneráveis e em risco social? Como resolver a falta de profissionais da área de saúde mental para trabalhar a auto-estima das pessoas com AIDS? Como fica a relação do Ministério da Saúde com Estados e Municípios no caso de descumprimento, por parte dos gestores, dos princípios do SUS? Qual a estratégia do Programa para garantir a intersetorialidade com a Política da Saúde do Homem? Conselheiro **Marcelo Land** perguntou sobre a participação dos Hospitais de Ensino nas políticas de HIV/AIDS e Tuberculose. Especificamente sobre a Tuberculose, indagou quais as estratégias para enfrentar a situação dos centros metropolitanos com alto índice de Tuberculose, a exemplo do Rio de Janeiro. Por fim, sugeriu que o CNS se manifestasse sobre os três projetos a serem apresentados ao Fundo Global de Financiamento. Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou se, no caso de detecção da sífilis em gestantes, ainda se fazia o exame na mulher e no parceiro e como se dava o aproveitamento da primeira dose contra sífilis, ao se detectar no ato da consulta. Solicitou comentário sobre a prevenção por meio de vacina, avaliando que houve diminuição do interesse sobre essa possibilidade. Além disso, perguntou como o Programa de AIDS contribui para ajudar outras áreas que possuem pouca resolutividade do ponto de vista do tratamento. Também perguntou sobre a possibilidade de participação da sociedade civil no mecanismo de coordenação do país. No mais, saudou os fóruns estaduais pelo trabalho de combate à Tuberculose. Por fim, solicitou avaliação do impacto das ações do Programa de Tuberculose. Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** agradeceu as referências à CONEP/CNS e chamou a atenção para o volume de pesquisas com fármacos ligados à área da AIDS, patrocinadas por organismos estrangeiros, fase III, feitas com a população brasileira. Nesse sentido, ressaltou que é preciso estimular a produção nacional de medicamentos para a AIDS e perguntou sobre a possibilidade de utilizar os recursos do Fundo Global para esse fim. Quis saber ainda se os projetos financiados com recursos do Fundo Global podem ajudar com pesquisas sobre hábitos de vetores da Malária no Brasil sem utilização de “iscas humanas”. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou os expositores pela apresentação e solicitou ao Dr. **Eduardo Barbosa** a disponibilização do material apresentado. No mais, solicitou a explanação de um quadro real da incidência da Tuberculose e da Malária no Brasil. Conselheiro **Luiz Martins** avaliou que o CNS devia refletir sobre o fato de a Tuberculose espelhar a profunda desigualdade do país e falou da importância de mapa eletrônico de casos no Brasil para o acompanhamento da situação. Conselheira **Cândida Carvalheira** manifestou a sua avaliação de que o Ministério da Saúde trata de forma distinta as diversas patologias e deficiências. Também solicitou maiores informações a respeito dos projetos a serem apresentados ao Fundo Global, para que pudesse se manifestar. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra para considerações dos convidados. A Dra. **Cristina Buareto**, Programa Nacional de Combate à Tuberculose, disse que a população negra estava contemplada no Programa. Explicou que, em muitos casos, a condição da Tuberculose era reabilitadora para o paciente porque se criava uma rede social de apoio a outras questões da vida e ainda por meio do tratamento supervisionado, aumentavam os vínculos entre os pacientes e os profissionais de saúde. Ressaltou que o programa

estava ligado à atenção básica, porque o paciente deveria ter atenção integral. Também informou que o Programa estava trabalhando do GT de Saúde do Homem, porque estes adoeciam mais de Tuberculose em relação às mulheres. Disse que o Fundo Global propiciava aproximação maior com os hospitais de ensino, principalmente nas grandes metrópoles. Detalhou ainda que no projeto de qualificação laboratorial seria feito trabalho com os laboratórios das universidades como centros colaboradores. Chamou a atenção para a alta incidência de Tuberculose no Rio de Janeiro e, por essa razão, ressaltou que o Estado era uma prioridade do Programa. Colocou-se à disposição para apresentar, conforme solicitado, prestação de contas com resultados do Projeto. De todo modo, disse que maiores informações poderiam ser adquiridas no endereço [fundoglobaltb.org.br](http://fundoglobaltb.org.br). Explicou ainda que os projetos contemplariam a área de pesquisa em Tuberculose. Propôs ainda que fosse feito convite ao coordenador do Programa de Malária para apresentação detalhada ao Pleno. Detalhou também que o recurso do Fundo Global servia para potencializar ações e não para sustentar o programa. Antes de passar ao próximo convidado, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** destacou que a agenda de prioridades do CNS deveria contemplar temas relacionados à saúde pública, a exemplo do combate à Tuberculose. Na sequência, o Coordenador Adjunto do Programa de DST/AIDS, **Eduardo Luiz Barbosa**, explicou que os programas de Tuberculose, AIDS e malária estavam no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde e o trabalho estava sendo desenvolvido de forma a integrar cada vez mais as ações. Reconheceu que a população ainda estava vulnerável, porque as políticas para determinados segmentos ainda não eram suficientes. Avaliou como fundamental as contribuições dos conselheiros para que as demandas fossem incorporadas aos projetos. Feitas essas considerações gerais, passou a comentar intervenções pontuais. Informou que o Programa “Afro Atitude” estava em reavaliação e seriam discutidas as ações afirmativas e outras questões para a população negra. Além disso, lembrou que há pouco tempo foi incluído o quesito raça/cor nas fichas de serviços. Portanto, reconheceu que não há dados sobre a população negra. Também disse que há uma busca de integração da SVS/MS com a atenção básica no sentido de identificar os pontos de atenção a serem referência para prevenção e assistência. Finalizando, desculpou-se por não conseguir responder pontualmente a todos os questionamentos devido à exigüidade de tempo e colocou-se à disposição para encaminhar o material aos conselheiros por meio eletrônico. A seguir, foi feita a explicação por uma técnica do Ministério da Saúde de que o tratamento da mulher com sífilis era feito com penicilina e inclui o tratamento do parceiro. Acrescentou ainda que é feita a busca ativa dos parceiros das mulheres com sífilis. Encaminhando, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** colocou em apreciação as propostas: **nota de apoio aos projetos (de fortalecimento da sociedade civil para acesso ao Sistema de Saúde, sobre Malária e de qualificação da assistência, com priorização dos laboratórios) que foram apresentados pelo Brasil ao Fundo Global para financiamento, condicionada à disponibilização prévia aos conselheiros da prestação de contas dos projetos anteriores; as áreas técnicas do Ministério da Saúde deverão enviar aos conselheiros os materiais de campanha de Combate a AIDS e Tuberculose e os dados da avaliação do impacto dos Programas de AIDS e Tuberculose nos últimos dez anos; e convidar o coordenador da Política de Combate à Malária para expor sobre o tema no Pleno do CNS.** O coordenador da mesa encerrou este ponto agradecendo aos convidados. **ITEM 7 – POLÍTICA NACIONAL DOS POVOS DO CAMPO E DA FLORESTA** – Iniciando este ponto, a mesa foi composta por: Conselheira **Alessandra Lunas**, representante da CONTAG no CNS e **Ana Costa**, Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS. Nas considerações iniciais, Conselheira **Alessandra Lunas** manifestou satisfação com a apresentação ao CNS da Política Nacional dos Povos do Campo e da Floresta, construída no âmbito do GT Terra. Explicou que a elaboração da Política contou com a participação direta do movimento social, pois o GT é composto por representantes da CONTAG, do MST, de Mulheres Camponesas, do Conselho Nacional de Seringueiros, COIAB, da Coordenação Nacional das Comunidades Negras e Quilombolas, além de representantes governamentais (Ministério da Saúde, SEPPIR, Secretaria de Políticas para Mulheres, Ministério do Meio Ambiente e Incra). Justificou que a Política foi constituída a partir da necessidade de olhar mais específico para os povos do campo e da floresta e que esse processo contou com debate em nível nacional e teve contribuições das organizações de forma a responder aos anseios desses povos. Acrescentou ainda que a Política reforça a importância do dialógico com os atores sociais na construção de políticas públicas. Finalizando, disse que a idéia era apresentar a política naquele momento e deliberar a respeito na próxima reunião para que os conselheiros tivessem tempo de conhecê-la com mais propriedade. Dito isso, a Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS, **Ana Costa**, passou à apresentação da Política Nacional dos Povos do Campo e da Floresta. Inicialmente, a diretora chamou a atenção para o movimento de construção de políticas transversais, com envolvimento das diversas áreas do Ministério da Saúde e outras áreas setoriais, visando à redução das iniquidades. Destacou, em especial, a Política de Saúde da População Negra, aprovada pelo CNS, a Política Nacional dos Povos do Campo e da Floresta e a Política para Gays,

Lésbicas, Travestis e Transexuais, que seria colocada em consulta pública e trazida à apreciação do Pleno. Iniciando a apresentação da Política dos Povos do Campo e da Floresta, explicou que o processo de construção contou com três fases: proposição, aperfeiçoamento (atual) e validação. Disse que a Política tem como propósito a promoção da equidade relacionada ao desenvolvimento humano e à qualidade de vida das populações do campo e da floresta por meio de melhoria do nível de saúde decorrente de implementação de políticas intersetoriais baseadas na geração de emprego e renda, provimento de saneamento ambiental, habitação, segurança alimentar, educação, cultura e lazer, acesso à terra e ao transporte digno. Esclareceu que o objetivo geral da Política é melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor e etnia, visando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. Detalhou que os objetivos específicos são: garantir o acesso aos serviços de saúde, incluindo as ações básicas, as especializadas de média e alta complexidade, as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidade e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico; contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde dessas populações, desenvolvendo ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da criança e do adolescente, do homem e dos trabalhadores, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica; reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho no campo e na floresta, particularmente o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e outras substâncias químicas que agravam a saúde humana e ambiental, ou decorrente do risco ergonômico do trabalho no campo e na floresta e da exposição contínua aos raios ultravioleta; contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas populações incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações sobre o meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana; introduzir metodologias de planejamento capazes de identificar as demandas de saúde dessas populações e definir metas, estratégias e ações específicas para as mesmas; incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades dessas populações; apoiar processos de educação, informação e empoderamento dessas populações sobre o direito à saúde e em defesa do SUS; apoiar a expansão da participação das representações dessas populações nos conselhos estaduais e municipais de saúde e em outros espaços de gestão participativa; promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as especificidades socioculturais; incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre os riscos, a qualidade de vida e a saúde dessas populações, respeitando as especificidades de geração, raça/cor, gênero e etnia; promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público de vigilância em saúde, do monitoramento, da precaução sobre o uso dos transgênicos, da avaliação tecnológica e do controle do uso de agrotóxicos, transgênicos e outras substâncias químicas; e incentivar a formação e a educação de trabalhadores de saúde, considerando a situação intercultural na atenção aos povos e comunidades tradicionais e da floresta. Acrescentou ainda que são princípios e diretrizes da Política: saúde como direito universal e social; inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero e etnia dessas populações; transversalidade e a intersetorialidade, como práticas de gestão norteadoras da execução das ações; formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas dessas populações, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e técnica; valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais; promoção de ambientes saudáveis, por meio da defesa da biodiversidade e do respeito ao território, na perspectiva da sustentabilidade ambiental; apoio à produção sustentável e solidária, por meio da agricultura familiar camponesa e do extrativismo, considerando todos os sujeitos do campo e da floresta; participação social, com estímulo e qualificação da participação e intervenção dos sujeitos do campo e da floresta nas instâncias de controle social em saúde; informação e comunicação em saúde, considerada a diversidade cultural do campo e da floresta para a produção de ferramentas de comunicação; e produção de conhecimentos científicos e tecnológicos como aporte à implementação desta política. Registrou ainda que a Política é de responsabilidade das três esferas de governo, com atribuições para a esfera municipal, a estadual e a nacional, envolvendo processo de coordenação, monitoramento e execução. Por fim, sinalizou a presença de ativistas da saúde da população do campo e da equipe do Departamento. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Pleno. Conselheira **Doroty Aparecida Matos**, na sua primeira fala no Conselho, registrou o apoio do FBONGS ao meio ambiente e desenvolvimento sustentável. Ratificou a Política e apelou aos conselheiros pela sua aprovação. Também informou que a proposta seria levada à discussão no FBONGS para contribuições. Conselheira **Cândida Carnevalheira** lamentou a ausência de ações

