



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
4

5 ATA DA CENTÉSIMA NONAGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DO
6 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS
7
8

9 Aos onze e doze dias do mês de dezembro de dois mil e oito, no Plenário do Conselho Nacional de
10 Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala "B", Brasília,
11 Distrito Federal, realizou-se a Centésima Nonagésima Segunda Reunião Ordinária do CNS. Conselheiro
12 **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos cumprimentando a
13 todos os presentes. Em seguida, apresentou a pauta da reunião. Com a presença da Ministra em
14 exercício passou ao item 2 da pauta. **ITEM 2 – PROJETO DE LEI 3.958, QUE ALTERA A LEI 10.683,**
15 **DE 28 DE MAIO DE 2003, QUE DISPÕE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA PRESIDÊNCIA DA**
16 **REPÚBLICA E DOS MINISTÉRIOS, CRIA NOVA SECRETARIA NA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA**
17 **SAÚDE E CRIA CARGOS EM COMISSÃO DO GRUPO DE DIREÇÃO E ASSESSORAMENTO**
18 **SUPERIOR – DAS, DESTINADOS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE –** A Ministra em Exercício, **Márcia**
19 **Bassit**, manifestou-se nos seguintes termos: "Obrigada Conselheiro Júnior, bom dia a todos.
20 Normalmente, o Ministro faz a abertura dos trabalhos falando um pouco sobre as questões de
21 conjuntura. Como ele está em um enfrentamento bastante forte à prevenção em relação ao que vem,
22 conforme o ano passado, que é sempre nesse período das chuvas de verão, em relação ao combate à
23 dengue, e tem feito uma série de viagens. Ele vai à Bahia hoje, depois vai para o Amazonas, depois Rio
24 Grande do Norte, enfim, ele tem feito essas viagens pelo Brasil afora, naturalmente focando a sua
25 atenção nos locais onde os focos de epidemia de dengue são mais freqüentes, conforme avaliação
26 histórica e dos episódios que ocorreram no ano passado. Em relação à análise de conjuntura, eu não
27 vim preparada para isso, mas há notícias que são alentadoras do ponto de vista do financiamento da
28 saúde que eu não posso deixar de registrar neste Conselho. A angústia e ansiedade em relação ao
29 aporte de recursos que seriam necessários para o financiamento completo das ações de 2008,
30 felizmente nós tivemos a compreensão devida da área econômica, o Ministro Paulo Bernardo, eu tenho
31 que fazer uma ressalva a ele que tem dado o total apoio para nós e conseguimos o aporte de R\$ 1,4
32 bilhão. Não sei se vocês se recordam, para fechar o ano sem deixar os nossos prestadores sem receber
33 o que é devido, em termos dos serviços que são prestados na nossa rede, hospitalar e ambulatorial, nós
34 precisaríamos de R\$ 1,8 bilhão. Nós conseguimos R\$ 1,4 bi, tivemos uma arrecadação dos recursos que
35 vem do DPVAT, que são recursos próprios que permitiu a complementação dos R\$ 450 milhões
36 restantes, e também um aporte adicional de R\$ 200 milhões para atendimento de emendas
37 parlamentares, emendas individuais que já estão sendo processadas no âmbito da Secretaria-Executiva.
38 Esse mês de dezembro é um mês de encerramento de exercício e nós, na Secretaria-Executiva, no
39 Ministério como um todo, temos um mês extremamente agitado. O fato de termos o segundo maior
40 orçamento da Esplanada significa também que nós temos um volume de trabalho bastante forte para
41 encerramento das atividades no âmbito orçamentário, financeiro, atendendo todas as demandas que, ao
42 longo do exercício de 2008 não puderam ser atendidas, principalmente com esse aporte de recursos que
43 chegou em dezembro e, portanto, a nossa agilidade tem que ser maior ainda para dar conta de fazer
44 todos os pagamentos. Outra informação que acho importante aqui ressaltar, até em solidariedade aos
45 nossos companheiros e cidadãos de Santa Catarina, é que nós também tivemos um aporte de recursos
46 através da Medida Provisória que atendeu a calamidade. O Ministério da Saúde recebeu R\$ 100
47 milhões, dos quais R\$ 30 milhões para investimento, R\$ 70 milhões para custeio, especificamente para
48 atender a calamidade e os problemas que ocorreram naquele estado. Também tivemos uma ação
49 bastante presente, a todo o momento a Secretaria de Vigilância em Saúde esteve presente com o
50 Secretário de Saúde Estadual, Municipal, prefeitos, governadores, atendendo aos mandados. Nós
51 tivemos que fazer um esforço muito grande aqui no Ministério da Saúde, na área de logística para
52 aprontar a tempo todos os kits com medicamentos para enviar rapidamente para socorro às vítimas das
53 enchentes. Há várias outras ações que mereceriam destaque aqui. Ontem, nós tivemos o lançamento
54 das motolâncias aqui na frente do Ministério que complementam na verdade todo o trabalho nosso, o
55 conjunto de atividades de atendimento à urgência e emergência, iniciando com a distribuição dessas
56 motolâncias para o governador do DF e para Goiás. Como o Presidente Júnior disse, eu tenho o

57 compromisso de substituir o Ministro na posse do presidente do Tribunal de Contas da União e, portanto,
58 não posso me alongar na análise de conjuntura. Quero passar diretamente ao ponto que é o interesse
59 maior de vocês, que é a discussão e apresentação do Projeto de Lei que cria uma nova secretaria de
60 atenção primária e promoção da saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Achou que houve uma série
61 de equívocos na questão da comunicação em relação a esse Projeto de Lei, equívocos esses que talvez
62 pudessem não ocorrer nas dimensões que nós acompanhamos se os tempos políticos fossem
63 compatíveis com os momentos técnicos para que as discussões ocorressem antes que pudessem ser
64 encaminhados ao Congresso Nacional, a exemplo desse projeto de lei. Por que eu estou dizendo isso?
65 Eu tenho, necessariamente, citar os antecedentes a esse projeto de lei. Em alguma oportunidade, no
66 âmbito desse Conselho, eu tive como expor todos os movimentos do Ministério da Saúde, principalmente, no âmbito da Secretaria-Executiva que vem coordenando o processo de reformulação do
67 modelo de gestão e com uma série de ações que são muito importantes do ponto de vista de dar maior
68 eficiência e eficácia ao Ministério da Saúde e também como exemplo no âmbito das próprias secretarias
69 estaduais e municipais de saúde todas voltadas, esse é um discurso mais ou menos comum, de
70 mudança de lógica de gestão, de uma lógica de pagamento, simplesmente, de ornamentação, mas por
71 uma lógica de resultados também. Do estudo que foi feito no Ministério da Saúde, alguns pontos do
72 diagnóstico apresentado sinalizaram para a proposição de uma mudança da estrutura do Ministério da
73 Saúde que desse maior governabilidade não para o Ministro atual ou para o Secretário-Executivo atual
74 ou para nenhum dos secretários, mas uma mudança que permitisse a qualquer dirigente maior
75 governabilidade em relação aos recursos financeiros e às ações que o Ministério da Saúde tem
76 responsabilidade de promover e executar. Um ponto que foi de imediato identificado e que eu vou
77 mostrar na exposição rápida que eu vou fazer é exatamente o ponto de ter uma secretaria de assistência
78 à saúde extremamente concentradora de recursos humanos, recursos financeiros e de ações que não
79 davam, inclusive, o destaque necessário para as políticas e prioridades do Ministério da Saúde e do
80 setor saúde. A idéia do Ministro Temporão, ao trabalhar com essa reformulação do modelo de gestão,
81 era deixar bastante clara a diretriz do presidente Lula, do Ministério da Saúde e dos conselhos, enfim,
82 das conferências de que a atenção primária é, de fato, uma prioridade nossa. E a promoção é de fato a
83 nossa preocupação maior. Nós tínhamos necessidade de deixar isso claro porque num organograma
84 frio, ele não deixa demonstrar no seu formato o que o Ministério faz, quem quer saber o que qualquer
85 instituição faz em termos de ações numa primeira abordagem mais geral, vai direto ao organograma, aí
86 você procura ali alguma ação, alguma área que mostre de fato o que é prioridade naquela instituição e
87 no nosso organograma não existia isso. Onde é que está a promoção? Onde é que está a atenção
88 primária? Nós temos uma Secretaria de Assistência, de Atenção à Saúde com uma série de áreas e
89 setores sem identificar claramente o que o Ministério faz. Então, desses estudos surgiu a necessidade
90 de darmos destaque à questão da promoção e atenção primária. Havia a oportunidade de se criar essa
91 nova secretaria no encaminhamento de uma medida provisória que continha vários outros temas e,
92 dentre esses, a criação do Ministério da Pesca. Nós tínhamos que fazer isso através de lei ou de medida
93 provisória? Através da lei por que a estrutura básica do Ministério foi criada com cinco secretarias.
94 Então, nós precisávamos criar uma sexta secretaria ou então extinguir alguma secretaria para poder
95 substituir e colocar no seu lugar a secretaria de atenção primária e promoção. A decisão foi de não
96 extinguir nenhuma secretaria e criar, sim, uma secretaria que desse destaque a essas ações o que
97 possibilitaria uma transparência maior do ponto de vista da prioridade de alocação de recursos e uma
98 série de outras ações que eu vou mostrar adiante. Depois essa medida provisória caiu e houve
99 oportunidade, na verdade foi uma orientação do Ministério do Planejamento que a medida provisória e
100 todo o seu conteúdo fosse desmembrado em uma série de projetos de lei onde se insere o projeto de lei
101 que é objeto da apresentação de hoje. Esse projeto de lei foi encaminhado exatamente de acordo com o
102 que tinha sido acordado no encaminhamento da medida provisória criando uma secretaria e os cargos
103 necessários para essa secretaria e outras ações do Ministério da Saúde dentro do contexto de
104 reformulação da gestão. Houve muito questionamento, entrou a saúde indígena, tem 118 cargos, houve
105 uma leitura, por conta da exposição de motivos que tratou muito mais da saúde indígena que foi algo
106 colocado pelo Ministério do Planejamento de que esses 118 cargos eram para a FUNASA ou para a
107 criação... Não era nada disso, isso era o projeto original e dos 118 cargos não existe um cargo sequer
108 para a saúde indígena porque o acordo feito por determinação até do próprio Presidente da República
109 era de que a saúde indígena passasse para competência do Ministério da Saúde numa série de
110 problemas e questionamentos em relação ao aprimoramento da qualidade da atenção e o departamento
111 inteiro da FUNASA com os recursos humanos, com os DASs e cargos passariam para o Ministério da
112 Saúde e, em sendo assim, estariam mais adequados à nova secretaria que estava sendo proposta.
113 Então, com essas palavras iniciais, eu quero reafirmar que o projeto de lei, na verdade, trata e reflete um
114 estudo cuidadosamente feito de estrutura a partir da leitura de processos, atividades, de diagnósticos
115 amplos feitos em cada secretaria do Ministério que culminou com uma nova proposta de estrutura e nós
116 tínhamos um prazo, que é o prazo dado pela lei de diretrizes orçamentárias, de encaminhar qualquer

118 projeto que crie cargos ou que modifique funções ou que envolva aporte de recursos, para ter a sua
119 análise ainda no exercício de 2008 e no de 2009 precisaria necessariamente estar no Congresso
120 Nacional até o dia 31 de outubro. Então, essa pressa toda de encaminhamento, para não pertermos a
121 oportunidade, ocorreu por isso sem maiores discussões no âmbito dos conselhos e da própria estrutura
122 do Ministério da Saúde, mas não havia como perder essa oportunidade política de dar um passo à frente
123 no sentido da reestruturação do modelo de gestão do Ministério e de dar esse destaque ao que é
124 realmente prioridade para nós que é a atenção primária e a promoção. A apresentação está disponível
125 no computador de vocês. Como os senhores podem acompanhar, eu vou fazer uma apresentação
126 rápida. No primeiro slide (*Reorganização da Estrutura do Ministério da Saúde*) está exposto,
127 basicamente, o que eu resumi na minha fala inicial. A Estrutura atual do Ministério da Saúde não atende
128 suas necessidades de coordenação e controle dos processos de trabalho. A criação da nova Secretaria
129 de Atenção Primária e Promoção da Saúde demonstra a visão do Ministério da Saúde sobre a relevância
130 desses temas para: mudança do modelo do sistema de saúde – todos trazem no seu discurso que é um
131 modelo hospitalocêntrico do ex-INAMPS, etc. e nós teríamos que cuidar da atenção primária, então, isso
132 que nos motivou a trabalhar na reestruturação da estrutura do Ministério. A melhoria da qualidade de
133 vida da população, redução do custo de atendimento etc. Aí eu cito a Medida Provisória onde
134 primeiramente se inseriu a criação da nova secretaria que é a Medida Provisória 437/2008, que é essa
135 que criava o Ministério da Pesca, que foi retirada e a substituição pelo Projeto de Lei 3.958/2008, que
136 prevê a transferência da Saúde Indígena também na exposição de motivos, colocada de última hora pelo
137 Ministério do Planejamento, a saúde indígena para o Ministério da Saúde, sem a criação de novos
138 cargos comissionados. Quero deixar isso bastante claro: são 118 cargos, nenhum é destinado à saúde
139 indígena. Nós temos, por exemplo, proposições de reestruturação dos núcleos do Ministério da Saúde
140 nos estados. Basicamente grande parte desses DASs é para dar um status diferenciado em termos de
141 DAS para quem chefa os núcleos e representa o Ministério nos Estados, fortalecer o fundo nacional de
142 saúde, dentro de outras coisas. Nesse segundo slide, eu procurei resumir de que forma e o que motivou
143 a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção. Primeiro essa dificuldade de coordenação e aí
144 eu usei apenas um indicar de mostrar que quase metade das ações que são retiradas do Pacto e do
145 PPA para conformar o Programa Mais Saúde e 60% do orçamento do Ministério da Saúde estavam
146 concentrados dentro da Secretaria de Atenção à Saúde essa concentração causa problemas sempre
147 para qualquer ministro porque fica muito difícil, vocês que participam de um colegiado, sabem que se
148 não tiver um equilíbrio de forças a governabilidade normalmente fica prejudicada. Então, era muito difícil
149 numa discussão, uma Secretaria que concentra a maioria das ações e a maioria das ações estratégicas
150 e 60% do orçamento do Ministério em suas mãos dar poder de voz às outras secretarias que são
151 igualmente importantes embora não tenham o mesmo orçamento que tem uma secretaria com o peso
152 desta. E, por outro lado, a fragmentação das ações de promoção. As ações de promoção da saúde
153 estavam fragmentadas em diversas áreas dentro do Ministério da Saúde. Por exemplo, um pedaço na
154 vigilância, um pedaço distribuído na própria SAS e isso estava contribuindo para não existir um
155 alinhamento, uma concentração de esforços e uma visibilidade maior naquilo que é prioridade, que é a
156 questão da promoção. O terceiro que é expansão da Atenção Primária e Promoção. Aí eu citei alguns
157 exemplos, evidentemente que existem muitos outros, mas toda a questão dos serviços das equipes de
158 Saúde da Família, programas prioritários como Olhar Brasil, Brasil Soridente têm propostas de
159 expansão com metas bastante ambiciosas, por exemplo, o número de equipes de Saúde da Família que
160 hoje tem 29 mil equipes, o que se quer é ter 40 mil equipes de Saúde Família até 2011, se possível até
161 2010. Essa expansão tem que, necessariamente, ter um foco prioritário de atenção no Ministério da
162 Saúde. Uma secretaria criada exatamente com essa finalidade vai necessariamente propiciar uma
163 gestão mais adequada. Alinhamento da Estrutura e Estratégia é o que eu disse na minha fala inicial, que
164 a Promoção e a Atenção Primária foram definidos como eixos norteadores para o sistema de saúde. E o
165 que nós sempre falamos, não queremos ser um Ministério da doença, queremos ser um ministério da
166 saúde. Então era importante destacar a questão da promoção e a questão da atenção primária como
167 prioridade e a estrutura atual do Ministério não expressão esse aspecto, sequer, uma área que dê essa
168 visibilidade. Nós temos um departamento que tem e concorre constantemente com a questão da
169 alocação de recursos dentro de uma mesma secretaria. Então, nós queremos de fato que isso seja
170 prioritário e na prática ocorra. E, por fim, o ordenamento das Redes de Atenção Primária. Hoje, a
171 situação atual, é que quem ordena e norteia a formação das redes de atenção é a atenção especializada
172 e a há um equívoco, a nosso ver, que foi absolvido, inclusive, de discussões amplas ocorridas aqui no
173 Conselho Nacional de Saúde de que as redes de atenção têm que partir da atenção primária, da primária
174 como prioridade e daí serem estruturadas no que nós chamamos de teia até a média e alta
175 complexidade e não o contrário: a atenção especializada ditando como que essas redes vão se
176 estruturar. Então, essa nova secretaria é que passaria a ser responsável pela estruturação das redes a
177 partir da atenção primária. No outro slide é só um resumo, porque isso não devidamente esgotado nos
178 níveis de discussão do Ministério, só mostrando como é que ficaria a estrutura básica do Ministério com

179 o Ministro, o Gabinete, consultoria jurídica, secretaria-executiva e as seis secretarias Atenção Primária e
180 Promoção da Saúde, Atenção Especializada Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Gestão
181 Participativa, Vigilância em Saúde, Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Na verdade, as duas
182 primeiras representam de alguma maneira essa divisão estrutural entre o que é atenção primária e o que
183 é atenção especializada e o que garante a integração das duas naturalmente é a divisão adequada dos
184 papéis e, mais importante que qualquer coisa, a estruturação da rede a partir da atenção primária. O
185 outro slide, que é o último, mostra em linhas gerais as responsabilidades de cada secretaria. O que
186 ficaria na atenção primária e promoção da saúde e o que ficaria dentro da atenção especializada ainda
187 sujeita as novas inclusões, novos detalhamentos, que a gente já tem algum esboço, mas como essa
188 discussão também não foi esgotada no próprio Ministério, ainda, e nós estamos com essa questão do
189 projeto de lei do congresso que certamente não será abordado nesse ano. Nós temos um tempo ainda
190 para aprimorar os passos seguintes, porque, primeiro, nós temos que ter a aprovação do projeto de lei,
191 depois sai um decreto com a estrutura, depois sai um regimento detalhando com todas as ações e
192 atividades e a estrutura de cada secretaria. Então, basicamente, a Secretaria de Atenção Primária tem
193 como principais responsabilidades: coordenar a rede integrada de atenção à saúde no país, a partir da
194 atenção primária à saúde; coordenar a formulação e implementação da política da Promoção da Saúde;
195 coordenar a formulação e implementação da política de atenção primária em saúde; coordenar a política
196 de humanização na rede integrada de atenção à saúde; promover ações para redução das iniquidades
197 em saúde; e promover a regulação do acesso do usuário à rede integrada de atenção à saúde. A
198 Secretaria de Atenção Especializada, que fica basicamente com a Média e Alta Complexidade, tem
199 como função: formular e implementar a política de atenção especializada à saúde, em consonância com
200 as definições da rede integrada de atenção; identificar os serviços de referência para o estabelecimento
201 de padrões técnicos de atenção especializada à saúde como parâmetro de qualidade dos serviços –
202 tivemos recentemente um seminário sobre contratualização de entidades filantrópicas e outros hospitais,
203 todos voltados para qualidade, mensuração, resultados; propor normas para disciplinar as relações entre
204 as instâncias gestoras do SUS e os serviços especializados públicos e privados, contratados ao SUS – e
205 aí entra também o aporte da saúde suplementar; e contribuir com a implementação da Política Nacional
206 de Humanização no âmbito do serviço de atenção especializada. Então, era essa a minha apresentação.
207 No caso da saúde indígena, eu quero dar algumas informações. Vocês devem ter acompanhado pela
208 mídia o que aconteceu em termos de movimentos do Ministério, da própria FUNASA, audiência pública
209 da qual participamos, algumas audiências com lideranças indígenas e foi criado um Grupo de Trabalho,
210 com a inclusão de representante dos servidores da FUNASA e dos povos indígenas. O Ministro
211 conversou com essas lideranças no sentido de que eles mesmos, no evento que aconteceu
212 recentemente para se discutir, a partir do Conselho Nacional de Saúde, a saúde indígena, as próprias
213 lideranças indígenas escolheram os representantes para participar desse Grupo de Trabalho. Nós temos
214 os nomes, são dezoito lideranças indígenas com seus respectivos suplentes e nós vamos colocá-los
215 conforme acordo e pontuação que fizemos com essas lideranças e representantes dos servidores da
216 FUNASA, da FIOCRUZ e da SAS onde se localiza o Departamento de Atenção Básica com
217 representantes que virão daí e de outras áreas do Ministério. Na próxima semana, já deve ter uma
218 primeira reunião porque já vai sair a portaria, antes disso, com, aí sim, a indicação nominal desses
219 representantes escolhidos pelas lideranças indígenas conforme reivindicação feita. Então, entendo que
220 até o final do ano, essa questão da saúde indígena deve estar bastante avançada para que o Ministro
221 possa tomar as decisões necessárias em relação ao tema. Com isso, eu termino a minha exposição até
222 porque são vinte para as dez. Eu teria o limite máximo de cinco minutos para atender alguma dúvida.
223 Aos que chegaram depois, eu expliquei que tenho que representar o Ministro, é importante, na posse do
224 Presidente do Tribunal de Contas da União. O Ministro não está presente e eu tenho que lhe
225 representar, assim como outros ministros que estarão na solenidade de posse. Lembro que eu estava
226 aqui desde às 8h30." Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que é necessário aprofundar o
227 debate do Projeto de Lei 3.958 De toda forma, registrou a sua preocupação com a proposta de separar a
228 atenção primária e a especializada, tendo em vista que alguns procedimentos primários são mais
229 complexos que os especializados. Destacou que o Ministério da Saúde precisa ser o indutor da
230 estruturação da atenção primária nos estados e municípios. Considerando a limitação de tempo, abriu a
231 palavra para dúvidas acerca da proposta. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou maiores informações
232 sobre a proposta de humanização na área da atenção primária. Conselheiro **Valdenir França** registrou
233 que os representantes indígenas foram indicados para discutir a proposta de criação da secretaria
234 especial de atenção à saúde indígena e não para compor o GT sobre o projeto lei, tendo em vista que as
235 lideranças não concordam com a proposição de incluir a saúde indígena na Secretaria de Atenção
236 Primária e Promoção da Saúde. Conselheira **Keyllaff Alves de Miranda** disse que é importante garantir
237 a política de humanização em um processo de gestão participativa. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**
238 perguntou se há possibilidade de os valores da recomposição do orçamento de 2008 serem incluídos no
239 orçamento de 2009. Também indagou quais os mecanismos de garantia da continuidade dos serviços e

a integralidade da assistência diante da separação dos níveis de atenção. Por fim, quis saber se existe previsão de custos para essas mudanças. Conselheira **Cândida Carvalheira** manifestou preocupação com a área da deficiência, em especial dos ostomizados, porque não houve nenhum avanço. A ministra em exercício, **Márcia Bassit**, respondeu às intervenções manifestando-se nos seguintes termos: “Evidente que esse debate não termina aqui. Faltou uma informação que eu acho relevante, o Ministro, no dia 17, faz uma prestação de contas da gestão dele onde várias indagações que certamente os conselheiros têm e poderão ser, de alguma maneira, avaliadas e conhecidas. Então, é uma prestação de contas à sociedade no dia 17, já está sendo pensada. Ainda não sabemos onde será. Está sendo feita a licitação para o local, aberta a todos que quiserem participar e dizer que o Ministério tem feito muita coisa sim e o ministro, além dessa correria de agenda, fez questão de fazer essa prestação de contas em relação às ações do Ministério da Saúde e acho que neste Conselho nós poderíamos fazer um debate mais detalhado. Em janeiro, talvez, cada secretário vir aqui nesse Conselho, se vocês acharem que é uma boa idéia, e prestar contas das suas ações. Nós, ontem fizemos esse movimento em uma reunião de executivos do Ministro em que cada secretário prestou contas, porque nós temos um sistema de monitoramento de tudo que está ali que o ministro Temporão disse que ia fazer, e que o Presidente da República aprovou como destaque da gestão. Nós temos um sistema de monitoramento que acompanhamos toda a execução física, financeira, os impactos, as dificuldades. Esse é um documento, não está disponibilizado na internet. Na intranet já está, todos podem entrar e ver o que foi feito o que não foi feito, por quais razões, quais são os problemas que temos e deixamos de ter. Eu acho fundamental que o Conselho, inclusive, tenha acesso a essas informações. Mas independente disso, eu acho que nós podemos ter os secretários aqui, cada um fazendo o balanço da sua área, manda o material com antecedência, para nós é até importante que vocês tomem conhecimento, porque é uma forma de vocês nos ajudarem a divulgar o que o setor saúde está fazendo. Como tenho que correr, porque eu não posso chegar em evento depois que o Presidente da República chega ”.

Interrupção...Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos destacou que uma norma legal define os prazos para apresentação do relatório do Ministério da Saúde. A Ministra em Exercício, **Márcia Bassit**, continuou manifestando-se nos seguintes termos: “Tudo bem. Isso só ratifica a idéia e nós montamos em conjunto essas apresentações. A respeito da questão da humanização, a humanização fica dentro da SAS e aparece como uma política, não há nenhum setor estruturado, digo assim, uma caixinha no organograma dizendo claramente quem é quem, quem comanda o quê. A idéia é que tenhamos uma área que cuide da política, mas só da política sem nenhum inchaço do ponto de vista de número de pessoas, porque a equipe de humanização tem que estar é lá na ponta. Eu acho que não existe humanização ou atendimento mais humanizado do que as equipes de saúde da família fazem. Quer coisa mais humanizada que essa? De se ter o contato direto com as famílias? Agora, em relação às unidades hospitalares, quem tem que fazer humanização é a equipe que está trabalhando na ponta e não consultor indo para um lado e para o outro sem fazer uma atuação direta de implementação dessas políticas nas unidades. Eu passo nas unidades do Rio de Janeiro, por exemplo, são hospitais nossos, e eu não vejo nada lá de humanizado, pelo contrário, eu vejo outras coisas. Estamos atentos a isso e vamos formular além da política uma forma de que isso se torne transparente nas unidades de atendimento nossas e de todo o país, com maior respeito porque nós temos profissionais extremamente capacitados nessa área. No caso da saúde indígena, a intenção do grupo é exatamente o que o Ministro falou, nós concordamos com a questão da autonomia dos DSEIS, não existirá municipalização do atendimento, o Subsistema de Saúde Indígena será respeitado de acordo com as normas existentes e o Grupo é exatamente para tratar da qualificação da saúde indígena. Não existe previsão legal em relação à Secretaria, existe previsão no próprio programa do Presidente de criar uma saúde especial para atenção à saúde indígena, mas nós temos que ter essa secretaria criada, então, esse grupo vai inclusive discutir essa questão. Só que nós temos que fazer os trâmites legais, tem que ter um projeto de lei, tem que criar uma secretaria, tudo isso tem que ser feito. Isso ainda não existe, o grupo é que vai decidir. Então, eu quero tranquilizar o nosso companheiro que representa esse segmento no sentido de que o grupo é exatamente para isso e está no escopo dos trabalhos a discussão de uma secretaria especial, nós somos favoráveis, desde que nos dêem os meios para isso e eu tenho certeza que o Presidente da República estará atento a essa questão. A questão do colega Geraldo Adão, em relação aos recursos, houve uma preocupação, o que foi aportado não entra na base de calculo não entra na base de cálculo para 2009, esse é um recurso que entra de uma fonte que não compõem a base de financiamento, houve o entendimento e a compreensão do Presidente da República, da Ministra Dilma de que isso era realmente necessário e nessa ocasião o Presidente sinalizou para que se votasse rapidamente um destaque que é o que cria a Contribuição Social para a Saúde que é um destaque que está emperrado lá na Câmara e por estar emperrado nós não temos como se mobilizar. Então, nós queremos e o Presidente determinou na nossa frente ali que se fosse feito um movimento necessário político para que esse destaque seja votado porque se for “sim” o caminho é um, se for “não”, o caminho é outro, mas engavetado, nada acontece. Mas isso não entrou na nossa base de financiamento, nós não

conseguimos que entrasse na nossa base de financiamento. A questão dos custos para criação da nova secretaria, foi previstos. Nós temos vários concursos na sua parte final que vão suprir essa mão de obra terceirizada, em grande parte, são os contratos temporários, temos concurso de agente administrativos e temos concurso para formuladores de políticas sociais, analistas de políticas sociais, que é nível superior, também para suprir a força de trabalho do Ministério e não mais com excesso de terceirizados, mas com pessoas efetivamente do quadro em uma ação realmente de sustentação da força de trabalho e do Ministério da Saúde. Talvez algumas outras dúvidas sejam esclarecidas com a prestação que o Ministro fará e com as prestações de contas de cada secretaria em relação a ações do Ministério, de responsabilidade do Ministério, inclusive no que se refere aos deficientes físicos. Então, eu queria agradecer a atenção de vocês, estou disponível para qualquer outra reunião que vocês queiram a minha presença e participação, inclusive para poder aprofundar o debate em relação à criação da nova secretaria. Então, eu peço licença para me retirar, porque realmente é uma questão de protocolo, o qual tenho que cumprir." O Presidente do CNS agradeceu a presença da Ministra em Exercício e foi aberta a palavra para considerações. **As intervenções evoluíram para a seguinte proposta de encaminhamento: na Reunião Ordinária de fevereiro de 2009, pautar a prestação de contas das ações das secretarias, agências e fundações do Ministério da Saúde, com convite ao CONASS e CONASEMS.** Na oportunidade, será feita a avaliação da proposta de criação da nova secretaria do Ministério. Caso necessário, será convocada reunião extraordinária para apresentar a prestação de contas. O item 5 "Apresentação dos dados sobre o fechamento do ano de 2008 e o planejamento das ações para o ano de 2009 pela SVS" foi adiado, para que a SVS/MS apresente balanço junto com as demais Secretarias. Também foi sugerido pautar o relatório de gestão em março de 2009. Nesse ponto, os trabalhos foram interrompidos e foi aberto espaço para apresentação do coral do Ministério da Saúde. Retomando, Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** leu a mensagem de uma moradora de Itajaí a respeito da tragédia em Santa Catarina. O documento relata o sofrimento dos que vivenciaram a tragédia no Estado. Como reflexão, o conselheiro destacou que a causa deve mobilizar a luta em defesa do SUS, para que não ocorra com o SUS o que aconteceu em Santa Catarina. Em seguida, o assessor do ministro Tarso Genro, **Alberto Kopittke**, Coordenador Geral da 1ª CONSEG, fez uma breve explanação sobre a 1ª Conferência Nacional de Segurança Pública - Segurança com Cidadania: Participe dessa mudança!. Primeiro, pontuou as seguintes premissas: governo Federal já realizou 50 Conferências Nacionais entre 2003/2007, reunindo mais de 5 milhões de cidadãos; formulação de uma política de Estado, estratégica e de longo prazo pactuada entre os diversos segmentos sociais; nova governança na segurança pública, com o fortalecimento das redes sociais e institucionais; e resulta em mais eficiência, transparência e accountability. Explicou que o objetivo geral da Conferência é definir princípios e diretrizes orientadores da Política Nacional de Segurança Pública, com participação da sociedade civil, trabalhadores e poder público como instrumento de gestão, visando efetivar a segurança como direito fundamental. Disse que a etapa nacional será realizada no Centro de Convenções e contará com 2.095 participantes (40% da sociedade civil – 810 representantes, 30% de trabalhadores em segurança pública – (607) e 30% de gestores (607)). Destacou que, nessa primeira experiência, foram definidos os seguintes representantes por segmento de trabalhadores: Agente de Polícia Civil – 59; Delegado de Polícia Civil- 59; Praça da Polícia Militar – 59; Oficial de Polícia Militar – 59; Polícia Federal - 54; Polícia Rodoviária Federal – 59; Guarda Municipal – 59; Bombeiro Militar - 54; Perito Oficial de Natureza Criminal - 59; Agente Penitenciário – 59; e Ouvidor de Polícia – 27. Enfatizou que o foco de debate da Conferência é a violência e criminalidade em grandes centros urbanos. Disse que o texto-base será elaborado pelo Ministério da Justiça e solicitou que os conselheiros enviem sugestões. Explicou que o cronograma da Conferência é o seguinte: etapas municipais - março, abril e maio; etapas estaduais - de 1º de junho a 30 de julho; e etapa nacional – agosto de 2009. Informou que já foram publicados o Decreto de convocação da Conferência e o Regimento Interno. Ressaltou que a experiência da saúde é a inspiração desse processo e, considerando a experiência do CNS, solicitou a ajuda do Conselho para construção da Conferência. Nas intervenções, foram colocados os seguintes aspectos: aprovar recomendação aos conselhos estaduais e municipais de saúde que se envolvam na realização das etapas estaduais e municipais e divulgar a recomendação no sítio da Conferência; garantir a participação do Conselho Nacional de Saúde na etapa nacional; envolver também a gestão da saúde no debate; garantir diálogo com segmentos sociais atingidos pela violência; convidar entidades do movimento popular urbano para participar da Conferência; oferecer suporte do CNS aos mobilizadores no processo de organização da Conferência nas regiões; verificar a possibilidade de uma mesa do CNS na Conferência para tratar do impacto da segurança pública nas políticas de saúde; abordar a questão da violência e seu impacto na saúde; tratar na Conferência da violência e seu impacto na saúde. Nas respostas às intervenções, o Coordenador da Conferência **Alberto Kopittke** pontuou as seguintes questões: agradecimentos à disposição das entidades; concordou com a proposta de ampliar a participação do movimento social na área de segurança pública; é preciso reforçar a importância da participação no processo de formulação da

362 política pública; os municípios devem seguir as propostas dos estados, dentro das suas particularidades;
363 e será discutida a proposta de convidar os conselheiros nacionais de saúde a participar da etapa
364 nacional. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que tem clareza das dificuldades a serem
365 enfrentadas, pois, mesmo a área da saúde, com todo o acúmulo de experiência, enfrenta dificuldades.
366 Ressaltou que a saúde tem o dever em contribuir com a 1ª CONSEG, assim, solicitou que as
367 informações sejam repassadas ao CNS para contribuir com o processo. Por fim, agradeceu a presença
368 do coordenador da Conferência e encerrou esse item. Antes de passar ao próximo item da pauta,
369 conselheiro **José Marcos de Oliveira** solicitou que, no período da tarde, fossem retomados os
370 encaminhamentos pendentes da última reunião do CNS. **ITEM 3 – CAPACITAÇÃO DOS COMITÉS DE**
371 **ÉTICA EM PESQUISA** - Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, coordenadora da CONEP, assumiu a
372 coordenação dos trabalhos e convidou para compor a mesa o Dr. **Dalton Luiz de Paula Ramo**, da
373 CONEP e o Dr. **Sérgio Tavares de Almeida Rego**, coordenador CEP ENSP/FIOCRUZ. Nas
374 considerações iniciais, a coordenadora da CONEP informou que 590 comitês estão credenciados no
375 Sistema CEP/CONEP. Lembrou que no início de 2007 a CONEP apresentou uma proposta de
376 capacitação e uma série de iniciativas de capacitação vem sendo empreendidas pelo CNS e por outros
377 órgãos do Ministério da Saúde. Em que pese essas iniciativas, foi ressaltada a necessidade de
378 proposição, com continuidade, ao processo de capacitação. Diante dessa situação, foi apresentada a
379 discussão desse tema. Feitas essas considerações, fez uso da palavra o Dr. **Dalton Ramos**, que deu um
380 informe da oficina, promovida pelo CNS, sobre os resultados do GT de reestruturação do SISNEP –
381 chamado de “Plataforma Brasil”. Explicou que a atividade contou com a participação de 170 pessoas,
382 representando as regiões do país. Ressaltou que a Plataforma Brasil possui informações das pesquisas
383 no Brasil e tem preocupação com a capacitação. Detalhou que a Plataforma oferecerá ferramentas para
384 o acesso a informações de pesquisa e do funcionamento do Sistema. Enfatizou a necessidade de ações
385 educativas e de aperfeiçoamento dos comitês, diante das suas particularidades. Conselheira **Ruth**
386 **Ribeiro Bittencourt** parabenizou a CONEP pela “Plataforma Brasil”. Conselheira **Gysélle Saddi**
387 **Tannous** agradeceu aos que contribuíram para concretização do Sistema, com destaque ao CNS, à
388 SGEP e à DCIT. Em seguida, explicou que o motivo do convite ao Dr. **Sérgio Tavares**. Disse que a
389 expectativa é que o CNS assuma um processo de capacitação dos CEPs e, assim, o Dr. Sérgio foi
390 convidado para apresentar o trabalho de educação à distância feito pela FIOCRUZ e as possibilidades
391 de um trabalho conjunto no sentido da capacitação de Comitês. Após essas considerações, Dr. **Sérgio**
392 **Tavares de Almeida Rego**, Coordenador do CEP ENSP/FIOCRUZ, procedeu à apresentação do
393 “Projeto de “Capacitação de CEPs”, elaborado pela ENSP/FIOCRUZ. Disse que a proposta é parte de
394 uma proposta política pedagógica da Fundação Oswaldo Cruz. Destacou as linhas principais de atuação
395 da ENSP no campo de educação em saúde: *Strito sensu* – formação e docentes; *Lato sensu* - formação
396 profissional em saúde pública. Explicou que a Escola de Governo em Saúde é uma orientação
397 estratégica dos programas de ensino, pesquisa e cooperação técnica da ENSP, com o propósito de
398 colaborar para o aumento da capacidade e da qualidade de governo do sistema de saúde do país.
399 Ressaltou que a Escola de Governo possui o seguinte marco teórico conceitual: a estreita relação entre
400 teoria e prática; o sujeito é agente ativo do seu próprio conhecimento; o saber/conhecimento como
401 construção coletiva; o aprendiz é o ponto central do processo de aprendizagem; e a educação é uma
402 prática social construída através da participação, do diálogo, e dos significados da colaboração entre
403 indivíduos. Falou do Sistema de Tutoria explicando que a tutoria/orientação da aprendizagem
404 desempenha papel fundamental na mediação entre o material didático oferecido pelo curso e o contexto
405 concreto no qual o aluno desenvolve sua relação de construção do conhecimento. Além disso, atua
406 como um facilitador na construção do processo de conhecimento. Comentou a questão do material
407 didático, destacando que: são ferramentas que devem estar alicerçadas dentro de um sólido modelo
408 pedagógico; o aprendizado se dá a partir da interação do aluno com os materiais didáticos
409 especialmente elaborados para proporcionar um ambiente adequado; o material é elaborado para
410 incentivar o diálogo com o texto através da inserção de exercícios e de questões para reflexão junto aos
411 conteúdos desenvolvidos; a linguagem é cuidadosamente pensada, visando evitar o excesso de
412 formalismo; e autorias coletivas – processo coletivo de produção do conhecimento. Comentou o
413 acompanhamento Acadêmico – Pedagógico destacando que a administração do sistema de educação a
414 distância permite o cumprimento adequado das finalidades, atingindo maior credibilidade e respondendo
415 à demanda da sociedade. Além disso, o acompanhamento Acadêmico Pedagógico da EAD-ENSP se
416 apóia em procedimentos administrativos confiáveis, sistematizados e racionais que possibilitam uma
417 metodologia adequada para a formulação de planos e um gerenciamento capaz de elaborar, executar e
418 avaliar esses planos. Destacou os seguintes números expressivos: mais 40 mil alunos matriculados;
419 mais de 20 mil alunos formados (até o momento); mais de 1.500 docentes em todo país; mais de 2.500
420 Municípios; e 27 Estados. Listou, em seguida, os cursos elaborados pela ENSP atendendo a demandas
421 institucionais: Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem e outras
422 Profissões de Saúde; Formação de Facilitadores de Educação Permanente; Ativação de Processos de