362 voltadas às pessoas com deficiência que residem no campo e na floresta. Perguntou ainda se a  
363 Política foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e se foi disponibilizado orçamento para sua  
364 implementação. Conselheira **Maria Natividade Santana** informou que o texto da Política não foi  
365 distribuído aos conselheiros porque não tinha sido discutido no Colegiado do Ministério da Saúde.  
366 Portanto, após a apresentação ao Pleno, seriam incorporadas as eventuais sugestões e a proposta  
367 trazida para deliberação, sendo enviada aos conselheiros com a devida antecedência. Conselheiro  
368 **Clóvis Boufleur** reiterou a pergunta acerca da disponibilidade orçamentária para implementação da  
369 política e quis saber como se daria a coordenação. Também indagou se a Política contemplava ações  
370 para evitar a mortalidade materna nessa população. Conselheira **Marisa Fúria** lamentou o fato de,  
371 como em outros casos, a Política não contemplar as pessoas com deficiência e solicitou maior cuidado  
372 para que isso não voltasse a acontecer. Conselheira **Maria Izabel da Silva** propôs que a Política fosse  
373 encaminhada às Comissões do CNS, em especial à CISAMA, CIST, Saúde da População Negra,  
374 Saúde da Mulher, para contribuições. Além disso, disse que seria importante discutir as questões de  
375 orientação sexual da população do campo. Conselheira **Eufrásia Cadorin** elogiou a iniciativa e disse  
376 ser importante discutir formas de operacionalização da Política, visando garantir a atenção integral às  
377 populações. Conselheiro **Donizeti Scaboli** cumprimentou a expositora e salientou que é necessário  
378 pensar na qualificação do campo. Conselheiro **Rogério Tokarski** avaliou que é preciso considerar  
379 nesse debate a preservação das tradições e cultura dos povos do campo e da floresta. Conselheiro  
380 **Alexandre Magno** interveio para destacar a importância de um diagnóstico sobre a cobertura de  
381 homens e mulheres do campo. Também quis saber como se daria o enfrentamento das seguintes  
382 questões: analfabetismo das populações do campo, considerando a necessidade de assegurar os  
383 direitos dos trabalhadores e trabalhadoras rurais no que se refere à educação; trabalho infantil e  
384 trabalho escravo; e utilização excessiva de agrotóxicos. No mais, perguntou o que seria feito para  
385 garantir a promoção e prevenção às deficiências no âmbito do campo e o que foi pensado em relação  
386 à política da atenção básica para essa população, em especial as fronteiriças e imigrantes.  
387 Conselheiro **Luiz Augusto Facchini** saudou a iniciativa, mas colocou como desafio o fato de os  
388 municípios rurais serem aqueles com menor infra-estrutura, do ponto de vista, por exemplo, da rede de  
389 saúde e do desenvolvimento econômico, o que apontava a necessidade de ação intra e intersetorial.  
390 Desse modo, solicitou à mesa que fosse feita reflexão sobre os desafios para a operacionalização da  
391 política. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** cumprimentou o GT Terra pela Política e manifestou apoio à  
392 iniciativa. Como contribuição, solicitou que o quesito orientação sexual fosse incluído na Política como  
393 marcador de transversalidade. Sr. **Fernando**, da área de vigilância e saúde ambiental/MS, registrou  
394 que a apresentação da Política representava um marco na construção da política de saúde. Também  
395 disse que, nessa era de desmatamento, a população do campo devia ser vista como um grupo de  
396 apoio à preservação, em especial, da floresta Amazônica. Acrescentou ainda que a Política mostra que  
397 saúde também se faz fora das unidades de saúde. Concluiu destacando que o CNS poderia contribuir  
398 para o aperfeiçoamento da proposta. Conselheiro **Ciro Mortella** iniciou a sua fala explicando ser  
399 favorável ao tratamento pontual de questões específicas, contudo, disse que teve dificuldade de  
400 identificar a especificidade da Política, a partir da apresentação. Também perguntou qual seria o  
401 diferencial da Política para fazer funcionar o que apresenta dificuldades e precariedades. Concluídas  
402 as intervenções, Conselheira **Alessandra Lunas** agradeceu as contribuições dos conselheiros à  
403 Política. Na sequência, a Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS, **Ana**  
404 **Costa**, respondeu aos questionamentos do Pleno. Disse que, conforme lhe fora solicitado, a  
405 apresentação foi feita de forma rápida, fato que não possibilitou detalhar o seu denso conteúdo, que  
406 contempla, inclusive, diagnóstico da situação. Ressaltou que, apesar da lacuna de conhecimento  
407 relacionado à saúde desses povos, verificou-se evidências de problemas relacionados à mortalidade  
408 materna e infantil, doenças relacionadas ao trabalho, às endemias, entre outros. Concordou que será  
409 um grande desafio implementar a Política, contudo, detalhou que o conjunto de estratégias envolvia  
410 metas específicas para ampliar a cobertura de atendimento em atenção básica, garantir a cobertura de  
411 alta e média complexidade, entre outras. Por outro lado, lembrou que a estratégia de intervenção  
412 intersetorial denominada territórios de cidadania abarca municípios que contemplam os quase 15% de  
413 população rural do país. Portanto, essa estratégia daria consequência à Política. Informou ainda que o  
414 custeio da Política se daria com recursos da atenção básica, utilizando, por exemplo, o incentivo à  
415 contratação de PSF para zona rural. Nesse sentido, disse que seria necessária estratégia para  
416 incentivar o uso desse recurso. Informou também que as metas sanitárias estavam detalhadas no  
417 texto da Política. Detalhou ainda que, após a aprovação da Política, seria elaborado um plano  
418 operativo, a ser pactuado na Tripartite, com as atribuições de cada uma das esferas de gestão.  
419 Concordou que é preciso incluir a questão da sexualidade na Política e iniciar a produção de  
420 conhecimento e informações sobre a situação de saúde dessas populações. Por fim, salientou que o  
421 diferencial dessa Política seria o compromisso de ampliação do acesso e qualificação da atenção, bem  
422 como a politização do tema saúde para essa população. **Encaminhando, Conselheira Alessandra**



Lunas colocou em apreciação as seguintes propostas: enviar o texto da Política às Comissões do CNS para discussão, por meio eletrônico, e retorno ao Pleno até o mês de agosto e recomendar a inclusão do tema na pauta da Comissão Intergestores Tripartite. Não havendo destaques, as propostas foram aprovadas. Com agradecimentos à expositora, a mesa encerrou a discussão desse item. Antes de finalizar os trabalhos do primeiro dia, Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou o Pleno que o Congresso Nacional tinha votado o substitutivo do Deputado Vargas. Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Alceu José Peixoto Pimentel, Ana Crithina de Oliveira Brasil, Artur Custódio Moreira de Sousa, Bruna Ballarotti, Cândida Maria Bittencourt Carvalho, Carmen Lucia Luiz, Ciro Mortella, Daniela Batalha Trettel, Eufrásia Santos Cadorin, Fabíola de Aguiar, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, João Donizeti Scaboli, José Claudio dos Santos, José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Luis Augusto Facchini, Luís Carlos Bolzan, Luiz Antônio Neves, Marcelo Land, Maria Goretti David Lopes, Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Remígio Todeschini, Raimundo Sotero de Menezes Filho, Rogério Tokarski, Ronald Ferreira dos Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Valdenir Andrade França e Zilda Arns Neumann. *Suplentes* - **Alexandre Magno Lins Soares, Armando Martinho Bardou Raggio, Clóvis Adalberto Bouffleur, Crescêncio Silveira Neto, Denise Torreão Corrêa da Silva, Doroty Aparecida Matos, Fernando Luiz Eliotério, Flávio L. Antonelo Londero, Geraldo Alves Vasconcelos Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio, Juarez Pires de Souza, Maria Acioly Mota, Maria do Socorro de Souza, Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Natividade G. S. T. Santana, Marisa Fúria Silva, Marlene Braz, Noemy Yamaguishi Tomita, Rildo Mendes, Tânia Maria Lessa A. Sampaio e Walter Gomes de Souza.** O segundo dia de trabalho começou com a apresentação do item 8 da pauta. Enquanto se aguardava os convidados, Conselheira **Nildes Oliveira Andrade** comunicou que o Ministério da Saúde enviou nota técnica informando que no final de maio o protocolo da doença celíaca seria colocado em consulta pública. Como isso não ocorreu, pediu que o Presidente do CNS solicitasse a presença do Secretário de Atenção à Saúde para dar explicações ao Pleno sobre os motivos disso. **A propósito, acordou-se que na próxima reunião o Secretário da SAS/MS seria convidado a participar da reunião para justificar ao Pleno o motivo da não assinatura, por parte do Ministro da Saúde, da Resolução aprovada pelo CNS que dispõe sobre o Protocolo Clínico para as Pessoas com Doença Celíaca.** Além disso, a FENACELBRA deverá apresentar dados para subsidiar o posicionamento do CNS.**