423 Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde; Formação de Apoiadores para a Política
424 Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção a Saúde; Gestão de Projetos de Investimentos em
425 Saúde; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana; Processo Educativo em
426 Negociação do Trabalho no SUS; Formação Docente em Educação Profissional na Área de Saúde;
427 Programa de Formação em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Formação em Vigilância
428 Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena; Impactos da Violência em Saúde; Controle e Assistência
429 da Tuberculose – nível superior e médio; Políticas Públicas e Gestão Social; Formação de Conselheiros
430 Tutelares; Capacitação Gerencial de Gestores de Laboratórios de Saúde Pública; e Formação Nacional
431 de Gestores. Na Relação Intersetorial “Saúde e Educação”, disse que foram ofertados os seguintes
432 Cursos: Vigilância Sanitária; Gestão em Saúde; Facilitadores de Educação Permanente em Saúde;
433 Ativadores de Processos de Mudança na Formação Superior em Saúde; e Gestão de Projetos de
434 Investimentos em Saúde. Feita a apresentação geral, com base em dados da Professora Lúcia Dupret,
435 da ENSP, passou à explanação do Projeto de Capacitação de CEPs. Explicou que a ENSP tem uma
436 maneira de trabalhar que demanda uma ativa participação dos demandantes/parceiros no curso na
437 elaboração do mesmo. Salientou que os modelos podem ser diferentes, mas sem abandonar o
438 construtivismo, por exemplo, cursos com ou sem material didático impresso, com ou sem momentos
439 presenciais. Salientou que os problemas em relação à ética em pesquisa não são desconhecidos. Disse,
440 no entanto, que ainda é necessário: difundir a chamada “cultura ética no campo da pesquisa”; distinguir
441 avaliação burocrática e avaliação ética; e reconhecer que há compreensão limitada dos aspectos
442 bioéticos da regulamentação. *Abordou o processo educativo em bioética, destacando as seguintes*
443 *definições de consciência sanitária: “Por consciência sanitária entendo a tomada de consciência de que*
444 *a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas como esse direito é sufocado e este*
445 *interesse é descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo”*.
446 (G. Berlinguer, 1978). Salientou que o processo está comprometido com o fortalecimento da consciência
447 sanitária no Sistema CEP/CONEP. Destacou ainda diferencial da proposta pedagógica e da abordagem
448 que é a formação de pessoas autônomas e dialogadoras, dispostas a comprometer-se na relação
449 pessoal com o uso crítico da razão, a abertura para os demais e o respeito pelos Direitos Humanos.
450 Explicou que o processo educativo em Bioética não se trata de “padronizar” pessoas, mas de contribuir
451 para o fortalecimento do pensamento crítico. Nem mesmo é a panacéia que resolverá todos os nossos
452 problemas ou garantirá homogeneidade nas avaliações (subjetividades em jogo, o que não é ruim).
453 Acrescentou, por outro lado, que se espera que esse processo estimule a compreensão bioética dos
454 problemas das pesquisas envolvendo seres humanos, desenvolva competência técnica e ética e leve ao
455 empoderamento dos CEPs e dos usuários do sistema (fortalecimento da consciência sanitária). Pontuou
456 as etapas de elaboração do projeto, sendo: identificar as necessidades de treinamento e formação em
457 bioética e ética em pesquisa no Brasil e na comunidade de países de língua portuguesa (realizado para
458 o desenvolvimento da presente proposta de conteúdo – a ser revisto); identificar as competências e
459 habilidades requeridas para avaliação e condução ética de projetos de pesquisa (realizado para o
460 desenvolvimento da presente proposta de conteúdo – a ser revisto); definir as estratégias e os recursos
461 pedagógicos necessários para desenvolvimento das competências e habilidades requeridas (realizado
462 para o desenvolvimento da presente proposta de conteúdo – a ser revisto); planejar o currículo (realizado
463 para o desenvolvimento da presente proposta de conteúdo – a ser revisto) e desenvolver o material
464 educativo para o curso a distância; selecionar e treinar tutores; oferecer a primeira turma, com um
465 número de alunos a ser definido. Disse que o projeto é dividido em duas partes: preparação e
466 implementação do curso. A parte I de Preparação do curso prevê três momentos: **a)** elaboração das
467 diretrizes gerais do curso (estrutura conceitual, definição do público alvo, processo de recrutamento,
468 definição das características dos tutores e processo de seleção, estrutura de conteúdos do curso, etc); **b)**
469 processo de elaboração do curso propriamente dito (casos, autoria e adequação à mídia); e **c)**
470 homogeneização dos textos e revisão pedagógica do curso. A Parte II de Implementação do curso
471 começa com a seleção e treinamento dos tutores. O treinamento dos tutores é uma parte importante do
472 projeto uma vez que é quando os tutores são colocados na posição de usuários do curso com a missão
473 de realizar os últimos ajustes ao material, ao formato, à mídia, enfim é uma análise crítica do curso. Em
474 seguida, procede-se à seleção dos alunos e constituição da turma. Destacou que a equipe responsável
475 pelas competências e conteúdos é composta, além dele, por: Sergio Rego (Ensp), Marisa Palácios
476 (UFRJ), Fermin Roland Schramm (Ensp), Heloisa Helena Barboza (UERJ), Miriam Ventura (Esc.
477 Magistratura RJ), Laís Zau (UCSAL) e a equipe pedagógica da EAD. Enfatizou tratar-se de uma proposta
478 para discussão, podendo ser modificada. Dito isso, explicou que a proposta foi dividida em dois
479 segmentos de cursos que podem ser considerados como: 1º segmento – curso fechado em si; e 2º
480 segmento – extensão do primeiro curso. O objetivo do primeiro segmento seria: **1-** Introduzir os
481 participantes no campo da bioética em pesquisas científicas com seres humanos e animais possibilitando:
482 o conhecimento do funcionamento do sistema da pesquisa científica e sua regulamentação (regulação,
483 funcionamento e diferentes papéis) e o reconhecimento das questões éticas relevantes da prática da

pesquisa científica. Assim, espera-se alcançar as seguintes competências com esse segmento: identificar a moralidade da pesquisa científica (das questões morais da pesquisa científica); conhecer o sistema da pesquisa científica no Brasil e sua inserção no contexto internacional; conhecer as ferramentas (principais conceitos) para análise Bioética da pesquisa científica no âmbito da regulamentação nacional; e realizar buscas na internet em fontes de informação sobre bioética e ética em pesquisa. O segundo segmento teria como objetivo contribuir para que os participantes desenvolvam habilidades e competências a fim de analisar e agir eticamente no âmbito da pesquisa científica. Nesse segmento, são propostas as seguintes competências: compreender os vários tipos de pesquisa científica em seus contextos específicos; compreender e aplicar a caixa de ferramentas da Bioética à moralidade das pesquisas científicas; conhecer e analisar criticamente a regulamentação nacional e internacional sobre ética em pesquisa; identificar e analisar criticamente problemas bioéticos relevantes para a pesquisa científica; e propor soluções normativas para os problemas identificados e analisados. Concluída a apresentação, a coordenadora da CONEP registrou que os diferenciais do processo de formação vão ao encontro da filosofia defendida pelo CNS. Em seguida, foi aberto o debate sobre o tema. Conselheira **Maria Helena Machado** manifestou satisfação com a possibilidade de abrir mestrado e doutorado em ética. Falou do curso de negociadores que foi produzido pelos trabalhadores e gestores e está sendo realizado. Salientou que é preciso ouvir os comitês para formular o curso. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** perguntou sobre a possibilidade de colocar à disposição dos segmentos as pesquisas realizadas para que o movimento social acompanhe. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** perguntou como funciona o sistema da tutoria nos cursos à distância. Conselheira **Cândida Carvalheira**, na condição de usuária, registrou a distância dos usuários do sistema CEP/CONEP. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** parabenizou a CONEP pelo trabalho e a ENSP pela proposta. Também perguntou como se dá a relação dos CEPs com os órgãos de controle social nos estados e municípios e perspectiva do controle social mais rigoroso em relação aos Comitês. Em resposta às intervenções, a coordenadora da CONEP explicou que a Resolução nº 240, que dispõe sobre a participação dos usuários no Sistema CEP/CONEP, deixa em aberto como se dá a participação dos usuários nos comitês. Nesse sentido, o CNS aprovou proposta de revisão da Resolução e nesse processo seria possível estabelecer vínculos entre o usuário indicado para o Comitê e o controle social. Lembrou ainda que foi constituído GT de Revisão do Regimento Eleitoral da CONEP, com indicativo inclusive de rever a participação de usuários e trabalhadores na Comissão. Disse que a intenção é realizar a primeira reunião do GT no início de 2009. Salientou ainda que a Plataforma traz inovação de dar maior transparência às pesquisas realizadas, o que possibilitará o efetivo controle social. Em seguida, o Dr. **Sérgio Tavares de Almeida Rego** respondeu às dúvidas dos conselheiros sobre a tutoria. Esclareceu que a tutoria é um processo facilitador e de acompanhamento, portanto, se estabeleceria por telefone, computador, por exemplo. Salientou ainda que é papel do tutor motivar a participação do aluno para que este não desista do curso. Disse ainda que o tutor seria responsável pela correção dos trabalhos dos docentes do curso. Ressaltou que são requisitos para a escolha do tutor: ter domínio do tema e experiência prévia de docência. Por fim, clarificou que a seleção é feita a partir do que é pactuado com a instituição. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** continuou explicando que há 9 mil colaboradores nos CEPs e, nessa situação, há diversos conflitos de interesse. Desse modo, reforçou que são bem-vindas as iniciativas de capacitação. Reiterou que a Plataforma Brasil pretende dar publicidade às informações e estimular denúncias. Respondeu que o vínculo com o controle social se dá apenas no âmbito nacional. Nos municípios, os vínculos são frágeis. Como saída, disse que no processo de revisão da Resolução nº 240 é possível definir que a indicação dos usuários é responsabilidade dos conselhos. Ressaltou ainda que é preciso fiscalizar o funcionamento dos comitês e, nesse sentido, está sendo discutida proposta com o DENASUS. Finalizou destacando ser importante que o Pleno defina processo de acreditação dos Comitês, para fortalecimento desses espaços. Conselheira **Greyce Lousana** cumprimentou a CONEP pela Plataforma Brasil, por entender que responde a vários anseios. Avaliou ainda que no processo de revisão do regimento eleitoral da CONEP dever-se-ia revisar também a Resolução nº 196. Perguntou sobre os resultados do processo de capacitação realizado pelo DECIT. Por fim, quis saber sobre o percentual de adesão aos cursos à distância, bem como o de desistência. O Dr. **Sérgio Tavares de Almeida Rego** explicou que todo curso a distância tem perdas que estão ligadas ao critério de seleção e participação. Contudo, disse que não dispunha naquele momento de média de perda nos cursos à distância. A representante do DECIT/MS, **Márcia Motta**, primeiro, desculpou-se pelo atraso, mas justificou que foi decorrente de mudança na pauta. Explicou que o DECIT realizou experiência piloto de capacitação, em parceria com a UnB. Disse que o curso envolveu quase trezentos alunos, com perda de apenas 10%, com resultado bastante exitoso. Ressaltou que o DECIT/MS está disposto a ampliar essa experiência de capacitação em ética em pesquisa, voltada aos CEPs, com viés profissionalizante. Finalizou destacando que a avaliação oficial está sendo realizada e os resultados podem ser submetidos à apreciação do CNS. **Como encaminhamento, o Pleno deliberou por constituir GT para discutir com a ENSP/FIOCRUZ a proposta de capacitação dos CEPs. Foram indicados os seguintes**

545 nomes: conselheiro Artur Custódio de Souza, conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt, conselheira
546 Maria Goreti, conselheira Jurema Werneck e conselheira Maria Helena Machado. Coordenação do
547 GT: conselheira Gysélle Saddi Tannous. Será verificada a possibilidade de reunião do Grupo em
548 dezembro de 2008. Encerrando, a mesa agradeceu os convidados e encerrou a discussão desse item.
549 Com isso, deu-se por encerrado o período da manhã. Retomando os trabalhos, Conselheira Ruth
550 Ribeiro Bittencourt procedeu ao debate dos pontos pendentes, enquanto se aguardava a presença de
551 convidados. A primeira pendência refere-se à indicação de nomes para compor a comissão organizadora
552 da 1ª Conferência de Saúde Ambiental. **Sobre esse ponto, acordou-se que a indicação seria feita**
553 **naquela reunião.** O segundo ponto foi relativo à falta do Plano Nacional de Saúde e do relatório de
554 gestão. **A respeito desse ponto, foi acordado que seria levado à Mesa Diretora para definição de**
555 **encaminhamento.** O terceiro ponto colocado foi o de oito resoluções do CNS não homologadas pelo
556 Ministro da Saúde. **Como encaminhamento, foi definido o tema seria discutido no dia seguinte.** Por
557 fim, a mesa informou que o item 5 foi adiado. Assim, a CIRH antecipou a apresentação para o primeiro
558 dia. **ITEM 4 – POLÍTICA DE OFTALMOLOGIA E NORMATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE**
559 **REABILITAÇÃO VISUAL** - Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt convidou para compor a mesa os
560 seguintes convidados: **Joselito Pedrosa**, Coordenador Geral da Média e Alta Complexidade/SAS/MS; e
561 **Érika Pisaneschi**, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/MS.
562 Coordenador Geral da Média e Alta Complexidade/SAS/MS dividiu a sua apresentação em duas partes:
563 Política Nacional de Atenção em Oftalmologia e reabilitação visual. Iniciou a explanação com as
564 justificativas para a Publicação da Política de Oftalmologia. Explicou que existem cerca de 50 milhões de
565 cegos no mundo, sendo que 60% das cegueiras são evitáveis e 20% são recuperáveis. No Brasil, existe
566 1 a 1,2 milhões de cegos e as causas principais no adulto são: catarata, glaucoma, retinopatia diabética,
567 degeneração macular relacionada à idade. Além disso, falta regulamentação e padronização do
568 atendimento em Oftalmologia no SUS, compatível com as necessidades da população usuária, em
569 relação a itens como estrutura física e operacional, fluxos de referência e contra-referência, recursos
570 financeiros e humanos. Em resposta a esse cenário, foram publicadas as Portarias GM/MS nº 957, de 15
571 de março de 2008 e SAS/MS nº 288, de 19 de março de 2008. A primeira institui a Política Nacional de
572 Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as Unidades federadas, respeitadas as
573 competências das três esferas de gestão. A segunda define diretrizes para a implantação e
574 operacionalização da referida Política. Nos termos da Portaria GM 957/2008, a atenção organiza-se da
575 seguinte forma: deve obedecer a lógica da “Linha de Cuidado Integral” - promoção, prevenção,
576 tratamento e reabilitação e deve perpassar todos os níveis de atenção, com uma assistência
577 multiprofissional e interdisciplinar; e deve permitir: a definição de critérios mínimos para o funcionamento
578 e avaliação das unidades de Atenção Especializada em Atenção em oftalmologia; rede de serviços
579 regionalizadas e hierarquizada que garanta cuidados integrais de saúde; melhoria do acesso dos
580 pacientes ao atendimento especializado; redução da fila de espera para procedimentos cirúrgicos
581 oftalmológicos; e ampliação da rede de atenção em oftalmologia. Em relação à Portaria SAS nº
582 288/2008, explicou que define que as Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Oftalmologia
583 serão compostas por: Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia (Unidade ambulatorial ou
584 Hospitalar que possua capacidade instalada para realizar procedimentos clínicos, intervencionistas e
585 cirúrgicos especializados em oftalmologia.); Unidades de Atenção que realizam apenas procedimentos
586 de média complexidade em oftalmologia; Unidades de Atenção que realizam procedimentos de média e
587 alta complexidade em oftalmologia; e Centros de Referência em Oftalmologia (Unidade especializada
588 que exerce o papel auxiliar, de caráter técnico ao gestor do SUS nas ações em saúde ocular, conforme
589 disposto em PT). Acrescentou que, nos termos da Política, as Unidades de Atenção Especializada em
590 Oftalmologia devem oferecer obrigatoriamente: consulta Oftalmológica (Anamnese, acuidade visual,
591 refração, biomicroscopia, fundo de olho, diagnóstico, apropriada conduta propedêutica e terapêutica.);
592 diagnose, terapia e acompanhamento; pré e pós-operatório; atendimento das possíveis complicações
593 cirúrgicas; atendimento de diagnose, terapia e acompanhamento do Glaucoma; assistência
594 especializada em conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino e mais uma das
595 assistências a seguir, exemplo: assistência em pálpebra e vias lacrimais, ou Musc. Oculomotor, ou corpo
596 vítreo, retina, coroide e esclera, ou cavidade orbitária e globo ocular. Explicou que os parâmetros
597 descritos na Portaria são recomendados, podendo sofrer alteração no desenho da Rede, conforme
598 necessidade identificada pelo gestor e posterior aprovação do Ministério da Saúde. Assim, para unidade
599 especializada, o parâmetro de 1/250.000 habitantes, para os centros de referência 1/12.000.000
600 habitantes. Além disso, a Política estabelece que Unidades de Atenção Especializada que ofereçam
601 apenas procedimentos de média complexidade pode fazer credenciamento descentralizado, devendo ser
602 pactuado entre Gestor e CIB. As Unidades de Atenção Especializada que ofereçam procedimentos de
603 alta complexidade deverá ser aprovado na CIB e homologado pelo Ministério da Saúde (Deverão oferecer
604 todos os procedimentos de média complexidade além de uma ou mais áreas conforme disposto:
605 Assistência em transplantes e ou tumores e ou reconstrução de cavidade orbitária.). O Centro de

Referência segue a mesma regra: deverá ser aprovado na CIB e homologado pelo Ministério da Saúde. Explicou que deverá ser encaminhada a seguinte documentação dos CROs ao Ministério da Saúde: Resolução CIB; Cópia do *check list* (sem documentação anexada); Informação impacto-financeiro; e conformação da rede. Sobre a regulação e controle, disse que, no caso das Unidades e CROs habilitados no Ministério da Saúde, poderá haver um processo de acompanhamento e avaliação pelo gestor federal, sem prejuízo do acompanhamento e avaliação de rotina já realizada pelo gestor local. Ressaltou também que a Portaria prevê atendimento específico ao portador de glaucoma e redefine os procedimentos para cirurgia de catarata. Além disso, prevê avaliação do recurso financeiro a partir da rede de oftalmologia de cada estado. Disse ainda que a Política revoga as seguintes Portarias: PT SAS nº 338/02; PT SAS nº 339/02; PT SAS nº 460/02; e PT SAS nº 313/03. Ressaltou que a Política estabelece estratégias relacionadas a pontos específicos e prioritários na oftalmologia, sendo uma dessas a publicação do Projeto Olhar Brasil. Explicou que se trata de um Projeto Interministerial, realizado em parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, visando à assistência oftalmológica e aquisição de óculos para problemas de refração para a melhoria do aprendizado da população. Salientou que os normativos do Projeto são: Portaria Interministerial MS/MEC nº 15, de 24 de abril de 2007 (Institui o "Projeto Olhar Brasil"); e Portaria SAS/MS nº 33, de 24 de janeiro de 2008 (Define os critérios para a adesão ao "Projeto Olhar Brasil"). Detalhou que o objetivo geral do Projeto é atuar na identificação e correção de problemas visuais relacionados à refração, buscando reduzir as taxas de evasão escolar e facilitar o acesso dos idosos à consulta oftalmológica e aquisição de óculos corretivos. Listou, ainda, dados que comprovam a justificativa do Projeto, sendo: altos percentuais de problemas oftalmológicos e uma desigual distribuição de recursos físicos e humanos na Especialidade da Oftalmologia no âmbito do SUS; 30% das crianças em idade escolar e 100% dos adultos com mais de 40 anos apresentam problemas de refração; após os 40 anos, 100% da população mundial apresentam processo de vista cansada ou presbiopia necessitando portanto de óculos monofocal; Conseqüências: Evasão e repetência escolar; Limitações na qualidade de vida; Dificuldades de inclusão no mercado de trabalho. Disse que o Projeto Olhar Brasil terá a duração de três anos e poderá ser realizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Explicou que o público alvo do Projeto é alunos matriculados na rede pública de ensino fundamental (1^a a 4^a e 5^a a 8^a série); alunos matriculados no Programa Brasil Alfabetizado do Ministério da Educação; e população idosa igual e maior de 60 anos de idade. Enumerou os objetivos específicos do Projeto: Prestar assistência oftalmológica com fornecimento de óculos nos casos de erro de refração; Otimizar a atuação dos serviços especializados em oftalmologia; Possibilitar a ampliação do acesso à consulta oftalmológica nos casos de erros de refração; Propiciar condições de saúde ocular favorável ao aprendizado da população alvo do Projeto Olhar Brasil de forma a reduzir as taxas de evasão e repetência; e Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população com idade igual ou superior a 60 anos. Enfatizou que o projeto Olhar Brasil prevê em um período de três anos a assistência direta a 44 milhões de pessoas e a Aplicação de aproximadamente R\$ 323,3 milhões. Sobre a adesão ao projeto, detalhou que: todos os Estados e Municípios que optarem poderão participar do projeto; poderão encaminhar projetos os Estados e Municípios em gestão plena do sistema ou que já aderiram ao Pacto pela Saúde; os Municípios em Gestão Básica do sistema ou que não aderiram ao Pacto pela Saúde poderão participar através de pontuação em CIB com os Gestores Estaduais ou Municipais em Gestão Plena do Sistema ou os que já aderiram ao Pacto pela Saúde; e apesar de tratar-se de um Projeto interministerial, a Secretaria Municipal de Educação não poderá apresentar projeto, o mesmo deverá ser apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que o recurso financeiro para a execução do projeto, será repassado pelo Ministério da Saúde. Enumerou também os pré-requisitos para a adesão ao Projeto: concordar e ter condições operacionais de cumprir com os objetivos do Projeto Olhar Brasil, conforme estabelecido no Artigo 1º desta Portaria; ter constituído Câmara Técnica do Projeto Olhar Brasil, conforme estabelecido na Portaria SAS nº 33/08, com as atribuições/responsabilidades definidas no Anexo I da presente Portaria; possuir rede assistencial em oftalmologia, própria ou contratada, de forma a garantir o acesso às consultas oftalmológicas demandadas pelo Projeto; definir a estratégia que será utilizada para adquirir e fornecer óculos quando seu uso for requerido pela população alvo; elaborar Projeto de Atenção Oftalmológica, com foco na correção de problemas de refração, à população alvo do Projeto Olhar Brasil nos níveis local, regional ou estadual; e discutir e aprovar nos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde e pactuar na CIB o projeto que trata o inciso supra. Explicou que, para operacionalização, é necessário: formação de Câmara Técnicas Locais coordenadas pelos representantes das Secretarias de Saúde e da Educação; credenciamento dos Serviços de Oftalmologia para execução do Programa - SES e SMS (pontuação em CIB); capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde/ACS, dos Professores e Alfabetizadores que realizarão a triagem oftalmológica; triagem da população alvo para o exame oftalmológico; encaminhamento e realização das Consultas oftalmológicas e prescrição óculos (medidas); encaminhamento dos casos que necessitam de outra intervenção para Serviços de Referência em Oftalmologia; fornecimento de óculos – aquisição, distribuição e controle sob

667 responsabilidade das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; acompanhamento e avaliação do
668 Programa – SES, SMS e MS; e criação e manutenção do Banco de Dados. Salientou também que o
669 Projeto define instrumentos para aquisição de óculos, sendo, ata de Registro de Preços - ARP do MS (o
670 gestor deverá seguir as Normas e Classificação para Adesão à Ata de Registro de Preço, conforme
671 disposto em portaria) e, para a aquisição de óculos utilizando a Rede de Ópticas da região, o gestor
672 deverá seguir as Normas de Operacionalização Financeira. A respeito do financiamento, explicou que
673 projetos serão financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e os recursos
674 serão disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e Municípios habilitados em gestão Plena do
675 Sistema pelo Ministério da Saúde. Detalhou que, nos termos da Portaria SAS nº. 33/2008, os repasses
676 financeiros referem-se ao pagamento de consultas, exames e a aquisição de óculos monofocal e bifocal,
677 após apresentação de produção no sistema SIA/SUS do Ministério da Saúde pelos gestores. Disse que
678 em 2008 foram apresentados 269 solicitações de adesão e 150 apresentam condições para adesão ao
679 projeto. Como resultado, foram publicadas nove portarias de projetos para iniciar a execução em janeiro
680 de 2009, com perspectiva de publicação de mais 23 no início do ano seguinte. Acrescentou que o
681 Projeto está vinculado ao Programa Saúde na Escola, que teve a adesão de mais de 2000 municípios.
682 Em seguida, a Coordenadora da Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/MS, **Érika Pisaneschi**, fez
683 uma abordagem sobre a proposta de normatização dos serviços de reabilitação visual. Iniciou explicando
684 que 24,5 milhões de brasileiros apresentam algum tipo de deficiência ou de incapacidade (limitação para
685 atividade). Isso significa que 14,5% da população brasileira beneficiam-se das leis e dos programas
686 relacionados à melhoria da qualidade de vida deste segmento. Do total das pessoas com deficiência,
687 48,1% apresentam deficiência visual; 26,9% deficiência física; 8,3% deficiência mental; e 16,7%
688 deficiência auditiva. Explicou que a pessoa com cegueira é aquela que possui acuidade visual igual ou
689 menor que 0,05 no melhor olho ou o campo visual menor do que 10 graus, com a melhor correção
690 óptica. Por outro lado, a pessoa com baixa visão é aquela que, após tratamentos e/ou correção óptica,
691 continua com diminuição da função visual com valores de acuidade visual menor do que 0,3 a percepção
692 de luz ou um campo visual menor do que 10 graus, porém, usa ou é potencialmente capaz de usar a
693 visão para o planejamento e/ou execução de uma tarefa. Dessa forma, ressaltou que a maior parte da
694 população considerada cega tem, na verdade, baixa visão e é, a princípio, capaz de usar sua visão para
695 a realização de tarefas. Continuando, falou da prevalência da Deficiência Visual no mundo. Explicou que
696 a estimativa é de mais de 161 milhões de pessoas com deficiência visual, das quais 124 milhões com
697 baixa visão e 37 milhões cegas. Assim, para cada pessoa cega, há uma média de 3,7 pessoas com
698 baixa visão. No Brasil, 1,7% da população apresenta baixa visão e 0,3% cegueira, sendo: cegueira em
699 menores de 15 anos – 0,062%, cegueira entre 15 e 49 anos – 0,15%; e cegueira mais de 50 anos de
700 idade – 1,3%. Ainda sobre a prevalência da deficiência visual, explicou que de 30 a 70% da população
701 infantil com deficiência visual grave apresenta outras deficiências associadas. Enfatizou que a
702 prevalência de doenças oculares que levam ao comprometimento da resposta visual cresce com o
703 avanço da idade e taxas maiores de cegueira e baixa visão são observadas com o aumento da vida
704 média da população. Além disso, detalhou que na população com mais de 50 anos de idade, as
705 principais causas de cegueira são: a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética e a degeneração
706 macular relacionada à idade. Na reorganização dos serviços de oftalmologia, definiu-se que a área da
707 saúde deve ser responsável por: atendimento oftalmológico especializado: terapêutica medicamentosa
708 ou cirúrgica, avaliação especializada para a reabilitação/habilitação visual; programas de prevenção da
709 deficiência visual; adaptação de auxílios para baixa visão; adaptação de próteses; reabilitação para o
710 desenvolvimento global na infância; reabilitação para a promoção da inclusão escolar; e reabilitação com
711 objetivo autonomia e independência do indivíduo. Continuando, explicou que é preciso implantar
712 Serviços de Reabilitação Visual articulados com a Rede de Serviços em Oftalmologia. Falou da proposta
713 de organização de serviços de habilitação visual que possibilitou a inclusão de novos procedimentos de
714 reabilitação e recursos ópticos (sistemas telescópicos; lupas de apoio, lentes filtrantes e
715 esferoprismáticas...) na Tabela SUS. Também comentou a proposta de 75 serviços de Reabilitação
716 Visual no país (parâmetros com base estudos OMS 2002/2004). Ressaltou que a implantação será
717 gradual, pois existem poucos serviços com perfil para reabilitação visual e é preciso capacitar os
718 oftalmologistas da rede SUS para a detecção da baixa visão. Acrescentou que a ação está prevista na
719 Agenda Social – Eixo Pessoa com Deficiência – PR (Decreto 6215/07). Concluída a apresentação, a
720 mesa justificou a ausência do Conselheiro Volmir Raimondi. Em seguida, abriu a palavra para debate.
721 Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, em nome do conselheiro Volmir Raimondi, perguntou o que falta
722 para implementação da Política de Oftalmologia no que se refere à reabilitação. Além disso, na proposta,
723 como fica a questão do transplante de córnea e o acesso da população a esse serviço. Conselheira
724 **Cândida Carvalheira** perguntou quais são as redes que existem para prestar o atendimento. Também
725 falou do alto custo dos colírios e lamentou o fato de não serem oferecidos pelo SUS. Além disso,
726 indagou como organizar a rede para captação de córneas para transplante. Também fez alusão a
727 demora na implementação das políticas aprovadas. Conselheira **Jurema Werneck** parabenizou pela

728 política, pois responde ao movimento das pessoas com patologia. Também perguntou qual a estratégia
729 para continuidade do tratamento oftalmológico, tendo em vista que o projeto tem a duração de três anos.
730 Quis saber ainda das outras estratégias do Ministério da Saúde para garantia do direito à saúde.
731 Conselheiro **Artur Custódio de Souza** perguntou como contemplar na política ações afirmativas que
732 visem atender a população de usuários discriminados. Conselheiro **Sérgio Metzger** perguntou se as
733 degenerações maculares de causas metabólicas, a exemplo da retinose pigmentar, serão contempladas
734 nessa política. Conselheiro **Luiz Augusto Fachinni** cumprimentou o Ministério pela iniciativa e
735 perguntou sobre a articulação da política com o PSF, especificamente com o NASF. Também quis saber
736 que profissionais darão suporte à Política. Conselheira **Silvia Vignola** colocou os seguintes
737 questionamentos a respeito da gestão da política: a política está baseada na contratação de serviços?
738 Quais são os indicadores para monitoramento do impacto do Programa? Como será feito o controle da
739 rede contratada? Conselheiro **Luiz Antônio Neves** registrou a sua preocupação com a proposta por ser
740 verticalizada e com recursos carimbados. Também perguntou qual a capacidade instalada para garantir
741 a implementação das ações. Por fim, quis saber ainda se está prevista pesquisa de avaliação
742 epidemiológica em oftalmologia. Conselheira **Carlene Borges Soares** perguntou se estão previstos
743 meios para garantir a adaptação e reabilitação dos usuários. Conselheiro **Alceu Pimentel** cumprimentou
744 a mesa pela apresentação e aproveitou para agradecer a participação da conselheira Jurema Werneck
745 no fórum de parto normal no CFM. Também reiterou a solicitação de esclarecimentos sobre os seguintes
746 pontos: continuidade do atendimento, acesso a transplante, educação continuada dos profissionais.
747 Conselheira **Maria Laura Carvalho** destacou a importância da presença do assistente social na equipe.
748 Conselheira **Keyllaff Miranda** fez os seguintes questionamentos: há fornecimento de prótese? As
749 pessoas com visão monocular são consideradas deficientes? Há previsão de ações de incentivo à
750 doação de córneas? Conselheiro **Antônio Alves de Souza** enfatizou a importância da iniciativa e
751 cumprimentou os expositores pela integração dos dois departamentos. Em seguida, formulou as
752 seguintes perguntas: a população indígena será contemplada no Programa? Está prevista a integração
753 com a SGETS para preparação dos profissionais da rede para diagnóstico precoce? Há previsão de
754 ações acerca da catarata que atinge em especial a população idosa? Por fim, a mesa registrou duas
755 questões recebidas pela internet: Como está a Política de Oftalmologia no Brasil e qual o percentual de
756 hospital oftalmológico público? Em seguida, foi aberta a palavra aos expositores. O Coordenador Geral
757 da Média e Alta Complexidade/SAS/MS, **Joselito Pedrosa**, foi o primeiro a responder aos
758 questionamentos. Sobre transplantes, explicou que foi feito trabalho nos últimos meses para redefinir o
759 Programa de Transplante no Brasil e foi aberta consulta pública. Disse que o sistema de captação e
760 transplante de córnea está em redefinição e considera a Política de Oftalmologia. Acrescentou que seria
761 publicado Caderno de Atenção Básica sobre oftalmologia. Sobre o caso de Sorocaba, explicou que foi
762 divulgada nota falsa de médico sobre o descarte de córnea, mas o problema foi resolvido no âmbito
763 local. A respeito da organização da rede do Rio de Janeiro, disse que há dificuldades por conta de
764 questões políticas e da organização da rede. Ressaltou que está trabalhando com os profissionais para
765 dar conta da organização local. Sobre o fornecimento de colírios, lembrou que a política deve oferecer
766 atenção integral, o que implica na disponibilização de colírio. A respeito do Projeto Olhar Brasil, destacou
767 que pela 1^a vez foi definido programa estratégico com data definida para ter fim. Assim, nesse período, a
768 intenção é organizar a rede para incorporar o atendimento na rotina de serviços à população. Ressaltou
769 que os usuários são protagonistas do processo, uma vez que as propostas – Política de Oftalmologia e
770 Projeto Olhar Brasil – devem ser discutidas no Conselho. Acrescentou que cabe aos conselheiros, nas
771 suas regiões, indicar a melhor estratégia inclusive de implementação. A respeito da interlocução com
772 outras patologias, disse que foi considerada a preocupação em fechar as possíveis variáveis
773 relacionadas à oftalmologia. Informou ainda que a política de cirurgia eletiva foi redefinida com a inclusão
774 de programas como combate a cegueiras evitáveis, a hérnias, degeneração macular relacionada à
775 idade, entre outros. Ressaltou que está sendo discutida, mesmo com o Conselho Brasileiro de
776 Oftalmologia, a interlocução com outras áreas abarcando as patologias prevalentes, como hanseníase,
777 leishmaniose. Disse que será firmada parceria com Conselho Brasileiro de Oftalmologia para fazer
778 estudo epidemiológico sobre a incidência e prevalência da cirurgia de catarata no Brasil. Além disso,
779 será discutida a qualidade da cirurgia realizada no país, com a qualificação dos profissionais. Nesse
780 sentido, comunicou que estão em definição indicadores para avaliar resultados. Explicou ainda que o
781 Projeto Olhar Brasil prevê que agentes comunitários façam a triagem da população alvo. Disse que o
782 número de profissionais é suficiente, mas é preciso organizar a rede de serviços. Também explicou que
783 os municípios interromperam a cirurgia por conta de financiamento e não por conta da espera na
784 publicação da política. Comunicou que há capacidade instalada para o Projeto Olhar Brasil e foi
785 estabelecida guia pela web. Enfatizou que esse projeto não é novidade e a idéia é que os locais que
786 desenvolvem essa estratégia tenham recursos para desenvolvê-la. Ressaltou que as de oftalmologia são
787 para população como um todo, inclusive indígena e ribeirinha. Nesse sentido, estão em debate
788 estratégias específicas para contemplar essas populações e as de difícil acesso. Ressaltou que não há