**ITEM 8 – ABERTURA DE NOVOS CURSOS NA ÁREA DA SAÚDE /eMEC** - Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** assumiu a coordenação dos trabalhos e a mesa foi composta por: **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH/CNS; e **Ana Stela Haddad**, Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS. Enquanto se aguardava a presença dos representantes do MEC, foi feita abordagem sobre questões pontuais. A Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, explicou que, além dos processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, a CIRH vinha recebendo, por meio do Sistema SAPIENS/MEC, processos relacionados a pedidos de aumento no número de vagas ofertadas em cursos de graduação de Medicina, Psicologia e Odontologia. Em função disso, informou que a Comissão elaborou nota técnica onde esclarece que o CNS, por meio da CIRH, vem se manifestando em relação a processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de graduação em Medicina, Psicologia e Odontologia. Além disso, destaca que a legislação vigente não faz menção à necessidade do Conselho Nacional de Saúde manifestar-se, outrossim, no caso de pedidos de aumento no número de vagas ofertadas pelas Instituições de Educação Superior. No entanto, ressalta que o plenário do CNS já se posicionou favoravelmente, no que se refere tanto à criação de cursos da área da saúde, quanto ao aumento no número de vagas ofertadas por esses cursos, no caso de instituições de ensino públicas. Feita a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Pleno. Antes, porém, a mesa registrou a presença e convidou para compor a mesa a consultora jurídica do MEC, **Maria Paula Dalari**. Em suma, as falas solicitaram esclarecimentos sobre o processo de aumento de vagas. A consultora jurídica do MEC, **Maria Paula Dalari**, fez esclarecimentos sobre as intervenções do Pleno. Antes, porém, cumprimentou os conselheiros e agradeceu o convite para falar do E-MEC. Explicou que o Decreto nº 7.773/06 iniciou o processo de reformulação do marco regulatório da educação superior, cujo pressuposto é estabelecer um nexo de consequência entre avaliação e regulação. Ressaltou que qualquer modificação no funcionamento do curso depende de modificação no ato autorizativo de funcionamento do curso. Exemplificou que, no caso de aumento do número de vagas, a instituição necessita pedir aditamento do ato autorizativo. Disse que o módulo de aditamento estaria pronto até setembro e a mecânica seria implantada. Também informou que a questão do campus fora da sede estava definida de forma mais restrita, pois a universidade que assim desejasse deveria credenciar o campus fora da sede para, em seguida, pedir autorização para o curso. Explicou ainda que haverá aqodamento em relação a tramitação de processos até que haja clareza a respeito de critérios e de cumprimento das metas de



qualidade. A propósito, comunicou que está em curso um processo de supervisão dos cursos de Medicina que tiveram avaliação insuficiente, segundo os indicadores do ENADE. De acordo com seu conhecimento, não estava em tramitação na SESu/MEC processo de aumento do número de vagas de cursos de Medicina. Por outro lado, destacou que há uma preocupação de ter critérios para pronunciamento de acordo com a diretriz da qualidade. **Como encaminhamento, a Nota Técnica da CIRH/CNS foi aprovada com o adendo de que o CNS não é contra o aumento de vagas de cursos, mas deseja participar da definição dos critérios desse processo.** Na sequência, a consultora jurídica **Maria Paula Dalari** fez uma apresentação sobre o E-MEC, sistema eletrônico que processa atos autorizativos de instituições e cursos de educação superior. Ressaltou que o sistema já estava em funcionamento e, ao mesmo tempo, em construção. A consultora esclareceu que naquele momento seria feita apresentação do Sistema aos conselheiros e que os interessados poderiam participar de capacitação sobre o sistema. Detalhou que os documentos relevantes seriam acessíveis, no primeiro momento, aos que trabalhavam no sistema e, no segundo momento, todos poderiam ter acesso pela internet. Acrescentou que, por cautela, alguns processos constavam no sistema Sapiens, razão pela qual não seria possível consultar alguns processos no E-MEC. Reiterou a importância do trabalho conjunto do MEC com o CNS e dos pareceres desse Conselho considerados nas decisões da SESU. Também informou que não se aguardaria o parecer do INEP para que o CNS emitisse o seu parecer, que seria dado de acordo com os seus critérios. Na sequência, Sr. **Flávio Mares Santos** mostrou como utilizar o E-MEC, sistema implantado com a finalidade de realizar a tramitação eletrônica dos fluxos dos processos do Sistema Federal de Ensino (instituições públicas federais e privadas), pertinentes a credenciamento e credenciamento de instituições de ensino superior, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos. Para orientações gerais acerca do E-MEC, deve-se acessar o endereço <http://emec.mec.gov.br>. Concluída a apresentação, a consultora jurídica do MEC, **Maria Paula Dalari**, reiterou que a equipe responsável pelo E-MEC estava à disposição dos conselheiros para capacitação sobre o Sistema. A seguir, foi aberta a palavra para considerações do Pleno. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que, no dia anterior, os farmacêuticos tiveram um dia vitorioso, pois o presidente da Câmara dos Deputados garantiu defender o debate para que a farmácia seja um estabelecimento de saúde. Também cumprimentou a iniciativa, por entender que a tecnologia ajuda no aperfeiçoamento da possibilidade de participação e controle. Avaliou que a emissão de pareceres deve ser tarefa de todos os conselheiros do CNS. Conselheira **Bruna Ballarotti** cumprimentou o MEC pelo sistema e perguntou sobre a possibilidade de criar um banco de dados dos cursos da saúde. Conselheiro **Alceu Pimentel** saudou a iniciativa por entender que democratizaria a informação àqueles que necessitassem para subsidiar a manifestação. Conselheiro **Luiz Augusto Facchini** também elogiou a iniciativa e sugeriu que, além das informações das instituições, fosse disponibilizada análise comparativa dos cursos por território, com enfoque regional e informações complementares, como histórico de inserção das entidades na regional, perfil de egressos, entre outros. Por fim, perguntou se o E-MEC contemplaria os cursos de educação à distância. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** comparou o E-MEC ao sistema de registro de pesquisas no Brasil e sugeriu que, a exemplo do último, o E-MEC tivesse plataforma mais ampla com módulos distintos, sendo disponibilizada, por senha ou acesso restrito, informação de interesse coletivo. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra à mesa para respostas. A consultora jurídica **Maria Paula Dalari** agradeceu os comentários de apoio ao sistema e explicou que o mesmo foi construído dentro de um prazo curto para sistemas desse modelo. Reconheceu que é preciso evoluir, considerando os desafios a serem enfrentados. Destacou que o E-MEC é um amplo banco de dados e, ao mesmo tempo, um processo de tramitação de pedidos de ato autorizativo. Salientou que o sistema está conjugado ao processo administrativo. Também explicou que o Sistema voltava-se para a educação superior, exceto pós-graduação, portanto, inclui a educação superior à distância. Esclareceu que o banco de dados do sistema possibilitaria a geração de relatórios e, portanto, o acompanhamento. Lembrou que a participação do CNS, no que se refere à emissão de pareceres, é regulamentada por decreto, logo, qualquer inovação deve ser definida pelo mesmo veículo legal. Reiterou que o sistema está em construção e no decorrer do seu funcionamento se perceberia a necessidade ou não de mudanças. Desse modo, disse que as oficinas de capacitação foram pensadas para recolher as impressões dos usuários. Também ressaltou que o CNS se manifestaria independente da manifestação do INEP e, além disso, haveria tratamento especial acerca dos dados confidenciais, de acordo com a lei. Continuando, a Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, fez breves considerações sobre as colocações dos conselheiros. Manifestou a compreensão da CIRH/CNS e do GT de Avaliação dos Processos de Cursos na Área da Saúde de que os conselheiros devem assumir a tarefa de emitir parecer, sendo tarefa da Comissão e do Grupo disponibilizar dados para subsidiar as análises. Agradeceu o treinamento sobre o sistema, oferecido pelo MEC, aos integrantes do GT e da CIRH, pois possibilitou buscar dados necessários à avaliação. Por estar em construção, disse que o CNS poderia indicar os dados que deveriam constar no sistema para subsidiar a sua avaliação. Dessa