789 debate com a SGET sobre a capacitação dos profissionais oftalmologistas, mas as ações dessa área
790 são discutidas com essa Secretaria. Explicou ainda que a oftalmologia apresenta cerca de 60% de
791 serviços públicos e 40% de serviço privado. Disse que esse percentual não interfere na assistência ou na
792 estruturação da rede. Em seguida, a Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com
793 Deficiência/DAPES/MS, **Érika Pisaneschi**, fez comentários sobre as intervenções. Disse que é a partir
794 da política de oftalmologia e da política nacional de saúde para pessoa com deficiência que se organiza
795 a reabilitação na rede de serviços do SUS. Informou que a formulação da portaria de organização de
796 serviços de reabilitação visual contou com a participação da sociedade brasileira de baixa visão, técnicos
797 da secretaria de saúde, entidades de serviços de reabilitação e universidades. Com isso, pretende-se
798 mudar a situação atual e a normatização prevê equipe multiprofissional para trabalhar com usuários.
799 Ressaltou que, além da implantação de serviços, as estratégias contemplam a organização de serviços
800 especializados. Concordou que a normatização dos serviços de reabilitação é necessária para
801 reorganizar as redes de serviços de oftalmologia. Disse que a proposta é que os serviços de reabilitação
802 trabalhem no fornecimento dos recursos ópticos e no que for necessário para a reabilitação da pessoa,
803 com vistas à inclusão e participação social. Explicou ainda que a pessoa com visão monocular não é
804 considerada pessoa com deficiência. Acrescentou que o entendimento de especialistas da área é que as
805 pessoas com visão monocular não necessitam do processo de reabilitação, mas sim de assistência em
806 oftalmológica, que é garantida pelo SUS. Por fim, o Coordenador Geral da Média e Alta
807 Complexidade/SAS/MS, **Joselito Pedrosa**, fez um informe sobre o protocolo da Doença Celíaca. Disse
808 que a consulta pública encerrou-se naquele mês, porque foi necessário prorrogar o prazo por conta de
809 problemas no acesso. Explicou que as sugestões foram ao encontro da lógica da proposta protocolo,
810 tendo sido apresentadas questões relativas a referências bibliográficas e outras questões sem relação
811 direta com o protocolo. Ressaltou que foi colocada como pauta a incorporação do procedimento do teste
812 na tabela do SUS. Explicou que a perspectiva é publicar o protocolo ainda em 2008, porque é possível
813 fazê-lo sem a incorporação desse procedimento. Também disse que as demandas das consultas
814 públicas sem correlação direta com o protocolo serão encaminhadas às áreas responsáveis. **Como**
815 **encaminhamento, acordou-se que será verificada a possibilidade de pautar a devolutiva do**
816 **protocolo em fevereiro de 2009.** Encerrando, a mesa agradeceu os expositores pela apresentação e
817 pelas respostas. Antes de proceder ao próximo item, Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou o
818 preenchimento do questionário sobre avaliação do risco de diabetes tipo II, da Associação de Diabetes
819 da Finlândia. Conselheiro **Sérgio Metzger** solicitou que os segmentos respondessem ao instrumento de
820 pesquisa, porque apontaria dado da tendência da pandemia da diabetes. Em seguida, Conselheira
821 **Graciara Matos de Azevedo** fez um resgate do debate sobre o Plano Nacional de Saúde no CNS e dos
822 encaminhamentos do Pleno. **Colocou o material à disposição do CNS e sugeriu a aprovação de**
823 **convite ao Ministério da Saúde para apresentar o Plano Nacional de Saúde na próxima reunião.**
824 **Não havendo destaques, a proposta foi aprovada.** Em seguida, procedeu-se ao item 7, atendendo a
825 inversão da pauta aprovada. **ITEM 7 – PARECERES DE ABERTURA DE NOVOS CURSOS NA ÁREA**
826 **DA SAÚDE** – A mesa foi composta pela Conselheira **Maria Helena Machado**, Coordenadora da
827 CIRH/CNS e Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, Coordenadora do GT de análise de processos e
828 emissão de parecer. Inicialmente, a coordenadora da Comissão comunicou que no início de 2009 seria
829 apresentado o balanço das atividades da CIRH. Em seguida, apresentou detalhamento dos pareceres
830 emitidos pelo CNS no último período. Recuperou que foi constituído no âmbito da Comissão um GT
831 específico para analisar e elaborar pareceres para os cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia.
832 Lembrou que esses pareceres são posteriormente discutidos e aprovados pela CIRH, que elabora a
833 redação final e remete à apreciação e deliberação do pleno do CNS. Ressaltou que, para agilizar e dar
834 ainda mais transparência ao processo, a Comissão, com apoio do DEGERTS, criou um Sistema de
835 Gerenciamento de Processos, a ser homologado pelo DATASUS. Este Sistema consiste em um conjunto
836 de dados relevantes que auxiliam e embasam os pareceres da CIRH. Disse que os dados referem-se a:
837 população, empregos de saúde, profissionais de saúde, instituições formadoras, capacidade instalada do
838 setor nos municípios, estados e regiões geográficas. Ressaltou que, por deliberação do CNS, a CIRH
839 está se preparando para, no ano de 2009, estender este processo às demais profissões da saúde.
840 Inicialmente serão priorizados os cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição e,
841 progressivamente, os demais serão incluídos. Acrescentou ainda que a intenção era equacionar os
842 critérios para aqueles cursos que atuam na saúde, mas não são exclusivos da área, como por exemplo,
843 Psicologia, Serviço Social, Educação Física, entre outros. Explicou que os pareceres referem-se aos
844 seguintes pedidos: **1) Autorização:** cursos novos; **2) Reconhecimento:** cursos novos recém-autorizados
845 (ainda em funcionamento da primeira turma); **3) Renovação:** Todos os cursos em funcionamento (a cada
846 3 anos); e **4) Aumento de vagas** (ainda não se emite parecer). Detalhou resultados do trabalho até
847 novembro de 2008: **a)** 351 processos: 130 de autorização; 76 de reconhecimento e 145 de renovação; **b)**
848 108 de Medicina; 112 de odontologia e 131 de psicologia; **c)** dos 351 processos, 58 são de instituições
849 públicas e 293 privadas; e **d)** destes com parecer: 61% de autorização; 31% de reconhecimento e 57%

850 de renovação. Detalhou o percentual por profissão: 108 processos de Medicina: 31 autorizações, 16
851 reconhecimentos e 61 renovações; 112 processos de Odontologia: 16 autorização, 18 reconhecimento e
852 78 renovação; 141 processos de Psicologia: 83 autorização, 42 reconhecimento e 6 renovação.
853 Conselheira **Cândida Carvalheira** disse que é preciso discutir a situação das entidades sem fins
854 lucrativos que cobram pelos serviços. A conselheira foi esclarecida que o assunto seria discutido no dia
855 seguinte. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** parabenizou a comissão pelo trabalho e reconheceu o
856 avanço em relação aos critérios de análise dos processos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou
857 retificação na identificação da universidade no parecer relativo à Universidade Católica de Brasília, pois a
858 instituição é sociedade civil de direito privado com fins educacionais, assistenciais, filantrópicos e sem
859 fins econômico, e não simplesmente entidade privada. Em resposta, Conselheira **Maria Helena**
860 **Machado** destacou que os critérios estão cada vez mais claros e que a Resolução está em discussão
861 para clarificá-la. Em seguida, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** passou aos processos. Primeiro,
862 recordou que, conforme acordado com o Plenário, os cursos avaliados recentemente pelo MEC e com
863 índices de 3 a 5 não seriam lidos na íntegra. Informou que foram incluídos na lista mais dois processos
864 de Medicina para dar conta do prazo de 120 dias para emissão de parecer. Disse que a idéia é
865 acompanhar o desdobramento desses processos. Também destacou o parecer da Universidade Federal
866 de São João Del Rei, em Divinópolis/MG, para ser discutido posteriormente. Feitas essas considerações,
867 passou à leitura da síntese dos pareceres (pedidos de renovação com média de 3 a 5), na seguinte
868 ordem: **1) e-MEC -Instituição:** Universidade Católica de Pelotas; Processo: 20072441; Curso: Medicina;
869 Local: Pelotas – RS; Tipo: Renovação Caráter: Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos -
870 Associação de Utilidade Pública; Parecer: Satisfatório; **2) e-MEC - Instituição:** Escola de Medicina Souza
871 Marques da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques – EMSM; Processo: 20073818; Curso:
872 Medicina; Tipo: Renovação; Local: Rio de Janeiro – RJ; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito Privado -
873 Sem fins lucrativos – Fundação; Parecer: Satisfatório; **3) e-MEC - Instituição:** Faculdade Evangélica do
874 Paraná – FEPAR; Processo: 20075779; Curso: Medicina; Tipo: Renovação; Local: Curitiba – PR;
875 Caráter: Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos – Sociedade; Parecer: Satisfatório; **4) e-**
876 **MEC - Instituição:** Faculdade Ingá – Maringá; Processo: 20074125; Curso: Odontologia; Tipo:
877 Renovação; Local: Maringá – PR; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos –
878 Sociedade; Parecer: Satisfatório; **5) e-MEC – Instituição:** Faculdades Integradas dos Campos Gerais;
879 Processo: 20077717; Curso: Odontologia; Tipo: Renovação; Local: Ponta Grossa-PR; Caráter: Pessoa
880 Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial; Parecer:
881 Satisfatório; **6) e-MEC - Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC; Processo:
882 20076044; Curso: Medicina; Tipo: Renovação; Local: Campinas-SP; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito
883 Privado - Sem fins lucrativos - Associação de Utilidade Pública; Parecer: Satisfatório; **7) e-MEC -**
884 **Instituição:** Pontifícia Universidade Católica - PUC; Processo: 20075882; Curso: Medicina; Tipo:
885 Renovação; Local: Campinas – SP; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos -
886 Associação de Utilidade Pública; Parecer: Satisfatório; **8) e-MEC Instituição:** Pontifícia Universidade
887 Católica de Minas Gerais; Processo: 20072058; Curso: Odontologia; Tipo: Renovação; Local: Belo
888 Horizonte-MG; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos – Fundação; Parecer:
889 Satisfatório; **9) e-MEC - Instituição:** Pontifícia Universidade Católica - PUC; Processo: 20071131; Curso:
890 Medicina; Tipo: Renovação; Local: Curitiba-PR; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins
891 lucrativos - Associação de Utilidade Pública; Parecer: Satisfatório; **10) e-MEC Instituição:** Pontifícia
892 Universidade Católica - PUC; Processo: 20073761; **11) Curso:** Odontologia; Tipo: Renovação; Local:
893 Curitiba/PR; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos - Associação de Utilidade
894 Pública; Parecer: Satisfatório; **12) e-MEC - Instituição:** Pontifícia Universidade católica – PUC; Processo:
895 20074928; Curso: Odontologia; Tipo: Renovação; Local: Porto Alegre/RS; Caráter: Pessoa Jurídica de
896 Direito Privado - Sem fins lucrativos – Fundação; Parecer: Satisfatório; **13) e-MEC -Instituição:** Pontifícia
897 Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Processo: 20074926; Curso: Medicina; Tipo: Renovação;
898 Local: Porto Alegre – RS; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos – Fundação;
899 Parecer: Satisfatório; **14) e-MEC -Instituição:** Pontifícia Universidade Católica – PUC; Processo:
900 20070832; Curso: Medicina; Tipo: Renovação; Local: Sorocaba-SP; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito
901 Privado - Sem fins lucrativos – Fundação; Parecer: Satisfatório; **15) e-MEC - Instituição:** Universidade
902 Católica de Brasília UCB; **16) Processo:** 20073725; Curso: Odontologia; Tipo: Renovação; Local: Brasília
903 – DF; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos – Sociedade; Parecer:
904 Satisfatório; **17) e-MEC -Instituição:** Universidade de Caxias do Sul; Processo: 20071167; Curso:
905 Medicina; Tipo: Renovação; Local: Caxias do Sul-RS; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem
906 fins lucrativos – Fundação; Parecer: Satisfatório; **18) e-MEC - Instituição:** Universidade de Cuiabá;
907 Processo: 20077420; Curso: Odontologia; Tipo: Renovação; Local: Cuiabá-MT; Caráter: Pessoa Jurídica
908 de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial; Parecer: Satisfatório; **19) e-**
909 **MEC - Instituição:** Universidade de Fortaleza – UNIFOR; Processo: 20074776; Curso: Odontologia; Tipo:
910 Renovação; Local: Fortaleza CE; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos –

911 Fundação; Parecer: Satisfatório; **20)** e-MEC - Instituição: Universidade Sagrado Coração; Processo:
912 20075259; Curso: Odontologia; Tipo: Renovação; Local: Bauru – SP; Caráter: Pessoa Jurídica de Direito
913 Privado - Sem fins lucrativos - Associação de Utilidade Pública; e Parecer: Satisfatório; **21)** Instituição:
914 Centro Universitário Barão de Mauá; Processo: 20075635; Curso: Medicina; Tipo: Renovação; Local:
915 Ribeirão Preto - São Paulo; Parecer: Satisfatório; **22)** Instituição: Centro Universitário de Anápolis;
916 Processo: 20074783; Curso: Odontologia; Tipo: Renovação; Local: Anápolis-Goiás; Caráter: Privado;
917 Parecer: Satisfatório; **23)** Instituição: Centro Universitário de Rio Preto; Processo: 20075939; Curso:
918 Odontologia; Tipo: Renovação; Local: São Jose do Rio Preto-SP; Caráter: Privado; Parecer: Satisfatório;
919 **24)** Instituição: Centro Universitário Newton Paiva; Processo: 20075449; Curso: Odontologia; Tipo:
920 Renovação; Local: Belo Horizonte-MG; Caráter: Privado; Parecer: Satisfatório; **25)** Instituição: Centro
921 Universitário do Estado do Pará; Processo: 20070348; Curso: Odontologia; Tipo: Renovação; Local:
922 Belém-PA; Caráter: Privado; e Parecer: Satisfatório. Em seguida, apresentou os pareceres relativos aos
923 dois processos de Medicina para dar conta do prazo de 120 dias para emissão de parecer, sendo: **1)**
924 Instituição: Faculdade Mario Schenberg; Processo: 20078797; Curso: Medicina; Tipo: Autorização; Local:
925 Cotia (SP); Parecer: Insatisfatório; e **2)** Instituição: Faculdade Integrada Tiradentes- FITS; Processo:
926 200710586; Curso: Medicina; Tipo: Autorização; Local: Maceió/AL; Caráter: Privado; Parecer:
927 Insatisfatório. Concluída a apresentação, consultou o Plenário sobre a possibilidade de apreciar naquele
928 momento os dois últimos pareceres junto com os demais. Não havendo posição contrária, colocou em
929 apreciação os 27 processos. **Os pareceres foram aprovados, por unanimidade, na íntegra.** Definido
930 esse ponto, colocou em discussão o caso da Universidade Federal de São João Del Rei - Campus
931 Centro-Oeste Dona Lindu, Processo: 200710258, Curso: Medicina, Autorização, em Divinópolis – MG.
932 Historiou que os alunos do curso de Medicina encontram-se em greve e as aulas suspensas, por conta
933 das precárias condições de infra-estrutura e ensino. Lembrou que, ao se discutir o tema no CNS, o pleno
934 concordou com a realização do processo seletivo, contanto que os alunos não ingressassem no curso
935 antes de julho de 2009. Em que pese essa decisão, disse que alguns conselheiros ponderaram que seis
936 meses é um prazo muito curto para que os alunos iniciem a formação com as exigências atendidas. O
937 parecer da CIRH é satisfatório à autorização do curso de Medicina da Universidade, com a
938 recomendação de observância à Resolução CNS nº 350/2005 e às prioridades estabelecidas no Pacto
939 pela Saúde/2006. No entanto, a Comissão reitera a recomendação de suspender o processo seletivo até
940 que uma nova avaliação identifique se foram sanadas os problemas demonstrados. Diante disso, a
941 Comissão decidiu trazer esse processo para discussão do Pleno. No debate, parte das falas manifestou
942 o entendimento de que o curso não tem condições de funcionar. Portanto, a defesa foi de parecer
943 desfavorável ao processo, com o argumento de garantir a qualidade do curso de Medicina da
944 Universidade Federal de São João Del Rei. A posição da CIRH é favorável à abertura de cursos em
945 instituições públicas, desde que garantida a qualidade do ensino. **Como encaminhamento, as**
946 **intervenções evoluíram para o consenso de parecer insatisfatório ao curso de Medicina da**
947 **Universidade Federal de São João Del Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu, com o indicativo de**
948 **reanálise em julho de 2009.** Em seguida, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** falou da denúncia
949 sobre a crise da Faculdade de Medicina de Santo Amaro/SP. Lembrou que há cerca de um ano o CNS
950 manifestou-se favorável ao processo de renovação da autorização da instituição de ensino. Contudo, a
951 Comissão recebeu denúncia de crise que vive a instituição, com demissão em massa de professores
952 (trinta, até o momento) e de colapso do setor de cirurgia. Ressaltou que um grupo de professores
953 demitidos e de pais de alunos encaminhou a denúncia ao Conselho Federal de Medicina, Associação
954 Paulista de Medicina, Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Ensino Médico, Ministério
955 da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Explicou que, ao receber a denúncia, a CIRH analisou a
956 documentação e elaborou documento que encaminha a denúncia ao Presidente e sugere o envio à
957 FASUBRA, à Mesa de Negociação e ao MEC, sendo que a este seja solicitada audiência com o órgão
958 pertinente para tratar do fato que vem se repetindo em outras instituições de ensino superior. **Como**
959 **encaminhamento, o Pleno aprovou a proposta da CIRH/CNS. Além disso, acordou-se que a**
960 **Comissão fará a averiguação da denúncia e, se confirmada, verificará os instrumentos cabíveis**
961 **para solicitar a suspensão da autorização de funcionamento do curso. Também será feita ação**
962 **conjunta com o CFM, AMB e outros atores.** Definido esse ponto, a mesa agradeceu a contribuição e
963 encerrou a discussão. Em seguida, Conselheiro **Luiz Antônio Neves** solicitou que os conselheiros
964 analisassem o documento do CEBES sobre os 20 anos do SUS e se manifestassem sobre os pontos
965 colocados. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** reiterou a solicitação de apoio dos conselheiros à
966 luta pela transformação das farmácias em estabelecimentos de saúde. **Acordou-se que o Conselheiro**
967 **Ronald dos Santos elaboraria documento nesse sentido para ser submetido à apreciação do**
968 **Pleno.** A seguir, procedeu-se à discussão do item 6 da pauta. **ITEM 6 – AVALIAÇÃO DO CONSELHO**
969 **NACIONAL DE SAÚDE SOBRE O ANO DE 2008 –** O Presidente do CNS abriu a palavra para
970 avaliação. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** avaliou como avanços: eleição do presidente do CNS;
971 fortalecimento dos conselhos no exercício do controle social; e respostas do CNS às demandas. Apesar