545 forma, reforçou a importância da participação dos conselheiros nas oficinas de capacitação. Por fim,  
546 solicitou que a consultora jurídica do MEC, **Maria Paula Dalari**, permanecesse durante o próximo  
547 ponto de pauta da CIRH para esclarecer eventuais dúvidas. Conselheira **Maria Helena Machado**  
548 recordou que o CNS emitia pareceres para três profissões da saúde, mas ressaltou estar ciente da  
549 tramitação necessária para que o CNS possa manifestar-se sobre as demais profissões. Nesse  
550 sentido, informou que, na próxima reunião da CNS, seria realizada oficina para discutir as estratégias a  
551 curto e médio prazo para tal. Assim, a partir das definições, seria feito diálogo com o MEC. Encerrando  
552 essa primeira parte da apresentação, agradeceu a presença dos convidados na pessoa da Dra. Dalari.  
553 A seguir, a Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, recordou que, na  
554 última Plenária do CNS, foi levantada a questão do Regimento do CNS, de acordo com o qual, os  
555 Conselheiros devem receber, com dez dias de antecedência, as matérias que serão votadas. Diante  
556 disso, informou que foi encaminhada consulta à Consultoria Jurídica do Ministério da Educação sobre  
557 essa questão, para estabelecer o melhor fluxo e garantir o bom andamento dos trabalhos. Explicou  
558 que, diante do parecer da CONJUR, o GT da CIRH propõe que as Notas Técnicas preparadas para  
559 subsidiar os pareceres e a recomendação da CIRH sejam enviados aos Conselheiros dentro do prazo  
560 regimental (até dez dias antes da Plenária) e que o conselheiro que julgar necessário, encaminhe  
561 oficialmente à Secretaria Executiva do CNS pedido de vistas ao processo, para que seja concedida a  
562 senha de acesso ao processo, que é pessoal e intransferível. Feito esse informe, foi aberta a palavra  
563 para considerações. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** saudou o MEC pela posição a respeito do  
564 “Sistema S de formação” e perguntou se alguma outra escola federal de medicina aplicaria a prova  
565 para validação dos diplomas dos formados fora do país. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**  
566 destacou como avanço a participação do controle social no processo de autorização, reconhecimento e  
567 renovação de cursos na área da saúde, contudo, avaliou que é preciso rever a forma dessa  
568 manifestação. Nesse sentido, colocou o entendimento que a manifestação, por meio de notas técnicas,  
569 era um processo de transição. Conselheiro **José Alceu Pimentel** também solicitou medida do MEC  
570 para que as escolas federais possam validar diplomas de estudantes formados no exterior, com provas  
571 para verificar o conhecimento. Concluída as intervenções, foi aberta a palavra à mesa para  
572 considerações. Conselheira **Maria Helena Machado** colocou o entendimento de que o CNS está  
573 organizando-se para cumprir a sua função de emitir parecer e que a CIRH tem a função de apresentar  
574 subsídios para a manifestação do CNS. Reiterou que os pareceres elaborados pela CIRH serão  
575 enviados aos conselheiros dentro do prazo regimental (até dez dias antes da Plenária) e o conselheiro  
576 que necessitar de maiores informações poderá ter acesso ao processo por meio de senha. Devido ao  
577 adiantado da hora, a consultora jurídica **Maria Paula Dalari** não pôde permanecer até o final do debate  
578 dessa parte da apresentação. Despediu-se dos conselheiros com agradecimentos pelo convite para  
579 participar do debate e reiterou a solicitação aos conselheiros para que conheçam o sistema e  
580 contribuam para o seu aprimoramento. Por fim, cumprimentou o GT de Avaliação dos Processos de  
581 Cursos na Área da Saúde pelo trabalho. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** reforçou os  
582 agradecimentos à consultora do MEC e abriu a palavra para um segundo bloco de inscrições.  
583 Conselheiro **Alceu Pimentel** considerou que a análise dos pedidos por um GT representava um salto  
584 de qualidade, pois possibilitava a avaliação por vários relatores. Conselheira **Zilda Arns** destacou que  
585 é essencial investir na qualidade dos cursos de graduação. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**  
586 avaliou que é necessário dar passos maiores para fortalecer o papel político do CNS, fazendo com que  
587 os conselheiros assumam a tarefa de relator na análise dos processos. Conselheira **Maria Laura**  
588 **Carvalho** registrou a sua preocupação com os cursos de formação à distância e salientou a  
589 necessidade de maior atenção para os mesmos. Conselheiro **Luís Martins** defendeu a manutenção da  
590 atual metodologia de emissão de pareceres (GT), com a possibilidade de manifestação dos  
591 conselheiros interessados. Nessa lógica, perguntou se é possível a participação de outros conselheiros  
592 no GT de Avaliação dos Processos de Cursos na Área da Saúde. Concluídas as intervenções, foi  
593 aberta a palavra para considerações da mesa. Conselheira **Maria Helena Machado** informou que a  
594 CIRH, na próxima reunião, trabalharia na busca de equacionar várias questões, dentre elas, o número  
595 de integrantes do GT. No mais, disse que a reunião da CIRH estava aberta aos conselheiros que  
596 desejassem contribuir na emissão de pareceres para os duzentos processos que aguardavam  
597 manifestação. Convidou, em especial, o Conselheiro Ronald Santos para participar da próxima reunião  
598 no sentido de contribuir na definição de mecanismo de operacionalização da emissão de pareceres.  
599 Continuando, a Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, passou à  
600 apresentação dos demais itens dessa pauta. Primeiro, apresentou informe sobre o Exame de  
601 Desempenho dos Estudantes de Graduação - ENADE 2007. Explicou que o ENADE integra, junto com  
602 a avaliação de cursos e a avaliação institucional, o SINAES (Sistema Nacional de Avaliação da  
603 Educação Superior do MEC. Explicou que a executiva dos estudantes da área da saúde manifestou  
604 preocupação com o fato de o resultado do ENADE ser considerado isoladamente. A esse respeito,  
605 informou que o MEC divulgaria nos próximos meses, a exemplo do que foi feito em relação à educação

básica, o índice de qualidade da educação superior que seria aferido a partir do resultado do ENADE e de outras avaliações. Comunicou que o MEC divulgou, no início de maio, o resultado do ENADE para a área da Medicina. Os demais cursos estão com os resultados em fase final de processamento, e seguirão o mesmo curso. Explicou que a partir da divulgação, dezessete cursos de Medicina que obtiveram baixo desempenho passarão por supervisão. Estes cursos têm um prazo de vinte dias para apresentar oficialmente ao MEC um diagnóstico com os fatores que levaram a este resultado. Após análise por uma Comissão de Especialistas coordenada pelo Dr. Adib Jatene, os cursos, conforme análise, poderão receber visita *in loco*. Todos deverão assinar um Termo de Saneamento, com prazos para sanar as pendências, sob pena de sofrerem sanções que vão desde a redução de vagas, até o fechamento do curso. Disse que os cursos de Medicina em processo de supervisão são: 1) Universidade Metropolitana de Santos (SP); 2) Faculdade de Medicina do Planalto Central (DF); 3) Centro Universitário Serra dos Órgãos (RJ); 4) Universidade de Uberaba (MG); 5) Universidade Federal de Alagoas (AL); 6) Universidade Severino Sombra (RJ); 7) Universidade Federal do Pará (PA); 8) Universidade Federal da Bahia (BA); 9) Centro de Ensino Superior de Valença (RJ); 10) Centro Universitário de Volta Redonda (RJ); 11) Universidade Luterana do Brasil (RS); 12) Universidade de Ribeirão Preto (SP); 13) Universidade Federal do Amazonas (AM); 14) Centro Universitário Nilton Lins (AM); 15) Universidade Iguazú (Itaperuna/RJ); 16) Universidade de Marília (SP); e 17) Universidade Iguazú (Nova Iguazú/RJ). Também divulgou os cursos que obtiveram nota máxima (conceito ENADE = 5 e IDD = 5): 1) Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RS); 2) Universidade Federal de Goiás (GO); 3) Fundação Federal de Ciências Médicas Porto Alegre (RS); 4) Universidade Federal de Santa Maria (RS); 5) Universidade Federal do Piauí (PI); 6) Universidade Federal de Mato Grosso (MT); 7) Escola Superior de Ciências da Saúde (Brasília/DF); e 8) Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ). Conselheira **Fabiola de Aguiar Nunes** deu destaque à Escola Superior de Ciências da Saúde (Brasília/DF) dentre as instituições que obtiveram nota máxima no ENADE, destacando que os formandos dessa instituição saem familiarizados com a Política Nacional de Saúde. Sugeriu que fosse enviada moção de agradecimento ao governador do DF, que envidou esforços para estruturar a escola. Conselheira **Bruna Ballarotti** referiu-se a estudo que destaca que os cursos isolados da rede do SUS tiveram as melhores notas. Nesse sentido, manifestou preocupação com a situação que os resultados do ENADE podem gerar. Declarou que os docentes querem ser avaliados, mas, para isso, é preciso definir instrumento mais completo. Conselheiro **José Alceu Pimentel**, primeiro, protestou por entender que um tema dessa importância não deveria ser colocado como informe. Também considerou que o ENADE, por si só, não tinha condições de avaliar as escolas, pois deveria ser avaliado um conjunto de variáveis. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**, na condição de integrante da CIRH, assumiu o compromisso de pautar na Comissão o debate sobre o processo de avaliação das escolas. **Continuando, a Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, Ana Stela Haddad, submeteu à apreciação do Pleno seis pareceres, que foram aprovados por unanimidade. São eles:** 1) **Faculdade Integrada FAUC - Psicologia - Cuiabá/MT - autorização: desfavorável.** 2) **Faculdade Exponencial - FIE - Psicologia - Chapecó/SC: desfavorável.** 3) **Universidade Federal de Rondônia - UFRO - Medicina - Porto Velho/RO - Renovação: favorável com a sugestão de que o MEC estipule um prazo para que a IES atenda a recomendações, mediante um cronograma de execução e prazos estabelecidos.** 4) **Faculdade de São Bento da Bahia/Salvador - Psicologia - autorização: desfavorável.** 5) **Faculdade Santíssimo Sacramento - Psicologia - Alagoinhas/Bahia - autorização: desfavorável.** 6) **Faculdade Machado Sobrinho - Psicologia - autorização: favorável.** Por fim, informou o Pleno sobre os pedidos de re-análise dos pedidos das instituições Cesumar e Uningá. Informou que o GT constituído pelo CNS para visitar as duas instituições cumpriu a sua tarefa. Para relatar o resultado da visita, convidou a conselheira Ruth Ribeiro, uma das integrantes do GT. A conselheira iniciou comunicando que o grupo foi composto por José Tarcísio da Fonseca Dias (CIRH/FNM), Marisa Fúria (CIRH/ABRA), Elizabeth (CONASEMS) e Eliane Gontijo (Consultora DEGES/SEGERTS/MS). Explicou que o grupo visitou as instalações das instituições e reuniu-se com o secretário de saúde do município, o presidente do Conselho Municipal, o coordenador de plenária e a representante dos consórcios municipais. Acrescentou ainda que foi feita visita a um hospital que seria arrendado por uma das instituições. Ressaltou que o GT estava concluindo o relatório das visitas e a intenção era encaminhar o documento aos conselheiros no dia 4 de julho de 2008. Por fim, falou do ruído que impossibilitou a ida do Conselheiro Alceu Pimentel às instituições junto com o grupo. Conselheiro **José Alceu Pimentel** sugeriu que na análise dos pedidos das instituições fosse solicitada a manifestação dos conselhos municipais e estaduais dos locais. Lamentou o fato de não ter sido informado, com a devida antecedência, sobre a data da visita às instituições, pois faria parte do Grupo, inclusive sem ônus para o CNS. Disse que situações como essa não deviam voltar a ocorrer, ressaltando, inclusive, que a sua posição foi prejudicada. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** reiterou que o Conselheiro Alceu Pimentel fez falta, entendendo a necessidade de representação da profissão. Conselheiro **Marcelo**

**Land** disse que na discussão dos resultados ENADE deveria ser apresentada tabela com nota das instituições e ressaltou que é preciso criar um índice de desenvolvimento da educação. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra à Coordenadora da CIRH/CNS para considerações finais. A coordenadora e pediu desculpas publicamente ao Conselheiro Alceu Pimentel pelo ocorrido que foi ocasionado por problema no processo de trabalho interno da Comissão. Ressaltou que a CIRH tomaria as providências necessárias para que situações como essa não voltassem a acontecer. Também agradeceu a Diretora do Departamento de Gestão pelo trabalho. Salientou ainda que está prevista discussão sobre carga horária dos cursos da saúde, carreiras, regulação das profissões, exame para certificação de estudantes formados no exterior, entre outros temas. Frisou que na próxima reunião da CIRH seriam discutidos dois pontos: metodologia para avaliação de recursos e a pauta para responder ao CNS. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** reiterou a necessidade de convocar o GT do CNS constituído para discutir o reconhecimento de títulos de Medicina expedidos em Cuba. Finalizando, a coordenadora registrou a preocupação e agradeceu a presença dos convidados. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** fez uso da palavra para registrar preocupação com o debate do Item 9 “Atenção Básica na Saúde” antes do horário do almoço, reservando-se apenas uma hora para esse ponto que, na sua visão, é de extrema relevância. Lembrou ainda que o item estava previsto para as 9 horas daquele dia mas não foi discutido por falta de quorum. Dada a importância do tema, avaliou que destinar apenas uma hora para o debate seria muito pouco. **Após considerações, o Pleno decidiu abrir a palavra à Diretora do Departamento de Atenção Básica para apresentação, sem prejuízo das propostas de pautar o tema na próxima reunião para debate mais amplo, inclusive com a presença de representantes das áreas técnicas afins e realizar um seminário sobre Atenção Básica. ITEM 9 – ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE** – A diretora do Departamento de Atenção Básica/DAB/MS, **Claunara Mendonça**, iniciou explicando que a sua apresentação teria por objetivo explicitar o porquê da Política de Atenção Básica e o que se espera do SUS orientado pela Atenção Básica. Iniciando a explanação, disse que fortalecer, expandir e qualificar a Atenção Básica é a estratégia central de reordenamento do Sistema. Assim, o Programa Saúde da Família configura-se como a forma de acesso prioritário da população brasileira (do brasileiro saudável ao envelhecimento ativo). Explicou que a prioridade à Atenção Primária decorria do fato de um sistema de saúde com forte referencial na Atenção Primária à Saúde ser mais efetivo, mais satisfatório para a população, ter menores custos e ser mais equitativo, mesmo em contextos de grande iniquidade social. Disse que a análise das características comuns às diversas populações orienta a organização de sistemas de serviços de saúde. Nesse sentido, discutia-se as redes de Atenção à Saúde lideradas pela APS – TEIAS – Mais Saúde. Frisou que esse sistema deve organizar-se com base nas necessidades de saúde da população. Desse modo, informou que estava sendo realizado estudo sobre essas necessidades. Além disso, ressaltou que é preciso formar os profissionais para resolver os problemas freqüentes e prevalentes. Exemplificou com o panorama da população idosa no Brasil, destacando que até 2025, o Brasil será o 6º país no mundo em número de idosos. Considerando que é o segmento populacional que mais cresceu nas últimas décadas, a saúde do idoso constitui um dos maiores desafios para a Atenção Primária em Saúde. Acrescentou que o aumento da longevidade é um triunfo da saúde pública e resultado do desenvolvimento social e econômico dos países. Também falou das co-morbidades, destacando que a média de número de diagnósticos em adultos acima de 60 anos é dois e 80% de mulheres entre 65 e 85 anos tem pelo menos uma condição crônica, 50% tem mais de uma e 25% tem três ou mais. Assim, disse que, no caso de um indivíduo com vários problemas de saúde acessando a vários especialistas, há uso inadequado de tecnologia e, por conta disso, ocorre óbitos, o que deveria ser evitado. Explicou que a transição demográfica de envelhecimento da população acarreta nas seguintes mudanças: doenças crônicas para controle; cura para cuidado; equipamentos para recursos humanos; especialistas para generalistas; e intervenção médica para cuidados enfermagem. Destacou ainda que a análise das características particulares de cada população (os aspectos ambientais, socioeconômicos, demográficos, culturais e de saúde) orienta a organização local de cada serviço. Nessa lógica, abordou os valores, princípios e atributos de um sistema de saúde orientado na APS. Destacou que os valores são âncora para as políticas e programas de interesse público, sendo eles: direito à saúde – universalização; equidade; e solidariedade. Destacou que os princípios operacionais da Atenção Básica, ao contrário dos valores, ainda eram frágeis, sendo eles: primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação. Detalhou como objetivo da atenção primária proporcionar equilíbrio entre as duas principais metas de um Sistema Nacional de Saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade em saúde. Nessa lógica, enumerou os fundamentos da Atenção Básica: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, com território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e

coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social. Nessa lógica, listou os princípios da Estratégia Saúde da Família: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos, das famílias e comunidade ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania. Enfatizou ainda as contribuições brasileiras para o debate da atenção primária no mundo, sendo elas: a definição do trabalho em equipe; competência cultural – ACS; territorialização; Estratégia de Saúde da Família e Política Nacional de Atenção Básica em uma extensão continental; integralidade horizontal do cuidado – promoção da saúde e assistência no *locus* privilegiado do sistema de serviços de saúde. Em relação ao território, explicou que uma Equipe de Saúde da Família (ESF), formada por equipe multiprofissional – médico generalista, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, ACD, THD e ACS, é responsável por, em média, 3 mil pessoas. Apresentou mapas de distribuição dos Municípios nos estratos de cobertura do PSF (de 1988 a 2006), com destaque para o aumento da cobertura. Disse que há 28.081 equipes de saúde da família, distribuídas em 5.163 Municípios; 218.267 agentes comunitários de saúde, em 5.304 municípios; e 16.552 equipes de saúde bucal em 4.438 municípios. Acrescentou que cerca de 60% da população estava coberta pelos agentes comunitários de saúde e 50% pelas equipes de. Também falou das atividades assistenciais da ESF no Brasil, destacando que dos 17 milhões de pessoas com mais de 60 anos no país, 8 milhões estavam cadastradas nas equipes de saúde da família, com média de 2,5 consultas médicas por ano. Também registrou queda no número de nascidos vivos de mãe com nenhuma consulta de pré-natal e redução da taxa de mortalidade infantil segundo estrato de cobertura do PSF em municípios com IDH baixo. Fez um aparte para destacar que no Relatório da UNICEF de 2008 o Brasil, junto com o Peru, foi considerado o país que mais reduziu a mortalidade infantil, antecipando as metas do milênio. Segundo o relatório, essa redução é decorrente de duas políticas públicas: aumento da distribuição da renda, por meio do Programa Bolsa-Família; e aumento de oferta da atenção primária, pelo Programa Saúde da Família. Também comentou os determinantes sociais do Brasil que trazem problemática aos serviços de saúde, como: 18 milhões de subempregados/desempregados; 50 milhões vivendo com menos de um salário mínimo; 30 milhões abaixo da linha da pobreza; 50 milhões se alimentando mal; 7 milhões de pessoas sem moradia adequada; 25% da população sem acesso à água potável; e 40% sem acesso a esgoto. Combateu, inclusive, o discurso de que “o Saúde da Família é para os menos favorecidos”. Ressaltou que, quanto maior o investimento na atenção primária, maior é o atendimento às pessoas com maior vulnerabilidade social. Em contrapartida, ao investir recursos nos níveis de tecnologia dura, atinge-se a população de maior recurso. Chamou a atenção também para a mudança da distribuição dos recursos da Atenção Básica com a definição de *per capita* da atenção básica. Comentou a evolução da cobertura do PSF nos municípios com baixo IDH, explicando que 70% desses municípios possuía cobertura do Programa. Finalizando, comentou os desafios a serem enfrentados, quais sejam: valorização política e social da APS junto aos gestores do SUS, academia, trabalhadores e população; financiamento: gestão por resultados: parte dos salários sujeito ao cumprimento das metas de saúde; gestão descentralizada; formação e educação permanente dos profissionais; e trabalho em equipe. A respeito da valorização política e social da APS, pontuou que a atenção básica capaz de conduzir a comunidade na definição das necessidades e direitos incorporando o conceito de empoderamento e capital social. Salientou que os cidadãos satisfeitos com os serviços que recebem defenderão o modelo público e aprovarão o financiamento necessário para sua manutenção. Em relação financiamento, destacou a importância de se garantir o monitoramento, avaliação, regulação e controle dos recursos e financiamento diferenciado segundo especificidades regionais. Além disso, salientou que os recursos orçamentários da atenção especializada superam os conseguidos pela Atenção básica. A propósito da gestão descentralizada, detalhou como desafios: caráter substitutivo da ESF em uma rede de atenção básica com mais de 40 mil unidades; capacitação dos gestores – 80% dos municípios brasileiros são de pequeno porte e responsáveis somente por serviços de AB; adscrição dos usuários também na atenção secundária e hospitalar; maior poder e controle da APS sobre os prestadores de outros níveis (autoridade sobre custos, poder de compra e qualidade da atenção hospitalar); e Sistema de Informações que individualizem o usuário – coordenação na rede de serviços. A respeito da formação e educação permanente dos profissionais, destacou as seguintes estratégias: Unidades docente-assistenciais – PET Saúde (PT Interministerial nº 1.507, 22/06/07); criação de departamentos de medicina de família; e formação em larga escala em serviço e titulação de