da relação mais próxima com a sociedade, destacou que o Conselho precisa responder às questões com maior agilidade. Internamente, chamou a atenção para o fortalecimento do Conselho, mas disse que é preciso definir dinâmica para estreitar as relações entre os conselheiros para que esses possam dialogar sobre as questões discutidas e deliberadas durante a reunião. Também agradeceu a equipe técnica do CNS pela capacidade e qualificação. Contudo, disse que é preciso discutir a situação do quadro de funcionários do Conselho, considerando a insuficiência de pessoal e a precarização do trabalho. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** fez a sua avaliação a partir de três aspectos: estrutura, processo e resultados. Do ponto de vista da estrutura, reconheceu que houve avanços, como a transmissão da reunião do Conselho em tempo real, no entanto, refletiu que essa estrutura está distante do ideal, considerando a amplitude da responsabilidade do Conselho. No que se refere ao processo, sinalizou que houve um salto de qualidade em relação aos anos anteriores, com destaque para a aprovação do Regimento Interno e a atuação das comissões. A respeito dos resultados, citou como indicador a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que reuniu mais de 1.500 conselheiros, demonstrando a capilaridade do controle social. Apesar dos desafios futuros, disse que é preciso considerar que o CNS cumpriu, em grande parte, o seu papel. Para 2009, ressaltou que a prioridade deve ser salvar o SUS, tendo em vista a avaliação de que o Sistema e seus princípios estão sob sérias ameaças. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** pontuou o amadurecimento político do CNS em relação aos debates e às pautas de discussão. Ressaltou, no entanto, que é preciso fazer discussão mais estruturante sobre o significado do SUS, com foco na sua concepção e sua importância para a sociedade. Explicou que o debate do sistema de atenção à saúde deve ser feito no sentido de romper com a lógica que está se perpetuando. Pontuou que os instrumentos do CNS devem ser mais ágeis e, nesse sentido, propôs trabalhar com a internet (blog do CNS). Também reconheceu o esforço dos funcionários do CNS em atender as demandas dos conselheiros. Enfatizou ainda que as entidades devem realizar atividades para repercutir a pauta do Conselho. Por fim, propôs, em 2009, buscar uma pauta mais integradora, com discussão, por exemplo, do Plano Nacional de Saúde e suas repercussões. Conselheiro **Luiz Augusto Fachinni**, primeiro, ratificou as falas que o antecederam, e registrou satisfação em participar do CNS. Reiterou o amadurecimento e a consolidação do CNS como órgão de controle social e independente da gestão central do Sistema. Para 2009, disse que é fundamental definir prioridades em relação às políticas de saúde e avançar nos aspectos de formulação de políticas e de fiscalização dessas. Também ressaltou que a qualificação da infra-estrutura do Conselho é essencial para o desempenho das atividades. Enfatizou ainda que é necessário aprofundar a articulação das comissões e dos GTs do CNS, com definição de prioridades como, por exemplo, atenção básica em saúde, saúde dos trabalhadores da área da saúde e financiamento. Conselheira **Eufrásia Cadorin** informou que, no dia anterior, foi realizada reunião com os coordenadores das comissões e, na oportunidade, foi destacada a necessidade de monitorar o planejamento do CNS elaborado no início de 2008. Além disso, informou que foi acordado na reunião que será avaliada a atuação de cada comissão, com base no planejamento do CNS, e, como encaminhamento, acordou-se que será realizada reunião dos coordenadores em março de 2009 para cruzar os planos de trabalho e verificar o monitoramento. A partir desses resultados, serão sugeridas prioridades de atuação do CNS. Conselheira **Silvia Vignola** avaliou o desempenho do CNS a partir de três dimensões: estrutural, técnica e política. Em relação à estrutura, destacou a importância dos computadores e das pen drives à disposição dos conselheiros, porque profissionalizou o Conselho. No aspecto técnico da avaliação, reivindicou à Mesa Diretora a definição de pautas que contemplem as dimensões pontuais e estruturantes do SUS. Nessa lógica, sugeriu que fosse pautada discussão sobre a política de saúde suplementar. Também solicitou que os conselheiros tenham o cuidado de apresentar-se nas suas intervenções, na condição de representantes de entidades no CNS. Pontuou como desafio para 2009 aprimorar o trabalho das comissões. Em relação aos aspectos políticos, enfatizou que é preciso discutir questões da política pública e fazer o devido controle. Também enfatizou que o Conselho precisa monitorar os desdobramentos dos seus instrumentos de manifestação (moções, recomendações e resoluções). Avaliou que a transmissão das reuniões em tempo real foi um ganho de 2008, pois reforça o princípio da transparência. Finalizando, reiterou que o SUS é exemplo para outras políticas públicas, portanto, a responsabilidade do CNS é ainda maior. Pessoalmente, disse que o CNS tem sido uma escola de aprendizado de democracia. Conselheira **Cândida Carvalheira**, primeiro, disse que esteve um pouco ausente do Conselho, por conta de problemas de saúde. Avaliou que é preciso intensificar a luta em prol do SUS, unindo esforços dos profissionais de saúde e dos usuários. Destacou ainda que o processo eleitoral é um avanço do CNS, pois contribuiu para fortalecer o controle social. Conselheiro **Crescêncio Antunes** fez um resgate histórico de como era o Conselho e de como é hoje. Lembrou que o Presidente Lula criou uma secretaria específica para apoiar o desenvolvimento dos instrumentos de participação da sociedade civil (SGEP). Disse que essa secretaria tem cumprido o seu papel, contribuindo para o progresso do controle social e para a participação da sociedade civil organizada na saúde. Também fez uma homenagem a Sérgio Arouca, razão da criação da referida Secretaria. Disse que, ao assumir a Secretaria, fez um esforço para

organizar o conselho municipal de saúde de Sederal/MA para que os 5.564 municípios, na época, tivessem conselho. Destacou os avanços daquela época até agora. Encerrou destacando como avanço a eleição do Presidente do Conselho, que fortalece a democracia na saúde. Depois disso, conselheiro **Francisco Batista Júnior** encerrou os trabalhos do primeiro dia. Estiveram presentes: *Titulares: Afonso Magalhães, Alceu José Peixoto Pimentel, Antônio Alves de Souza, Artur Custódio Moreira de Sousa, Cândida Carvalheira, Carlene Borges Soares, Carmen Lúcia Luiz, Eufrásia Santos Cadorin, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, Gyselle Saddi Tannous, João Donizeti Scaboli, José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Luiz Augusto Facchini, Luiz Antônio Neves, Luiz Antônio de Sá, Maria Goreti de Lima, Maria Helena Machado, Nildes de Oliveira Andrade, Ronald Ferreira dos Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande, Valdenir Andrade França. Suplentes: Antônio Francisco da Silva, Clóvis Boufleur, Crescêncio Antunes da Silveira Neto, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Alves Vasconcelos, Greyce Lousana, Jorge Alves de Almeida Venâncio, Juares Pires de Sousa, Keillaff Maria Alves de Miranda, Lílian Alicke, Maria Laura Carvalho Bica, Sérgio Metzger, Silvia Vignola.*

No início do segundo dia, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** elencou os pontos pendentes: indicações do GT de revisão da carta dos usuários; indicação para a Comissão Organizadora da 1ª Conferência de Meio Ambiente; não homologação de resoluções do CNS. Além disso, registrou o seu protesto quanto à falta de quorum, considerando as questões importantes que demandavam deliberação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse ser importante discutir, no termos do Regimento Interno, uma saída para essa situação. Em seguida, Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** solicitou manifestação do Pleno quanto às Resoluções do CNS que cumpriram os ritos legais e não foram homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde. Nessa situação, destacou que o Regimento Interno prevê duas possibilidades, no caso de não homologação: retirar a resolução ou enviar ao Ministério Público. Conselheira **Silvia Vignola** destacou que o Pleno precisava manifestar-se sobre a resolução acerca da obesidade e regulação de publicidade de alimentos. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** perguntou se há justificativa da não homologação das resoluções. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** esclareceu que a Secretaria-Executiva do CNS enviou reiterados pedidos de manifestação acerca das resoluções, mas não obteve resposta. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** informou que uma das resoluções refere-se ao protocolo da Doença Celíaca. Nesse caso específico, lembrou que a FENACELBRA, entidade que representa no Conselho, recorreu ao Ministério Público. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** solicitou cópia das oito resoluções não homologadas pelo Ministro da Saúde. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** destacou que o Ministro da Saúde pode não homologar resoluções do CNS, caso discorde do mérito. De todo modo, disse ser importante pensar em mecanismo para agilizar o processo de envio e resposta às resoluções. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** esclareceu que o Ministério da Saúde deve obedecer às deliberações do Pleno, desde que haja respaldo jurídico legal. Em seguida, leu o art. 58 do Regimento Interno, que dispõe sobre o tema: "A Resolução é ato geral, de caráter normativo. § 1º A redação da Resolução obedecerá às determinações contidas no Manual de Redação da Presidência da República e no Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002. § 2º As deliberações do CNS serão assinadas pelo seu Presidente e aquelas consubstanciadas em Resoluções e homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde serão publicadas no Diário Oficial da União - DOU, no prazo máximo de trinta dias, após sua aprovação. § 3º A Resolução aprovada pelo CNS que não for homologada pelo Ministro de Estado da Saúde, no prazo de até trinta dias após sua aprovação, deverá retornar ao Plenário do CNS na reunião seguinte, acompanhada de justificativa e proposta alternativa, se de sua conveniência, para avaliação do Pleno que poderá acatar as justificativas revogando, modificando ou mantendo a Resolução sendo que, nos dois últimos casos, a mesma será reencaminhada ao Ministro para homologação. § 4º Se novamente o Ministro de Estado da Saúde não homologar a Resolução, nem se manifestar sobre a mesma em até trinta dias após o seu recebimento, ela retornará ao Plenário do CNS para os devidos encaminhamentos. § 5º As Resoluções do Conselho Nacional de Saúde somente poderão ser revogadas pelo Plenário." Em seguida, Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** fez uma síntese do mérito das resoluções não homologadas: nº 397, de 13 de março de 2008 – que dispõe sobre a criação de protocolo da doença Celíaca; nº 398, de 13 de março de 2008 – reitera a posição referente à aprovação do projeto de lei do Dep. Roberto Gouveia; nº 399, de 14 de março – comitê de monitoramento e acompanhamento do PID; nº 401, de 15 de maio – orçamento e financiamento do SUS; nº. 402, de 10 de julho – total de recursos orçamentários da saúde de forma a permitir o valor da aplicação mínima; nº 403, de 10 de julho – solicita a regulamentação do art. 6 da Portaria 204; nº 405, de 12 de setembro – posição contrária à proposta de fundação pública de direito privado; e 408, de 10 de outubro – PL nº 3.958, que cria a secretaria de atenção primária. Reiterou que as resoluções foram enviadas ao Ministro da Saúde, seguindo os trâmites legais, mas não houve respostas. **Como encaminhamento foi constituída comissão para dialogar com o Ministro da Saúde sobre a não homologação das oito resoluções. Foram indicados os seguintes nomes: Nildes de Oliveira, Carmem Lúcia Luiz, Graciara Matos de Azevedo e um representante do governo.** Em seguida, a representante da Coordenação da Plenária

Nacional de Conselhos de Saúde, **Jacqueline Silva Dutra**, fez um informe da XV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada de 26 a 28 de novembro de 2008. A atividade contou com mais de 1.800 participantes e teve como coordenador geral o Senhor Arnaldo Marcolino. Disse que a avaliação do evento é positiva, considerando a participação dos conselhos e a qualidade dos debates. Destacou o processo de organização que contribuiu para o sucesso do evento e ressaltou a atuação do coordenador geral, Arnaldo Marcolino. Informou que a Comissão de relatoria está trabalhando na elaboração do relatório final. Disse que a coordenação fará a avaliação final da atividade na reunião prevista para o mês de março. Sugeriu disponibilizar no sítio do CNS (link da Plenária), o material das apresentações feitas na atividade, para que os interessados tenham acesso. Ressaltou que a perspectiva é ampliar a participação de conselheiros de saúde na próxima Plenária. Por fim, falou da importância do apoio do CNS na XVI Plenária, porque haverá renovação da coordenação em abril de 2009. Nas intervenções, os conselheiros levantaram os seguintes aspectos: avaliação positiva da Plenária, apesar dos problemas estruturais; destaque ao apoio dos conselheiros nacionais de saúde na organização; preocupação com o calendário da Plenária: alguns coordenadores foram eleitos em novembro de 2008, mas a renovação da Coordenação ocorrerá em abril de 2009 (defesa de realização da Plenária em novembro de 2009 para coincidir com o final dos mandatos da coordenação nacional); distribuição do documento do conselheiro estadual Givon Alves Neo sobre o ocorrido em Sergipe – proposta: que a Comissão instituída para discutir o problema do Conselho Estadual de Sergipe avalie também o material; satisfação com o grau de maturidade da Plenária; necessidade de envolvimento cada vez maior dos conselheiros nas Plenárias; é importante formatar o modelo da Plenária, com momentos de capacitação e trabalhos em pequenos grupos; preocupação com o processo transição da coordenação – solução possível: definir período para o mandato da coordenação, por exemplo, de abril a abril; denúncias sobre o Conselho de Saúde do Distrito Federal: o presidente do conselho não indicou os nomes dos delegados para a XV Plenária; o Conselho funciona no Gabinete do Secretário de Saúde e não é permitida a participação de outras pessoas nas reuniões senão os conselheiros; destaque ao sucesso da Plenária e à programação paralela na abertura da Plenária sobre os 20 anos do SUS; e elogios à Secretaria-Executiva, na pessoa da técnica Gleisse de Castro de Oliveira, pelo empenho e sucesso da Plenária. **Sobre o caso de Sergipe, acordou-se que na semana seguinte o GT do CNS faria visita ao Estado para verificar a situação in loco.** Nas considerações finais, a representante da coordenação de Plenárias agradeceu os elogios à XV Plenária. Lembrou que houve debate da coordenação e foi indicada a realização da XVI Plenária em abril de 2009, na semana mundial de saúde. Desse modo, o mandato da coordenação seria prorrogado até abril e os novos eleitos teriam o mandato de abril de 2009 a abril 2010. Sobre a participação dos conselhos de saúde, disse que é preciso definir estratégia para garantir que ocorra da melhor forma possível. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou que o CNS se manifeste sobre a decisão do COPON, dada a gravidade da crise. Em seguida, Conselheiro **Valdenir França** fez um informe do seminário de saúde indígena, realizado de 27 e 28 de novembro de 2008. Disse que na atividade, que contou com 230 participantes, as representações indígenas discutiram as condições de saúde das populações indígenas e reiteraram a necessidade de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Agradeceu os que contribuíram para realização do evento. Registrhou ainda o parecer favorável do STF à demarcação das terras indígenas Raposa Terra do Sol. A propósito, foi destacada a necessidade de manifestação favorável do CNS à demarcação das terras indígenas Raposa Terra do Sol. **ITEM 8 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN/CNS** – Composição da mesa: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, coordenação e Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, coordenador da COFIN/CNS. O coordenador da COFIN iniciou a sua fala comunicando que foram disponibilizados os seguintes materiais: Análise da Execução Orçamentária do Ministério da Saúde até outubro de 2008; e planilhas da execução orçamentária, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Além disso, solicitou que fosse pautada análise de conjuntura em janeiro de 2009, com a participação do Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, o consultor da COFIN e o Professor da UnB, Evilásio. Em seguida, passou à avaliação das ações da Comissão Permanente de Orçamento e Orçamento – COFIN 2008: Ação: 1) Acompanhamento do financiamento das ações de saúde, no contexto prioritário do Plano Nacional de Saúde: - Pactos em Defesa do SUS, pela Vida e de Gestão - em execução; PPA; LDO; LOA – executado; e Projetos Legislativos – Executado – Observação: não realizado cruzamento das metas do Plano, dos Pactos e do PPA; 2) Realização de seis Oficinas Regionais e uma Nacional; (tem recurso previsto) – em andamento – realizada uma oficina Regional Nordeste – a segunda não foi realizada por dificuldade de agenda; 3) Acompanhar o trâmite dos Projetos Legislativos - Mobilização pela aprovação no Congresso Nacional do PLC 01/03 – Regulamentação da EC – Executado; 4) Articulação e avaliação das Políticas e Programas do SUS junto às outras Comissões do CNS, subsidiando-as na análise do orçamento, relacionado às políticas específicas - Em execução - a COFIN participou das cinco reuniões solicitadas pelas comissões: Comissão Intersetorial Permanente de Saúde do Idoso (2), Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição, Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra (2), Comissão para Acompanhamento

1155 das Políticas de DST/ AIDS; **5)** Luta pelo descontingenciamento dos recursos do SUS - Não houve
1156 necessidade de discussão; **6)** Reafirmação dos conceitos, princípios e diretrizes da 8ª Conferência
1157 Nacional de Saúde e da CF/88 - Recomendação nº 30 de 10 de outubro de 2008; **7)** Acompanhar o
1158 processo de execução orçamentária do Ministério da Saúde, fortalecendo uma atuação coordenada do
1159 controle social, superpondo a escolha de prioridades à efetiva implementação dos programas –
1160 executado; **8)** A cada trimestre analisar o relatório de Gestão com a Execução Orçamentária,
1161 devidamente detalhada nos termos do Art. 12 da Lei 8.689/93 combinado com os parágrafos 2º e 3º,
1162 inciso II do Art. 6º do Decreto 1.651/95 – Executado; **9)** Manter a análise das planilhas contendo o
1163 consolidado de programas e ações, e o das unidades do Ministério da Saúde, para avaliação da
1164 execução classificada como adequadas, regulares ou inadequadas para empenho e liquidação –
1165 Executado; **10)** Compromisso com a construção de uma Agenda Nacional de Saúde - Comissão existe,
1166 mas faltou articulação política com outras comissões; **11)** Construir intersetorialmente indicadores de
1167 avaliação e de impacto de políticas públicas para a sustentabilidade do desenvolvimento social – não
1168 executado; **12)** Debater e assegurar o descontingenciamento de recursos para políticas social-urbanas -
1169 não executado; **13)** Viabilizar um grande fórum nacional que discuta a questão da promoção à saúde -
1170 Não compete à COFIN; **14)** Realizar em parceria com a academia um levantamento sobre os acordos e
1171 protocolos que o Brasil assinou, destacando quais realmente foram implantados e avaliar o cumprimento
1172 dos acordos – não executado e permanece no Plano de Trabalho 2009; **15)** Destacar a questão do
1173 Financiamento da Saúde entre os temas nas Conferências de Saúde - Não houve conferência, mas em
1174 eventos realizados o tema foi destacado; **16)** Participar e/ou acompanhar as discussão e Implementação:
1175 SIOPS – executado; NAID/PSAL – não houve demanda; outros Planos Regionais - não houve
1176 demandas; **17)** Acompanhamento específico dos Convênios (qual a eficiência e eficácia que justifiquem
1177 a utilização desses recursos - em andamento - aguardando retorno da Secretaria responsável; **18)** Criar
1178 um mecanismo de articulação permanente com as Comissões Estaduais que analisam o orçamento e o
1179 financiamento da saúde - em andamento - realizada primeira oficina, mantida a ação no plano de 2009.
1180 Destacou ainda que foram definidas dezesseis ações no Plano 2008/2009, tendo sido realizadas e/ou
1181 iniciadas doze, quatro não realizadas e duas remetidas para nova discussão. Continuando, apresentou o
1182 Plano de Trabalho para 2009 que tem como eixo a missão da COFIN/CNS de acompanhar o orçamento
1183 do Ministério da Saúde. O Plano apresenta as seguintes ações, estratégias de operacionalização,
1184 atividades e prazo, respectivamente: **1)** Acompanhamento da elaboração do orçamento do Ministério da
1185 Saúde (PPA; LDO; LOA): **1.1** Elaboração de calendário e envio às áreas do MS em articulação com as
1186 Comissões Intersetoriais do CNS, conforme os marcos legais; **1.2** Análise de propostas ao pré-projeto a
1187 ser elaborado pelas áreas com base na análise da execução do exercício anterior; e **1.3** Fevereiro/2009;
1188 **2)** Acompanhamento da execução orçamentária e financeira das ações de saúde, no contexto prioritário
1189 do PNS; **2.1** Articulação com as Comissões Intersetoriais do CNS Monitoramento dos Pactos em Defesa
1190 do SUS, pela Vida e de Gestão, Mais Saúde; **2.2** Analisar a partir dos instrumentos PPA/LDO/LOA,
1191 preconizando aspectos qualitativos que impactam na saúde da população; **2.3** 2º trimestre; **3)**
1192 Sensibilização sobre o tema orçamento e financiamento para o controle social; **3.1** Comunicação
1193 permanente com as comissões do CNS e Conselhos estaduais e municipais; **3.2** Dar continuidade as
1194 visitas às Comissões; Realizar seminários com as comissões; Realização de cinco Oficinas Regionais e
1195 uma Nacional; Destacar a questão do Financiamento da Saúde entre os temas nas Conferências de
1196 Saúde; **3.3** Fevereiro e Março, 1ª quinzena de abril e até setembro/2009; **4)** Acompanhamento dos
1197 Projetos Legislativos; **4.1** Listar projetos vinculados a área de saúde; **4.2** Elaboração de texto para enviar
1198 para caixa de e-mail dos parlamentares sobre EC 29, Lei de responsabilidade sanitária, mobilização nas
1199 três esferas de governo em defesa da EC 29; **4.3** Em execução; **5)** A cada trimestre analisar o relatório
1200 de Gestão com a Execução Orçamentária, devidamente detalhada nos termos do Art. 12, da Lei
1201 8.689/93, combinado com os parágrafos 2º e 3º, inciso II do Art. 6º do Decreto 1.651/95; **5.1** Manter a
1202 análise das planilhas contendo o consolidado de programas e ações e o das unidades do Ministério da
1203 Saúde; **5.2** Solicitar à Secretaria Executiva do MS que apresente levantamento sobre Tratados, Acordos
1204 e Protocolos que o Brasil assinou e estão vigentes, destacando quais realmente foram implantados na
1205 saúde e avaliar o cumprimento dos acordos; **5.3** 1º trimestre de 2009; **6)** Construir intersetorialmente
1206 indicadores de avaliação e de impacto de políticas públicas para a sustentabilidade do desenvolvimento
1207 social – sugestão é rediscutir a ação; **7)** Participar e/ou acompanhar as discussão e Implementação do
1208 SIOPS e do Núcleo de Articulação, Integração e Desenvolvimento da Amazônia-NAID/Plano Saúde
1209 Amazônia Legal – PSAL, como também de outros Planos Regionais; **7.1** Encaminhar para a Mesa
1210 Diretora. Enfatizou que o plano de trabalho da Comissão visava envolver as comissões do CNS no
1211 debate sobre financiamento e orçamento. Por fim, informou que foi disponibilizado, para conhecimento, o
1212 calendário das reuniões da COFIN em 2009. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, na condição de
1213 integrante da COFIN/CNS, chamou a atenção para a importância de ação mais incisiva do CNS contra o
1214 processo de degradação do SUS, com envolvimento inclusive no debate do orçamento e financiamento.
1215 Manifestações: Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou à COFIN/CNS que inclua no plano de

ação de 2009 o debate sobre ressarcimento ao SUS, inclusive o Projeto de Lei de Isenção Tributária. Propôs também que no dia anterior à reunião ordinária do CNS, em fevereiro, as comissões façam interlocução com áreas afins do Ministério da Saúde. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou a COFIN/CNS pelo trabalho e recuperou que a contratação de assessoria parlamentar é uma reivindicação antiga. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** saudou a COFIN/CNS pela apresentação e pela proposta de trabalhar com as demais comissões no acompanhamento da execução orçamentária das áreas afins. Chamou a atenção para a recomposição do orçamento 2008, mas lamentou o recurso não ter sido incluído no orçamento 2009. Ressaltou ainda que as demandas do CNS a respeito do orçamento 2009 não foram acatadas. Por fim, disse ser importante maior aproximação do CNS com CONASS e CONASEMS a fim de garantir que as pactuações sejam implementadas, sem prejuízo aos usuários do SUS. Conselheiro **Alceu Pimentel** também parabenizou a Comissão pelo trabalho e reforçou a necessidade de assessoria parlamentar para acompanhar a tramitação de projetos. Acrescentou que é preciso constituir grupo para fazer a análise técnica e política dos projetos, na perspectiva de contribuir com o aperfeiçoamento das propostas. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** reforçou que é preciso maior envolvimento do CNS no debate do orçamento e financiamento. Sugeriu convidar a Controladoria Geral da União para apresentar ao CNS os instrumentos de metodologia de controle do orçamento e financiamento da saúde. Além disso, destacou a necessidade de pautar discussão política sobre o painel de indicadores do SUS, a fim de que não sejam publicados resultados sem o referendo do Conselho. Por fim, defendeu a realização de campanha de informação à sociedade para incentivar as pessoas a questionarem o gestor local sobre o orçamento disponibilizado para a saúde. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** avaliou que é preciso atuação mais incisiva do Conselho em outros espaços. Conselheira **Keyllaaff de Miranda** ressaltou que as comissões devem conhecer os recursos destinados às áreas afins, para possibilitar o acompanhamento da execução orçamentária. Conselheira **Silvia Casagrande** estranhou a ausência do CNS no Encontro Nacional do Controle em Defesa do SUS, visto que o Conselho é um dos organizadores da atividade. Ressaltou que a reunião deveria ter sido adiada para garantir a participação do Conselho. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que, na oportunidade, em que a proposta foi apresentada ao CNS, o Pleno manifestou o seu apoio e assumiu a realização do evento junto com demais atores. Disse que o Conselheiro Geraldo Adão Santos foi indicado a acompanhar o processo de organização e, após debate, não foi possível consensuar outra data senão aquela. Assim, considerando a importância do evento, optou-se por realizá-lo mesmo com essa limitação. Em que pese a ausência do CNS, o evento é um sucesso. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** registrou a ausência das representações do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. **Retorno da mesa:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sintetizou as propostas dos conselheiros nos seguintes termos: **indicar a COFIN que discuta a questão do ressarcimento ao SUS, inclusive o projeto de lei de isenção tributária; aproximar as comissões das áreas afins do Ministério da Saúde; contratar assessoria parlamentar para o CNS; fazer articulação com outros atores do processo de controle social, como Controladoria, Ouvidoria e outros atores; qualificar os dados quantitativos do Ministério da Saúde; e realizar campanha voltada aos conselhos estaduais de saúde e à sociedade.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que, no início de 2009, o quadro de pessoal do CNS seria reestruturado com a perspectiva, inclusive, de contratação de assessoria parlamentar. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, considerando a necessidade de melhorar a estratégia de controle social sob o orçamento da saúde, propôs que fosse feito convite a organizações do encontro nacional para, na reunião ordinária de fevereiro, apresentar a metodologia e os instrumentos para subsidiar o CNS na definição de estratégia de acompanhamento. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** acrescentou as seguintes propostas: manter a análise de conjuntura em janeiro com convite ao Ministro Paulo Bernardo, Ministro Temporão, Francisco Fúncia, e o analista Evilásio (UnB); agendar visita da COFIN/CNS às demais comissões do CNS; e realizar oficina da COFIN com um ou dois representantes das Comissões para instrumentalizá-los sobre SIOPS, Fundo Nacional de Saúde e DENASUS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** recuperou a proposta de marcar reunião, no dia anterior à reunião ordinária do CNS de fevereiro, das comissões com áreas afins do Ministério da Saúde para tomar conhecimento da situação e subsidiar os encaminhamentos do Pleno. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez uma proposta alternativa que não foi aceita pelo Pleno. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** propôs convidar os coordenadores das comissões para participar da oficina de capacitação da Região Sul. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, por outro lado, defendeu ampliar a oficina para todos os conselheiros nacionais de saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que a idéia é que os coordenadores atuem como “multiplicadores” de informações. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** disse que seria necessária projeção de custos da participação dos coordenadores na oficina para verificar a possibilidade de viabilizar a participação dos coordenadores. Além disso, solicitou a disponibilização dos calendários de reunião das comissões para que a COFIN agende interlocução. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou que é preciso aperfeiçoar a estratégia do CNS de controle do orçamento e

1277 financiamento e, no mínimo, criar experiência sobre controle de política pública. Conselheira **Eufrásia**
1278 **Santos Cadorin** sugeriu que fosse discutida a realização de oficina de educação permanente sobre
1279 orçamento e financiamento. Conselheira **Silvia Vignola** propôs pautar, na próxima reunião do CNS,
1280 debate sobre orçamento e controle. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** convidou o CNS, em especial a
1281 COFIN, para participar do seminário do CEBES sobre financiamento, sem custo para o Conselho.
1282 **Retorno da mesa:** Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** levantou os seguintes aspectos: reforço à
1283 solicitação de contratação de consulta técnica jurídica sobre a Recomendação 026; item 8762 –
1284 Implementação das ações previstas para populações em localidades estratégicas e vulneráveis de
1285 agravo - o destaque foi encaminhado pelo MS, mas não foi acatado pelo MPOG. Contudo, a
1286 representação do Ministério da Saúde no Conselho comprometeu-se a verificar a possibilidade de incluí-
1287 lo em 2009; Cartão SUS – o Ministério da Saúde solicitou a retirada da pauta. Conselheira **Jurema**
1288 **Werneck** informou que a Diretora da DAGEP manifestou-se contrária ao detalhamento dos recursos da
1289 população negra. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** comunicou que a CIT não pactuou a Política
1290 das Populações do Campo e da Floresta por entender que deveria ter sido apresentada primeiro na
1291 Comissão e não no CNS. Finalizando, Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** agradeceu o convite do
1292 CEBES e colocou o interesse da Comissão em participar da atividade. **Em síntese, os**
1293 **encaminhamentos desse debate foram os seguintes: manter a análise de conjuntura em janeiro**
1294 **com convite ao Ministro Paulo Bernardo, Ministro Temporão, Francisco Fúncia, e o analista**
1295 **Evilásio (UnB); realizar oficina da COFIN com o coordenador e/ou coordenador adjunto das**
1296 **Comissões para instrumentalizá-los sobre SIOPS, Fundo Nacional de Saúde e DENASUS; agendar**
1297 **visita da COFIN/CNS às demais comissões do CNS; e estreitar a relação das Comissões com as**
1298 **áreas técnicas afins do Ministério da Saúde.** Resolvido esse ponto, foram debatidas as pendências da
1299 reunião. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou informe sobre o debate a respeito da carga
1300 horária dos cursos na área da saúde. Informou que no dia 21 de novembro participou, junto com a
1301 Conselheira **Silvia Casagrande**, de audiência com a diretoria da SESU/MEC. Explicou que foi emitido
1302 parecer com autorização de 4 mil horas para Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia e 3.200 horas para
1303 as demais profissões (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Fonoaudiologia, Nutrição e
1304 Terapia Ocupacional). Disse que a posição defendida foi de aceitar as profissões com 4 mil horas e
1305 negociar a carga horária das demais. Em resposta, a direção da SESU/MEC comprometeu-se a dialogar
1306 com o MEC e dar retorno ao CNS. Contudo, até o momento não houve resposta. Conselheiro **Francisco**
1307 **Batista Júnior** registrou a indicação de novo representante do Conselho Federal de Fisioterapia e
1308 Terapia Ocupacional: **Wilen Heil e Silva.** O Conselheiro agradeceu a deferência e registrou o
1309 compromisso de contribuir para o fortalecimento do controle social no SUS. Também fez a defesa de
1310 4.500 horas para a Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Como encaminhamento, o Pleno decidiu**
1311 **enviar correspondência ao MEC solicitando informações sobre o processo e reforçando a**
1312 **proposta de 4 mil horas, no mínimo, para as profissões. A CIRH está verificando a possibilidade**
1313 **de audiência com o Presidente do CNE para discutir o assunto.** Em seguida, Conselheira **Silvia**
1314 **Vignola** submeteu à apreciação do Pleno o novo texto de Resolução sobre diretrizes para a promoção
1315 da alimentação saudável com impacto na reversão da epidemia de obesidade e prevenção das doenças
1316 crônicas não transmissíveis, assim descritas: **1) Oferta contínua de programas estatais de segurança**
1317 **alimentar e nutricional voltada à alimentação saudável, com alimentos produzidos preferencialmente pela**
1318 **agricultura familiar, que incluem a oferta a preços acessíveis de frutas, legumes e verduras, cereais e**
1319 **grãos integrais, a educação alimentar e nutricional e o monitoramento nutricional em todos os ciclos de**
1320 **vida, garantidos por meio da Estratégia de Saúde da Família entre outras e consoantes com os**
1321 **princípios do desenvolvimento sustentável e o SUS; 2) Promoção de alimentação saudável durante o**
1322 **ciclo escolar, adequada às necessidades das faixas etárias e grupos com necessidades alimentares**
1323 **especiais, e incentivo à atividade física, com ênfase na formação de hábitos saudáveis, através de ações**
1324 **articuladas da Estratégia Saúde da Família e do Programa Saúde na Escola, devendo, ainda, ser**
1325 **proibida a utilização de alimentos que contenham quantidades elevadas de açúcar, gorduras saturadas,**
1326 **gorduras trans, sódio e bebidas com baixo teor nutricional; 3) Articulação com o Ministério da Educação**
1327 **para inclusão da educação alimentar e nutricional no currículo escolar, devendo os profissionais de**
1328 **saúde e educação, serem atualizados sistemática e continuamente; 4) Revisão dos padrões de**
1329 **identidade e qualidade dos alimentos, visando a redução das quantidades de açúcar, sódio, gorduras**
1330 **saturadas e eliminação das gorduras trans, compatibilizando-os com um padrão de vida saudável,**
1331 **obedecendo metas e prazos estabelecidos e monitoramento periódico desses teores com a devida**
1332 **divulgação dos resultados; 5) Aperfeiçoamento do sistema de vigilância alimentar e nutricional, vigilância**
1333 **sanitária e epidemiológica, para o monitoramento do estado nutricional e consumo de alimentos, de**
1334 **contaminantes físicos, químicos, microbiológicos, bio e nanotecnológicos; 6) Adequação da rotulagem**
1335 **nutricional de alimentos com vistas a atender às necessidades de informação da população brasileira,**
1336 **destacando nos rótulos os teores de gorduras saturadas, gorduras trans, gorduras totais, sódio e açúcar,**
1337 **acompanhada por estratégias de informação e educação que facilitem a identificação e compreensão**

destas informações; **7)** Zelo pela eqüidade nas práticas de comunicação em saúde, contemplando as diferenças socioculturais e econômicas, com vistas a prevenção de danos causados pelas dificuldades de acesso à informação; **8)** Regulamentação da publicidade, propaganda e informação sobre alimentos, direcionadas ao público em geral e em especial ao público infantil, coibindo práticas excessivas que levem esse público a padrões de consumo incompatíveis com a saúde e que violem seu direito à alimentação adequada; **9)** Regulamentação das práticas de marketing de alimentos direcionadas ao público infantil, estabelecendo critérios que permitam a informação correta à população, a identificação de alimentos saudáveis, o limite de horários para veiculação de peças publicitárias, a proibição da oferta de brindes que possam induzir o consumo e o uso de frases de advertência sobre riscos de consumo excessivo, entre outros; e **10)** Inclusão na agenda de prioridades da saúde pública, de ações inter-setoriais no âmbito do Estado e da sociedade civil, fortalecendo o compromisso e a efetividade de projetos e programas voltados à promoção da alimentação saudável. **Não havendo destaques, o texto foi aprovado por unanimidade.** Além disso, Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** lembrou que durante o debate sobre obesidade foi proposto ao CNS recomendar ao Ministério da Saúde a realização de campanha, utilizando inclusive fita métrica. **O texto será elaborado e submetido à apreciação do Pleno.** A seguir, Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** fez a leitura, para deliberação, de minuta de recomendação do CNS sobre: **1)** a rejeição da emenda de número 1 ao PL 4385/94, pois já existe previsão legal para dispensação de medicamentos em locais onde não há farmácias e drogarias, por postos de Medicamentos ou unidades volantes; **2)** a rejeição da emenda de número 2 ao PL 4385/94, pois a mesma contraria ao disposto no parágrafo quarto do art. 220 da Constituição Federal; e **3)** a aprovação do Substitutivo ao Projeto de Lei 4385/94, adotado pela Comissão de Constituição, Justiça e de Redação, publicado em 19/04/2000, pois o mesmo incorpora as definições sobre Assistência Farmacêutica aprovados pelas diferentes instâncias deliberativas do Controle Social do SUS. **A recomendação foi aprovada com uma abstenção. O documento será encaminhado às lideranças governamentais e à Presidência da Câmara dos Deputados.** Segundo, Conselheiro **Luiz Antônio de Sá** fez um informe sobre o Fórum de Saúde Mental, que será realizado no dia 21 e 22 de março de 2009. Na atividade serão discutidos temas como reforma psiquiátrica brasileira, saúde mental e cidadania, entre outros. Posteriormente, novas informações serão trazidas ao CNS e será feito convite ao Conselho. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** fez um informe sobre a sua participação no seminário sobre saúde ambiental e sugeriu convidar o coordenador do GT sobre o Pacto Nacional pelo Saneamento Básico, Roberto Rodrigues, do Ministério das Cidades, para apresentar esse pacto ao CNS. Além disso, convidou os interessados a participar da audiência, às 14h30, com o presidente da Câmara dos Deputados para discutir a proposta de realização de CPI sobre aborto. A seguir, Conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, considerando que a Política de Saúde da População LGBT está em fase final de elaboração e que o Pleno aprovou a constituição da Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis, apresentou minuta Resolução com a composição da referida Comissão: I – Coordenação – Liga Brasileira de Lésbicas – LBL; II – Coordenação Adjunta – Movimento Nacional de Luta Contra a AIDS; III – Titulares: a) um representante da Associação Brasileira de Gays – ABragay; b) um representante da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis – ABGLT; c) um representante da Rede Nacional de Negros e Negras LGBT – Rede Afro LGBT; d) um representante da população do campo; e) um representante da população da floresta; f) um representante da população negra; g) um representante do Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SEGEP/MS; h) um representante do Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS; i) um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; j) um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. IV – Suplentes: a) um representante da Articulação Nacional de Travestis – ANTRA; b) um representante da Articulação Brasileira de Lésbicas – ABL; c) um representante do Coletivo Nacional de Transexuais – CNT; d) um representante a indicar; e) um representante a indicar; f) um representante a indicar; g) um representante do Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SEGEP/MS; h) um representante do Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS; i) um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; j) um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Foram apresentadas as seguintes sugestões: incluir representantes para diversificar a Comissão; incluir representantes do Conselho Federal de Serviço Social, Federação Nacional de Assistência Social e Federação Nacional dos Psicólogos. Foi feito questionamento sobre em que categoria do art. 13 da Lei nº. 8.080/90 se enquadra a Comissão, a fim de que não haja contestações futuras. Em resposta, recordou-se que o Pleno aprovou a criação da Comissão e faltava apenas aprovar a composição. Sobre esse aspecto, foi esclarecido que o art. 13 possibilita a criação de comissões, além das atividades descritas nesse artigo (“A articulação das políticas e programas a cargo das comissões intersetoriais abrangerá, em especial, as seguintes atividades”). **Após considerações, a composição da Comissão foi aprovada por unanimidade. Acordou-se que no período da tarde, seria definido encaminhamento a respeito das**