especialistas – universidade aberta, editais de formação. A respeito do desafio do trabalho em equipe, destacou a responsabilidade sanitária pelo território de vínculo entre equipe e usuários: conhecer os condicionantes de saúde, risco e vulnerabilidade de grupos, famílias ou indivíduos e desenvolver projetos singulares de intervenção. Além disso, ressaltou a necessidade de reformular o saber e as práticas - incorporar conceitos das ciências sociais e outros campos - programas de educação permanente, cursos, discussão de casos, famílias, consensos, aprendizagem entre pares. Ainda em relação à prática das equipes, disse que é preciso atividades educativas e participativas, capacidade de planejar e avaliar resultados em saúde - avaliação como aprendizagem em situação de trabalho, proposta das equipes matriciais – NASF (atividade Física/Práticas Corporais, práticas integrativas e complementares; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; assistência farmacêutica) e uso adequado de tecnologias. Por fim, comentou os quatro campos operacionais da APS/ESF, quais sejam: Prevenção Primária: Sem doença e Risco de ficar doente (ex: imunização); Prevenção Secundária: Sem doença - Risco em ser tratado (ex: screening para hipertensão); Prevenção Terciária: Com doença - Previne-se complicações (ex: pé diabético); e Prevenção quaternária: Com doença (sente-se doente) - Previne-se intervenções desnecessárias e ação de identificar riscos de supermedicalização, proteger o paciente de novas condutas médicas invasivas e sugerir intervenções eticamente aceitáveis. Fechou a sua apresentação, colocando-se à disposição para aprofundar a discussão desse tema. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, pontuou que a apresentação da coordenadora do DAB/MS mostrou o acerto da Mesa Diretora em pautar o tema, atendendo à solicitação do CONASEMS. Explicou que o CNS possui debate acumulado sobre o tema com a avaliação de que o SUS está colocado em cheque no que diz respeito ao modelo de atenção. Apontou o desafio de desprecarizar a alta complexidade e valorizar a política de atenção básica. Devido ao avanço da hora, não foi aberto debate do tema. **Como encaminhamento, o Pleno aprovou: pautar debate sobre atenção básica na próxima reunião do Pleno, reservando três horas para debate; disponibilizar a apresentação da coordenadora do DAB para subsidiar o debate; e realizar um seminário sobre Atenção Básica na Saúde nos próximos sessenta dias.** A diretora do DAB/MS solicitou que lhe fossem enviadas, com antecedência, as demandas específicas do CNS para orientar a sua exposição na próxima plenária. Reiniciando os trabalhos, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, solicitou que os conselheiros analisassem a proposta de Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde e, se necessário, apresentassem contribuições. Feito esse registro, passou ao item 4 da pauta. **ITEM 4 - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA** – O Presidente do CNS convidou a Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, coordenadora da CONEP/CNS, para apresentação do tema. A coordenadora iniciou informando a publicação das Normas da ANVISA nº. 39, que dispõe sobre pesquisas clínicas e a RDC nº 29, que aprova o Regulamento Técnico para o Cadastro Nacional de Banco de Células e Tecidos Germinativos. Destacou que a Norma nº. 39 possui interface com o trabalho da CONEP, pois regulamenta a documentação a ser entregue pelos pesquisadores no ato de solicitação de registro de novo medicamento. Detalhou que a partir da RDC nº. 29 foi regulamentado o Sistema Nacional de Produção de Embriões. Solicitou que os conselheiros tomassem conhecimento dessas normas. Informou que a CONEP recebeu inúmeros pedidos de entrevista por conta do debate sobre a utilização de células embrionárias em que a Comissão foi citada. Deu destaque à matéria do “*Estado de São Paulo*” que faz referência ao Sistema CEP/CONEP. Também falou da necessidade de substituir o integrante titular da CONEP/CNS, Paulo Haidamus Bastos, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, indicado pelo Conselho, que foi afastado da Comissão por ausência nas reuniões. Disse que a sugestão é de indicação de um ex-membro com experiência em análise dos protocolos e o nome proposto foi o da Dra. Sônia Maria Oliveira de Barros, enfermagem, do CEP do Hospital Israelita Albert Einstein. Também solicitou que o Pleno indicasse mais quatro nomes da lista de indicados dos CEPs para substituir eventuais vacâncias na Comissão. Finalizando, sugeriu que a Secretaria de Ciência e Tecnologia/MS fosse convidada a participar na próxima reunião do CNS para discutir o fortalecimento do Sistema CEP/CONEP a partir da Nota Técnica da Secretaria com sugestões para o Sistema. **Encaminhando, o Presidente do CNS colocou em apreciação as propostas que foram aprovadas por consenso: o nome da Dra. Sônia Maria Oliveira de Barros, enfermagem, do CEP do Hospital Israelita Albert Einstein, para a CONEP; e a sugestão de indicar mais quatro nomes para substituição de integrantes da CONEP, no caso de vacância (os interessados em contribuir no processo de escolha deverão procurar a coordenadora da CONEP).** A representação da Secretaria de Ciência e Tecnologia estará presente na próxima reunião da Mesa e será apreciada a solicitação de convidar a Secretaria para participar da próxima reunião do CNS e discutir o fortalecimento do Sistema CEP/CONEP. Por fim, a coordenadora da CONEP/CNS solicitou a indicação de nomes para o GT de Pesquisas com Animais, para definição de norma em relação à ética nessas pesquisas. Destacou que alguns estados estavam promulgando leis proibindo pesquisas com animais o que traria prejuízos à saúde humana. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, sugeriu que outras áreas

do governo que tratam de pesquisas com animais fossem convidadas a participar do debate do tema. Definido esse ponto, o representante da Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde, **Teófilo Cavalcanti**, solicitou a manifestação do Pleno sobre a proposta de realização da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde no final de novembro de 2008 e informou que estão sendo realizadas plenárias estaduais. Falou das atividades do CES/PI com destaque à visita a vários hospitais. No mais, comunicou que o Conselho Municipal de Saúde de Simplício Mendes está realizando reuniões ordinárias nas comunidades, inclusive na zona rural. Conselheira **Jurema Werneck** propôs ponto de pauta para debater o atabalhoamento dos debates das políticas no CNS. Conselheiro **Raimundo Sotero** solicitou providências para garantir a reunião do Fórum dos Usuários às vésperas da reunião do CNS, conforme deliberação do Pleno. O Presidente do CNS informou que o Ministério da Saúde não permitia a liberação de passagens com data anterior à reunião do CNS caso não houvesse atividade do Conselho. No caso dos trabalhadores que se reuniam às vésperas da reunião, clarificou que as despesas eram custeadas pelas entidades que eles representavam. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** comunicou que, em relação ao hospital regional do Município de Santarém/PA, embora o CONASS tenha dito que o problema estaria resolvido, não está. Desse modo, solicitou que o Ministério Público fosse acionado para que se manifeste do ponto de vista legal sobre a situação precária em que se encontram os equipamentos e a estrutura da alta complexidade do Hospital Regional de Santarém/PA. Também destacou a proposta de chamar nas bases um movimento pós-13ª conferência para retomar os debates das prioridades das conferências de saúde. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** propôs que as reuniões do CNS começassem às 8h30 para que os usuários pudessem reunir-se na noite anterior à reunião do Pleno. Também consultou o Pleno sobre a possibilidade de apreciação de duas recomendações de saúde mental que estavam pendentes. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** reforçou a proposta de iniciar as reuniões do CNS mais cedo para garantir a reunião dos usuários e solicitou que no debate sobre orçamento do Conselho fosse discutida forma de responder a reivindicação de reajuste das diárias. **Como encaminhamento, houve acordo sobre a proposta de iniciar as reuniões do CNS às 8h30 para que os usuários se reúnam na noite anterior à reunião do Pleno.** Definido esse ponto, de imediato foi iniciada a discussão do item 5. **ITEM 5 – ORÇAMENTO DO CNS** – A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que foi distribuída prestação de contas parcial do CNS (até maio de 2008) e uma síntese das propostas das Comissões do CNS de realização de seminários e propostas das comissões para realização de oficinas e seminários (média de seis mil pessoas). Detalhou que, para 2008, o CNS dispõe de orçamento de R\$ 5.000.443,00, sendo R\$ 4.760.433,00 para custeio e R\$ 240,00 de capital (para compra de equipamento). Para eventos, disse que o montante é de R\$ 860.433,00, com saldo parcial até o momento de R\$ 513.713,96 por conta de eventos já realizados. No caso de passagens e diárias, o orçamento é de R\$ 2.900.000,00, com total utilizado até o momento (19 de maio) de R\$ 887.452,13, tendo como saldo parcial R\$ 2.012.547,87. Além disso, destacou que o CNS firmou convênio com a OPAS/2008 no valor de R\$ 1.000.000,00, sendo que esse recurso será utilizado para renovação de contratos dos funcionários do CNS até o final de 2008. Desse modo, no momento o CNS dispõe de: a) saldo parcial para eventos: R\$ 513.713,96; b) passagens e diárias: R\$ 2.012.547,87; e c) convênio com a OPAS/2008: R\$ 1.000.000,00. Em síntese, disse que esse é o recurso que o CNS dispõe para realizar as atividades em 2008. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, destacou que o orçamento aprovado para o CNS não foi o pleiteado. **A seguir, houve outras intervenções que evoluíram para o entendimento que todas as atividades são prioridades, portanto deverão ser viabilizadas com os recursos existentes e deverão ser buscadas outras formas. Para tanto, os coordenadores de Comissões do CNS deverão elaborar estimativa de custos, definir os objetivos e resultados esperados das atividades e enviar à Mesa Diretora, para justificar o pedido de suplementação orçamentária ao Ministro da Saúde. Além disso, será verificada a possibilidade de fusão dos eventos e de apoio financeiro de parceiros, como SGEF, SEGETS, ANVISA e outros.** Enquanto se aguardava a convidada para o item 10, foi iniciada a discussão do item 3. **ITEM 3 – INDICAÇÕES E INFORMES** - *Indicações:* **1)** VI Congresso Brasileiro de Alzheimer, II Exposição de Produtos e Serviços e II Encontro da Pessoa Idosa de Pernambuco. Data: 13 a 16 de agosto de 2008. Local: Recife/PE. *Indicação:* Conselheira **Marisa Fúria** e Conselheira **Maria Thereza Antunes**. **2)** IV Semana Cultural do Orgulho Gay. Data: 31 de julho de 2008. Local: Uberlândia/MG. *Indicação:* Conselheiro **José Marcos de Oliveira**. **3)** 5º Latin American Congress of Clinical Research. Data: 19 a 21 de novembro. Local: Buenos Aires, Argentina. *Indicação:* Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**. **4)** Pleito eleitoral do Conselheiro Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Data: julho de 2008. *Indicação:* Conselheiro **Wilson Valério Lopes** ou Conselheiro **Volmir Raimondi** (os conselheiros serão consultados). **5)** I Curso de Capacitação em Políticas Públicas e Organizações de Pessoas com Deficiência: Capacitando para a Cidadania. Data: 13 e 14 de junho de 2008. Local: Porto Alegre/RS. Convite para o Conselheiro **Volmir Raimondi**. *Decisão:* solicitação aprovada. **6)** Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano convida os



Conselheiros **Alexandre Magno** e **Eni Carajá** para atividade no dia 24 e 25 de junho. *Decisão:* solicitação aprovada. **7) Seminário “A humanização do SUS em debate”** – debate teórico. Data: 25 e 26 de junho. Local: Vitória/ES. *Indicação:* um conselheiro da CIRH (a definir). *Informes:* Conselheira **Jurema Werneck** justificou a sua ausência no Fórum de Saúde de Santo André. **Solicitação de pautas:** Situação do sistema dos hospitais universitários de ensino. Definido esse ponto, foi iniciada a discussão do último item da pauta. **ITEM 10 – TERCEIRIZAÇÃO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** – Antes de iniciar a discussão, o Presidente do CNS explicou que a intenção era promover um primeiro debate sobre o tema no CNS com as convidadas. Posteriormente, o tema seria repautado, pois o assunto exige intervenção mais abrangente do CNS. Dito isso, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**, da Mesa Diretora, assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou para compor a mesa a Deputada Distrital, **Erika Kokay** e a Procuradora-Geral do Ministério Público de Contas do DF, **Cláudia Fernanda de Oliveira**. A primeira convidada a fazer uso da palavra foi a Procuradora-Geral do Ministério Público de Contas do DF. Na sua fala, discorreu sobre a terceirização que ocorre no Distrito Federal. Explicou que, em 2007, a saúde pública no DF recebeu cerca de R\$ 3 bilhões. Detalhou que, diante da proposta do governo do DF de terceirização dos serviços públicos de saúde, o Ministério Público, em parceria com a Promotoria de Defesa do Patrimônio Público, instaurou procedimento investigatório e de fiscalização. Disse que foi feita consulta aos gestores sobre o entendimento acerca de terceirização. Segundo informações do gestor, a intenção era terceirizar serviços de imagem, lavanderia, ambulância, registro de medicamentos e contratação de médicos anesteologistas por meio de cooperativas. Diante das respostas, o Ministério Público passou à análise e concluiu por recomendar à Secretaria de Saúde que não fosse feito o processo de terceirização nos moldes preparados, porque não atendia à legislação. Ressaltou que o Ministério Público do Trabalho manifestou-se contra a contratação de médicos por meio de cooperativas. Além disso, o processo de terceirização não poderia ter início sem o posicionamento do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Em que pese a recomendação do MP, disse que o Distrito Federal lançou edital de licitação de serviços de lavanderia. Diante disso, o Ministério Público de Contas do DF entrou com representação no Tribunal e este procedeu à análise do edital de licitação. Como resultado, o governo optou por não dar prosseguimento ao edital após a decisão do Tribunal. No mais, enfocou que o governo iniciou processo de precarização do vínculo de trabalho. Segundo a promotora, o governo, sob a alegação de não ter médicos em quantidade suficiente, defendeu a contratação temporária desses profissionais e por meio de cooperativas. Disse que essas iniciativas foram combatidas pelo Ministério Público com a justificativa de que médicos concursados aguardavam nomeação. Além dessas questões, disse que era preciso observar que o governo iniciou processo de terceirização por meio de organizações sociais. Exemplificou com o caso do Instituto Candango que recebeu mais de R\$ 2 bilhões, sem licitação e contratou mais de dez mil empregados sem concurso público. Também falou da intenção do governo do DF de transferir a gestão de um hospital do DF para uma Organização Social. Disse que o Ministério Público de Contas do DF encaminhou, à Procuradoria Geral da República, uma ADIn sobre a aplicação desse modelo na área de saúde pública. Na temática em questão, citou o caso do Programa *Dentista nas Escolas* que pretendeu utilizar organizações sociais para prestação de serviços de odontologia. Nesse caso, disse que o Ministério Público entrou com representação no Tribunal e, a partir de medida cautelar, o Programa foi suspenso. Explicou que essas questões envolvendo prestação de serviços na área da saúde requeriam acompanhamento diuturno. Destacou que o CNS deveria tomar conhecimento dessa situação e manifestar-se. Ressaltou que o Ministério Público até o momento conseguiu impedir a contratação temporária de médicos, por meio de cooperativas e a contratação de serviços, de acordo com o princípio da legalidade. A seguir, foi aberta a palavra para a Deputada Distrital, **Erika Kokay**, que iniciou a sua fala explicando que uma comissão da Câmara Distrital fez uma série de visitas às unidades de saúde do Distrito Federal para estabelecer diagnóstico da saúde local. De acordo com a deputada, as visitas foram acompanhadas pelo Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Psicologia, Conselho de Nutrição, Conselho de Farmácias, Sindicato dos Servidores, Conselhos de saúde das regiões, conselhos gestores, vigilância sanitária, defesa civil, promotoria de defesa da saúde, Ministério Público, entre outros. Como resultado desse processo, constatou-se que o retrato da saúde local é caótico. O parque tecnológico está sucateado, falta pessoal e existe uma demanda reprimida. Detalhou que o Instituto Candango de Solidariedade, organização social que servia para burlar o processo de concurso público e licitatório, era responsável pelo pessoal do setor administrativo dos hospitais. Com a interrupção do contrato, as unidades de saúde não tinham como fazer o atendimento administrativo. Disse que, por conta de resolução, por conta da lei de responsabilidade fiscal, o governo não contrataria servidores públicos. Com isso, apesar de candidatos aprovados em concurso público nas diversas áreas saúde, não se procedia à contratação. Segundo a deputada, o caos na saúde do DF foi construído de forma a gerar uma demanda emergencial de resolução do atendimento que passaria pela terceirização. Exemplificou que, no caso das lavanderias, os serviços terceirizados custariam mais do que se fossem mantidos pelo

Estado. No mais, informou que, além de impedir a contratação, o governo reduziu as horas extras de todas as áreas, inclusive da saúde. Destacou ainda a precarização do departamento biológico e deficiência de manutenção. Chamou a atenção para os problemas na oncologia e na cirurgia e o descaso com a saúde mental (apenas seis CAPs e nenhuma residência terapêutica no DF). Acrescentou que o único hospital psiquiátrico da capital não fazia marcação de consultas e não há funcionamento de serviços substitutivos e atenção primária. Em relação ao PSF, disse que a cobertura é inferior a 6%. Destacou que a precarização da atenção primária lotava os hospitais e, além disso, o Distrito Federal atendia à demanda do entorno de Brasília (cerca de um milhão de habitantes). Dessa situação, destacou a insuficiência de leitos, precarização do parque tecnológico, falta de pessoal, enfim, o caos justificando a terceirização. Explicou que, na prática, alguns serviços já tinham sido terceirizados com destaque para o hospital de Santa Maria. Sinalizou que, de 2005 a 2007, foram repassados R\$ 58 milhões à iniciativa privada para custeio de leitos de UTI. Diante desse quadro, salientou que o trabalho voltava-se a evitar a terceirização e solicitou o apoio do CNS nesse sentido, inclusive com moção contrária a esse processo. Também frisou o discurso sobre o caos da saúde no DF para justificar a terceirização e a culpabilização dos profissionais de saúde pela situação. Finalizando, colocou à disposição o relatório sobre a situação de saúde do DF e o vídeo resultado de uma série de visitas às unidades de saúde para o estabelecimento de diagnóstico. A Procuradora-Geral do Ministério Público de Contas do DF, **Cláudia Fernanda de Oliveira**, retomou a palavra para colocar preocupação acerca da criação das fundações de direito privado na área da saúde pública e informar que o Ministério Público ofereceu representação contra o projeto de lei de criação dessas fundações. Concluídas as apresentações, foi aberta a palavra para considerações do Pleno. Conselheira **Maria Natividade Santana** cumprimentou as expositoras e, diante da gravidade do explanado, defendeu um debate ampliado, com a presença do Ministro da Saúde, CONASS e CONASEMS, para definir solução à situação da saúde do DF. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** manifestou espanto com o volume de recursos para Brasília, quando muitos estados não possuem arrecadação nesse valor. Na condição de gestor municipal, deu destaque à lei de criação das OSCIPs e OSs, destacando que contribui para precarizar o serviço público. Também chamou a atenção para a lei de responsabilidade com ênfase à tese de inconstitucionalidade do artigo que define limite para custeio de pessoal, uma vez que inviabiliza as políticas públicas tanto na área de educação quanto na saúde. Conselheira **Rosane Maria Nascimento** pontuou que a rede de saúde do Distrito Federal, que já foi exemplo para o país em termos de organização de serviços, está sendo “desmontada”. Reiterou a posição do CNS contrária à terceirização e avaliou que o Conselho devia manifestar o seu apoio à iniciativa de resistência a esse processo no DF. Conselheira **Fabiola de Aguiar Nunes** colocou o entendimento que terceirizar é diminuir serviço de saúde e, como solução, propôs: que o CNS fizesse manifestação no Conselho de Saúde do Distrito Federal para incluir maior representação popular neste; e que solicite auditoria nos serviços da Secretaria de Saúde do DF para fiscalizar a aplicação dos recursos. Conselheira **Denise Torreão** informou que o CNS firmou posição contrária à proposta de criação de fundação de direito privado na saúde e realizou dois seminários para discutir o tema. Também solicitou que fosse socializada a representação nº. 39/2007, mesmo tendo sido arquivada. Perguntou se houve ação de convocação dos concursados nas diversas áreas da saúde e se havia perspectiva de ampliação do número de vagas de cada categoria. Conselheiro **Jorge Venâncio** destacou que, do ponto de vista trabalhista, a terceirização representa um grande retrocesso. Fez a avaliação de que a situação de Brasília não é um caso isolado. No seu entendimento, a essência do processo de terceirização é a apropriação privada de recurso público. Portanto, defendeu posição incisiva do CNS com vistas a impedir esse processo que é o principal ataque ao SUS. Conselheira **Maria Helena Machado** destacou que o combate à precarização e terceirização faz parte da política do governo Lula. Também chamou as convidadas a participar dos debates do Comitê de Desprecarização do Trabalho no SUS, do qual é coordenadora. Salientou que é preciso discutir a terceirização de segmentos, a contratação de cooperativas médicas, entre outras questões preocupantes e problemáticas para o Sistema. Sugeriu ainda que o tema fosse submetido à discussão da Mesa Nacional de Negociação do SUS. Finalizando, sugeriu que fosse feito convite ao gestor local para participar do debate e definir saídas para a situação. Conselheira **Jurema Werneck** cumprimentou as palestrantes e destacou que o CNS é parceiro na luta contra a terceirização. Reiterou que a terceirização não é um caso isolado de Brasília e nem da saúde. Diante da gravidade, defendeu que o Conselho se manifestasse sobre a situação de Brasília naquela ocasião. Conselheiro **Armando Raggio** disse que entrou em contato com a Secretaria de Saúde que se dispôs a esclarecer ao Pleno as questões colocadas pela procuradora e pela deputada. Explicou que conhecia a discussão por ter sido coordenador da Conferência de Saúde do Distrito Federal, preparatória da 13ª Conferência Nacional de Saúde, e visitado todas as regiões. Colocou ainda que o Distrito Federal, proporcionalmente, ocupa o primeiro lugar em oferta estatal de residência no país. Por fim, colocou-se à disposição para fazer interlocução com governo e trazer respostas às questões colocadas pelas

expositoras. Conselheira **Clair Castilhos** ratificou a apresentação das convidadas e as intervenções dos conselheiros. Ressaltou que a terceirização das ações de saúde do SUS e a privatização dos serviços e entidades configuram-se em uma tendência nacional. Diante disso, sugeriu que o CNS definisse quadro geral da situação do país para definir medidas de caráter geral, em conjunto com o Ministério da Saúde e lideranças do governo. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra à mesa. A Procuradora **Cláudia Fernanda de Oliveira** explicou que, diante do convite para falar do processo de terceirização da saúde pública do DF, relatou a situação e os resultados das medidas adotadas pelo Ministério Público. Ressaltou que todas as questões foram tratadas com os gestores do Distrito Federal e o Ministério Público procurava chamar a União para esse debate. Salientou ainda que não é possível justificar a situação com a alegação de falta de recursos, pois os problemas, conforme o Ministério Público, referiam-se a “baixa prioridade da gestão do DF”. A respeito do Programa Saúde da Família no DF, informou que doze promotores de justiça apontaram problemas e as falhas foram comunicadas aos gestores e ao TCU. Respondeu ainda que as Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90 previam a possibilidade de intervenção sanitária da União no caso de crise. Também comentou a questão dos recursos para a saúde, destacando a discussão do governo local acerca da “pressão do entorno” no DF. Disse que o Ministério Público solicitou explicações e documentos da Secretaria de Saúde do DF que justificassem a terceirização e concluiu que não houve estudos técnicos que comprovassem a necessidade desse procedimento. Lembrou que o Tribunal de Contas da União foi o responsável por suspender o edital de licitação, tendo sido evidenciada falha no procedimento licitatório. Explicou que, em dois casos, a decisão do Tribunal de Contas do DF foi no sentido de determinar que o GDF convocasse concursados, não admitindo que esses fossem preteridos com contratação de profissionais sem concurso público. Além disso, colocou a proposição do Ministério Público de que os aprovados em concurso público dentro do número de vagas tenham o direito adquirido. Frisou ainda que no lançamento da terceirização não havia estudo que comprovasse que aquele seria o melhor caminho e nesse sentido também se manifestou o governo do Distrito Federal. Também colocou como preocupação do Ministério Público o ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde. Finalizando, colocou-se à disposição para auxiliar o Conselho no que fosse necessário. A Deputada **Érika Kokay** clarificou que o GDF justificava a terceirização com o argumento de que a iniciativa privada pode participar de forma complementar ao SUS. Colocou ainda que a situação de calamidade que se encontrava os serviços de saúde decorria do modelo atual de gestão. Acrescentou que a falta de profissionais era a justificativa apresentada para o credenciamento e contratação de cooperativas. Os serviços laboratoriais seriam terceirizados em função da necessidade de atender a demanda da população. A confiabilidade dos exames e a economia também são aspectos utilizados para justificar esse procedimento. Exemplificou que a vigilância sanitária interditou o laboratório de exames do Hospital de Taguatinga porque não havia confiabilidade. Em síntese, destacou a utilização do diagnóstico como justificativa. Salientou que os profissionais, sejam terceirizados ou servidores públicos, têm custo para a Lei de Responsabilidade Fiscal. Também salientou que o governo do DF seria interpelado sobre o limite dessa Lei. Comentou ainda sobre o SAMU, explicando que não dispõe de quadro próprio e 109 dos 115 profissionais médicos trabalhavam no serviço com horário extra, a qual sofreu diminuição. Acrescentou que até aquele momento o GDF não colocou a sua contrapartida para o SAMU e não se credenciou para receber o repasse de recursos do governo federal para o Serviço. Ressaltou ainda que o encerramento dos contratos de profissionais, por meio da Fundação Zerbini, implicaria na interrupção dos serviços dos CAPS e de saúde nutricional. Também enfatizou que os profissionais habilitados por concurso público, dentre eles fonoaudiólogos, não foram convocados e o prazo de validade do concurso expiraria em 2008 e 2009. Detalhou que o concurso público era realizado a partir de uma demanda real e apesar disso a contratação não era feita. Ressaltou que a contratação temporária de médicos substituíra vaga permanente. Explicou que o DF enfrentava grande problema com falta de pessoal, exemplificando que 20% das salas de cirurgias encontravam-se fechadas, apesar da demanda de cirurgias eletivas de 15 a 20 mil pessoas. Detalhou que o excelente centro cirúrgico do Hospital de Taguatinga não funcionava por falta de pessoal. Esclareceu também que o recurso de R\$ 3 bilhões era para 2,6 milhões de habitantes (DF e suas cidades). Para a região do entorno, o orçamento era de cerca de R\$ 1 milhão. Segundo a deputada, no DF, sem considerar o entorno, há uma deficiência de mais de 2.500 leitos hospitalares. Ressaltou ainda que há orçamento para ampliação de vagas. Por fim, disse que essa questão vinha sendo discutida com a Secretaria de Saúde do DF e colocou que o ideal seria que o CNS chamasse o Secretário de Saúde para explicar essa situação. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**, em síntese, colocou que, a partir das falas, evidenciou-se que a situação do DF é séria, mas não é isolada, tratando-se de uma perspectiva nacional no campo estrutural de uma política privatista de saúde. **Encaminhando, disse que o debate deveria ser feito nesse sentido, com os atores envolvidos (Ministro da Saúde, representantes do CONASS e CONASEMS). Além disso, o Conselho deve manifestar apoio às ações contrárias à privatização e ouvir o Conselho de Saúde do Distrito**

**Federal e a Secretaria de Saúde do DF. O encaminhamento foi aprovado por unanimidade.** Antes de encerrar, a Deputada **Érika Kokay** ponderou sobre a possibilidade de manifestação do CNS de apoio ao projeto, em tramitação na Câmara, que modifica a estrutura do Conselho de Saúde do DF, de acordo com os princípios da paridade. A mesa acolheu a solicitação e, finalizando, agradeceu a presença das convidadas. As convidadas colocaram à disposição os seus contatos. A seguir, o Presidente do CNS assumiu a coordenação dos trabalhos e informou que a Conselheira Noemy Tomita teve audiência com o Vice-Presidente da República e colocou, em nome do CNS, a preocupação com emenda 7 do art.35 do PLC 206, que trata da regulamentação da EC nº. 29. Explicou que o Vice-Presidente dispôs-se a intermediar os interesses do CNS junto ao Presidente do Senado Federal. Diante disso, comunicou que foi elaborado texto, a ser encaminhado ao Senador Garibaldi. Dito isso, passou à leitura do texto, que, em termos gerais, manifesta preocupação do CNS com a emenda 7 do art. 35 por conta dos prejuízos da exclusão do Controle Social do CNS. Segundo o documento, a exclusão do artigo impede a atuação do Controle Social do SUS em aspectos importantes pelo financiamento do Sistema. Dada a gravidade, defende a restauração do texto original, garantindo pleno exercício das competências do Conselho. **Não havendo destaques, o texto foi aprovado.** A seguir, foi aberta a palavra para informes. Conselheira **Maria Natividade Santana** informou que o CNS, o CONASS e CONASEMS não estão participando dos Seminários de Gestão Participativa e, dessa forma, reiterou a solicitação da presença de representantes desses três Conselhos. Disse que o próximo seminário será em Belo Horizonte, nos dias 2, 3 e 4 de julho. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** manifestou interesse em participar desses seminários no segundo semestre de 2008. Conselheira **Maria Izabel da Silva** falou das comemorações do Dia Mundial de Combate ao Trabalho Infantil e informou a assinatura de decreto pelo Presidente da República. Comunicou ainda que o Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente comprometeu-se a ajudar no processo de defesa pela aprovação da EC nº. 29. Também registrou que a Federação dos Bancários da CUT do Estado de São Paulo, com outros parceiros, lançou campanha de combate à violência e exploração sexual de crianças e adolescentes, com o objetivo de incentivar a denúncia desses casos. Por fim, disse que estava sendo elaborada uma proposta de recomendação do CNS ao Ministério da Saúde para que defina diretrizes de orientação aos profissionais de saúde quanto ao acolhimento às crianças e adolescentes vítimas de abuso e violência sexual e incentivo à denúncia desses casos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, informou que o CNS estava resistindo ao Projeto de Lei que trata das fundações estatais e fazendo com que não fosse votado. Disse que no dia 13 de maio foi realizada a primeira audiência pública sobre o projeto tendo contado com a participação de representantes do Conselho. Além disso, destacou que o CNS conseguiu novo momento de discussão do projeto na Comissão, terça-feira da semana seguinte. Ressaltou que o Conselheiro **Alceu Pimentel** comprometeu-se a verificar a possibilidade de representação do Conselho Regional de Medicina acompanhar esse debate e solicitou que outras entidades participem. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** relatou que no dia anterior houve movimento de violência contra pessoas que se manifestam contrariamente a supostos casos de má utilização de recurso público no Rio Grande do Sul. Também lamentou a fala que envolveu o Tribunal de Contas do Rio Grande do Sul, porque fragiliza um órgão importante. A seguir, procedeu-se à discussão do item 2 da pauta. **ITEM 2 – REPRESENTAÇÃO DO CNS EM COMISSÕES E GRUPOS DE TRABALHOS EXTERNOS - ANÁLISE E DELIBERAÇÃO –** A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que o CNS, em março de 2003, deliberou por não participar de grupos de trabalhos externos. Contudo, em abril de 2004, o Pleno, contrariamente à decisão anterior, indicou dois representantes (Conselheira Geusa Dantas para titular e Conselheiro André para suplente) para participar de GT de Risco e Emergência. Com a saída do conselheiro André, foi solicitada a indicação de um suplente. Disse que esse é o único caso em que o CNS indicou representante, pois nos demais não havia indicação. Contudo, salientou que o CNS possuía novas demandas que precisavam de manifestação. A primeira delas é a solicitação do Conselho de Segurança Alimentar - CONSEA de indicação de um representante para acompanhar as reuniões desse Conselho, com financiamento do CNS. O CNS também foi convidado a participar do GT de Saúde de Adolescentes e Jovens e GT de Saúde da Pessoa com Autismo. Além desses três casos, falou do caso da Comissão de Saúde do Idoso/CNS que recomendou que o Conselho Nacional de Saúde do Idoso acompanhe as reuniões da Comissão e que esta acompanhe as reuniões daquele. A seguir, houve manifestações, umas em defesa da análise caso a caso e, no caso de conselhos nacionais, de participação daqueles de interface com o CNS. Por outro lado, foi defendida a decisão inicial do CNS de não participar de fóruns, conselhos, comissões e GTs. Em que pese as manifestações, não houve encaminhamento, pois foi solicitada contagem de quorum para votação. Como não havia, a deliberação a respeito desse tema foi transferida para a próxima reunião do CNS. Nada mais havendo a tratar, o Presidente do CNS encerrou a reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares - Alceu José Peixoto Pimentel, Bruna Ballarotti, Cândida Maria Bittencourt Carvalho, Carmen Lucia Luiz, Ciro Mortella, Clair Castilhos Coelho, Daniela**

1155 Batalha Trettel, Eufrásia Santos Cadorin, Fabíola de Aguiar, Geraldo Adão Santos, Gyséle Saddi  
1156 Tannous, João Donizeti Scaboli, José Marcos de Oliveira, Luiz Augusto Facchini, Luís Carlos  
1157 Bolzan, Luiz Antônio Neves, Marcelo Land, Maria Goretti David Lopes, Maria Helena Machado de  
1158 Souza, Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero de Menezes Filho,  
1159 Rogério Tokarski, Ronald Ferreira dos Santos, Valdenir Andrade França e Zilda Arns Neumann.  
1160 *Suplentes:* Alexandre Magno Lins Soares, Clóvis Adalberto Boufleur, Denise Torreão Corrêa da  
1161 Silva, Doroty Aparecida Matos, Fernando Luiz Eliotério, Flávio L. Antonelo Londero, Jorge Alves  
1162 de Almeida Venâncio, Juarez Pires de Souza, Lílian Alicke, Maria Acioly Mota, Maria Laura  
1163 Carvalho Bicca, Marília Ehl Barbosa, Marinho Romário Valente, Marisa Fúria Silva, Marlene Braz,  
1164 Noemy Yamaguishi Tomita, Rildo Mendes, Tânia Maria Lessa Athayde Sampaio e Walter Gomes  
1165 de Souza.