1399 **indicações de nomes.** Iniciando os trabalhos do período da tarde, Conselheiro **José Marcos de**
1400 **Oliveira** disse que a Federação Brasileira de Hemofilia solicitou apoio à luta contra a demora na entrega
1401 de medicamentos. Além disso, solicitou pautar debate sobre: autorização às Santas Casas para gestão
1402 dos seus planos de saúde; Política de Sangue e Hemoderivado e HEMOBRÁS; e emendas
1403 parlamentares. Por fim, propôs que a SE/CNS encaminhasse ofício ao Ministro da Saúde solicitando
1404 informações sobre a solicitação de extensão do prazo da consulta pública sobre transplantes.
1405 Conselheiro **Luiz Antônio Neves** informou que o CEBES protestou contra a premiação do Jornal o
1406 Globo pela reportagem do próprio jornal sobre saúde mental. A reportagem diz que com a nova Política
1407 de Saúde Mental estão morrendo mais doentes mentais do que antes dessa legislação. Além disso,
1408 solicitou reflexão e contribuições ao Manifesto do CEBES sobre "os 20 anos do SUS – celebrar o
1409 conquistado e repudiar o inaceitável". O Presidente do CNS informou que irá redigir documento sobre os
1410 20 anos do SUS para distribuí-lo no debate de conjuntura e servir de subsídio para discussão nacional
1411 sobre os rumos do Sistema. Conselheira **Jurema Werneck** falou da sua participação, representando o
1412 CNS, no fórum de parto normal, promovido pelo CFM e pela ANS e comunicou que colocou as
1413 comissões do CNS à disposição para contribuir no debate da realização indiscriminada de cesáreas no
1414 Brasil. Disse ainda que, de 1 a 4 de dezembro, em Bogotá, foi realizada oficina, promovida pela OPAS e
1415 outras entidades, para discutir mecanismos de unificação da coleta de dados vitais nas Américas e no
1416 Caribe com recorte racial étnico, especialmente voltado às populações negras, indígenas, ciganas. Disse
1417 que foi apontada como desafio para o Brasil a qualificação dos dados coletados. Conselheira **Carmen**
1418 **Lúcia Luiz** informou a sua participação, representando o CNS, no Fórum Interprofissional de
1419 Implementação do Aborto Permitido por Lei e do 3º Congresso Mundial de Enfrentamento da Violência e
1420 Exploração Sexual Infanto-juvenil. Conselheiro **Eni Carajá Filho** informou a sua participação nas
1421 seguintes atividades: plenárias estaduais de saúde; e congresso do SINDSPREV, no Maranhão. Disse
1422 que participaria, junto com a Conselheira Eufrásia Cadorin, da Oficina de Educação Permanente para o
1423 Controle Social no SUS, promovida pelo CES/RO, em Rondônia. Também registrou o convite do
1424 CES/AM para posse dos conselheiros de saúde de Manaus. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
1425 informou que o jornal do Rio Grande do Norte publicou os seguintes dados sobre a execução
1426 orçamentária local: R\$ 38 milhões com saúde e educação e R\$ 51 milhões com serviços terceirizados.
1427 Disse que o debate da saúde deve ser feito na ótica de que o Estado brasileiro está privatizado por
1428 grupos organizados para conseguir avançar. Em relação às pendências, informou que aguardava a
1429 presença de um representante do Ministério Saúde para ir ao Gabinete do Ministro da Saúde. Sobre a
1430 Comissão Organizadora da 1ª Conferência de Saúde e Meio Ambiente, reiterou que deveriam ser
1431 indicados oito nomes, paritariamente. Lembrou que houve consenso sobre a indicação dos nomes das
1432 Conselheiras **Raquel Rigotto** e **Dorothy Aparecida Martos**, sendo necessária a indicação de mais dois
1433 nomes. **Acordou-se que os interessados chegariam ao consenso sobre os dois nomes.** Em
1434 seguida, fez a leitura da recomendação que o CNS recomenda ao Ministério da Saúde a realização de
1435 campanha nacional de alerta sobre a obesidade, visando a redução dos riscos associados a ela e a
1436 prevenção das doenças crônico-degenerativa associadas tais como diabetes, hipertensão arterial,
1437 doenças cardiovasculares e obesidade mórbida, através da utilização de instrumentos acessíveis como a
1438 fita métrica. **Não havendo destaques, o texto foi aprovado por unanimidade. Além disso, acordou-**
1439 **se que o GT para discutir com a ENSP/FIOCRUZ a proposta de capacitação dos CEPs se reuniria**
1440 **em dezembro/2008.** Em seguida, Conselheiro **Valdenir França** informou que teria que se ausentar para
1441 reunião da Comissão de Políticas Indigenistas. Feito esse registro, procedeu-se ao item 10 da pauta.
ITEM 10 – MEDIDA PROVISÓRIA N° 446 QUE DISPÕE SOBRE A CERTIFICAÇÃO DAS ENTIDADES
1443 **BENEFICENTES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, REGULA OS PROCEDIMENTOS DE ISENÇÃO DE**
1444 **CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURIDADE SOCIAL, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. E PROJETO DE**
1445 **LEI 3.021 - DISPÕE SOBRE A CERTIFICAÇÃO DAS ENTIDADES BENEFICENTES DE ASSISTÊNCIA**
1446 **SOCIAL, REGULA OS PROCEDIMENTOS DE ISENÇÃO DE CONTRIBUIÇÕES PARA A**
1447 **SEGURIDADE SOCIAL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS –** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da
1448 Mesa Diretora do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou para compor a mesa a
1449 Conselheira do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, **Edna Aparecida Alegro**. A expositora,
1450 primeiro, contextualizou o debate sobre certificação. Explicou que há vários anos o CNAS tem pautado a
1451 discussão sobre o Modelo de Certificação. Disse que esse modelo está em vigor desde 1993, sendo
1452 modelo extremamente burocrático e incompatível com a atualidade, onde não era premissa a eficiência
1453 da prestação dos serviços. Nesse contexto, destacou que foi pensado o Projeto de Lei nº 3.021/2008,
1454 que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula os
1455 procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social e dá outras providências. Expôs
1456 que a proposta apresenta as seguintes inovações: a competência de cada órgão será reorganizada e
1457 racionalizada (MS, MEC, MDS) – dividir a competência para a certificação por área; certificação
1458 concedida às entidades que seguirem princípios e diretrizes das políticas públicas de saúde, educação e
1459 assistência social; e as entidades devem ser reconhecidas como parceiras e devem prestar serviços

complementares às referidas políticas. Em síntese, disse que os critérios são: Saúde – 60% de atendimento ao SUS; Educação – concessão de bolsas de estudo; e Assistência Social – vinculação ao SUAS. Detalhou que na Concessão do Certificado: não será mais feita a apreciação apenas de documentos jurídico - contábeis do último triênio; apreciação da atuação da entidade com base nos últimos doze meses; renovação não precisa gerar processo cartorial - Ministérios podem ter mecanismos de verificação da manutenção dos requisitos – agilização na concessão e renovação; previsão de monitoramento das entidades vinculadas às políticas – prestação de serviços de qualidade. Acrescentou que a certificação é vista como atividade de gestão (órgão executivo) e não do controle social (conselhos). Dessa forma, a proposta resgata o papel dos conselhos de fiscalizador das políticas públicas e dos serviços prestados, bem como dos valores da isenção das contribuições à Seguridade Social. No mais, destacou que as entidades podem usufruir de imediato da isenção, a partir da certificação, não necessitando mais solicitar às Delegacias Regionais da Receita Federal. Detalhou que a proposta revoga os incisos III e IV do art. 18 da Lei Orgânica da Assistência Social (registro e certificado) e a certificação será regulamentada por cada um dos Ministérios (MS, MEC e MDS). Por outro lado, explicou que tanto o Certificado quanto a isenção podem ser cancelados a qualquer tempo, desde que constatado o descumprimento da lei. Os Ministérios fiscalizam as questões relativas à certificação e os serviços prestados e a Secretaria da Receita Federal do Brasil as relacionadas à isenção. Nesse ponto, destacou que se discute o termo mais apropriado: isenções e imunidade. Colocou o entendimento de que o termo isenção, utilizado no texto legal, não é o mais apropriado. Contudo, é o termo utilizado na legislação que trata da isenção. Explicou que o termo mais apropriado seria imunidade. Para melhor entendimento, detalhou que imunidade é uma limitação à competência de cada uma das entidades da federação para instituir e cobrar tributos. Como a competência das entidades federadas é constitucional, a limitação a essa competência somente poderia ser disciplinada no próprio texto da Constituição. Ou seja, em relação às matérias e pessoas abrangidas pelos dispositivos constitucionais que estabelecem imunidades, as entidades da federação (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) não possuem competência para instituir e cobrar tributos. Por outro lado, isenção é uma liberalidade fiscal disciplinada por lei ordinária, editada pelos entes federados, após serem observados critérios de conveniência e oportunidade. Ou seja, a unidade federada possui competência para instituir e cobrar o tributo. Voluntariamente avoca desse direito, mas não da competência. Tanto que a imunidade pode posteriormente ser revogada por outra lei. Detalhou que o Supremo Tribunal Federal sedimentou o entendimento de que o artigo 195 do § 7º da CF institui uma imunidade condicionada à observância de determinados requisitos. No caso específico, essa imunidade foi instituída como consequência de uma parceria constitucional, estabelecida entre o Estado e a Sociedade. Portanto, não teria sentido cobrar contribuição social de entidades que prestam serviços em colaboração com o próprio Estado. Acrescentou que a Lei nº 8.212/91, por seu artigo 55, ao regulamentar o artigo 195 § 7º da CF, estabeleceu os requisitos para o gozo dessa imunidade, dentre os quais, o certificado de entidade beneficiante. Continuando, ressaltou que, além do PL 3.021/2008, foram apresentados os seguintes dispositivos que tratam da matéria: MP 446/2008, PL 462/2008 e PL substitutivo do Relator do PL 3.021. Quanto à validade da concessão, detalhou: de 1 a 3 anos – PL 3.021/2008, MP 446/2008, e PL 462/2008; e 1 a 5 anos - PL substitutivo do Relator do PL 3.021, na Comissão de Educação e Cultura – Deputado Gastão Vieira. Explicou que a definição do prazo é de responsabilidade do Ministério afim. No que se refere à competência da certificação, explicou que os processos em tramitação (passivo) são divididos pelos Ministérios de acordo com as áreas de atuação, portanto, saem do CNAS. Na MP 446/2008, publicada no DOU em 10 de novembro de 2008, o passivo relativo à renovação é deferido automaticamente e os questionamentos de julgamentos são arquivados. Em seguida, é feita a distribuição dos pedidos de concessão originária. Nos PLS, o passivo de renovação é deferido, mas deverá ser julgado pelos Ministérios até 12/2009. Explicou que o maior número de processos é da assistência social. No caso das entidades “mistas”, disse que é preciso criar CNPJ por área de atuação. Nesse sentido, colocou, para reflexão, se esse procedimento é realmente necessário. Salientou que, mesmo atuando em mais de uma área, a entidade têm uma área principal (específica) de atuação. Existe uma área fundamental de sua atuação e essa justifica sua existência e determina a sua continuidade. Pontuou as consequências imediatas das mudanças que se aplicam a todas as entidades: **1)** diminuição do lapso temporal na análise e no julgamento dos pedidos de concessão, renovação e/ou recursos (atualmente pode chegar a mais de 5 anos, seja no CNAS e/ou no MPS); **2)** reconhecimento das entidades como parceiras efetivas das políticas públicas de assistência social, saúde e educação; **3)** estabelecimento de critérios claros e objetivos para a certificação bem como para a isenção das contribuições sociais; **4)** Desburocratização nas demonstrações e prestações de contas pelas entidades. Na área da Assistência Social, listou que as consequências são as seguintes: **1)** fortalecimento da política de assistência social pactuada nacionalmente, com organização participativa e descentralizada e em parceria com a sociedade civil; **2)** consolidação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com ações voltadas para o fortalecimento do núcleo familiar; **3)** acesso universalizado a

serviços, programas e benefícios definidos; **4)** as ações e iniciativas deixam o campo do voluntarismo (benesse/ favor) e passam a ser efetivamente um direito do cidadão à assistência social; e **5)** critérios e procedimentos transparentes. Pontuou que é objetivo comum (governo e sociedade civil): Impessoalidade na distribuição de recursos públicos – diretos e indiretos; Legalidade – definição dos critérios; Moralidade – controle social; Eficiência – resultado obtido; Motivação ou finalidade – parceria na efetivação do acesso ao direito a todos os cidadãos; e Interesse público – direito do cidadão e controle da gestão e uso do dinheiro público. Para reflexão, colocou que, ao apresentar um projeto de lei para disciplinar um setor tão importante, o governo reafirma seu compromisso com a democracia, pois permite a contribuição de todos visando o aprimoramento do projeto. Recordou que o assunto era regulado exclusivamente por ato do Poder Executivo (Decreto 2.536), seguindo os parâmetros constitucionais e da LOAS. Agora já há uma Medida Provisória, um Projeto de Lei, um substitutivo e 1 PLS sobre o mesmo tema. Listou, para conhecimento, momentos públicos de discussão do PL 3.021/08: Audiência Pública na Câmara dos Deputados, ocorrida em 03/04/2008, promovida pela Comissão de Seguridade Social e Família; Audiência Pública na Câmara dos Deputados, ocorrida em 09/04/2008, promovida pela Comissão de Fiscalização e Controle para discutir a ‘Operação Fariseu’; Seminário Nacional: “O Terceiro Setor no Brasil”, ocorrido em 22/04/2008, promovido pela Frente Parlamentar em Defesa da Assistência Social; Audiência Pública na Câmara dos Deputados, ocorrida em 17/06/2008, promovida pelas Comissões de Educação e de Seguridade Social e Família; Diversas reuniões e audiências públicas promovidas em vários Estados; Diversas reuniões em todas as Unidades da Federação; e Discussão sobre o tema em várias reuniões plenárias do CNAS. Por fim, citou os seguintes números oficiais do CNAS: 960 de Concessão Originária, sendo: 61 já encaminhados ao Ministério do MDS; 143 já encaminhados ao MEC; 62 já encaminhados ao MS; 287 concluindo despacho para encaminhamento; e 407 em verificação. Acrescentou: Renovação de Certificado sem julgamento – 7.250 processos (que devem ser deferidos em função da MP 446); Representação sem julgamento - 420 processos que serão arquivados sem julgamento de mérito; Reconsideração em pedidos de renovação - 520 processos que serão arquivados sem julgamento de mérito. Quanto aos recursos interpostos por entidades junto ao Ministro de Estado da Previdência Social, os pedidos de renovação que foram indeferidos pelo CNAS ficam deferidos. No caso dos recursos interpostos pelo Poder Executivo (INSS/SRP/SRF/RFB); ficam extintos, sem julgamento de mérito. **Manifestações:** Conselheira **Cândida Carvalheira** fez os seguintes questionamentos: Como fica o perfil da entidade, sem fins lucrativos, que não recebe recurso do SUS? É válido o registro na esfera municipal para certificação? Qual a repercussão desse processo em entidades pequenas que precisam do certificado? Conselheira **Silvia Casagrande** colocou que um dos critérios para certificação é que as entidades sigam os princípios e diretrizes da política pública. Considerando que algumas não seguem, quis saber como é feita essa verificação. Ressaltou ainda que nas convenções coletivas não é admitido nem mesmo a inclusão das Diretrizes do PCCS. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** perguntou se é preciso certificado para participar do CNAS. Conselheiro **Eni Carajá** manifestou a sua preocupação com essa proposta, por entender que trará futuros problemas para o país. Assim, defendeu a retirada da proposta para discutir com a sociedade o melhor modelo. Conselheiro **Crescêncio Antunes** lembrou que o país já foi bastante benevolente com concessão de renúncia fiscal em nome da filantropia. Exemplificou que a Golden Cross possuía certificado de entidade beneficiante e, portanto, possuía isenção de pagamento de tributos. Desse modo, ressaltou que é preciso ter critérios para esse registro. **Retorno da mesa:** a conselheira do CNAS, **Edna Aparecida Alegro**, pontuou os seguintes aspectos na sua fala: também tem dúvidas, mas a certeza é que necessite mudar a forma como estava; é preciso fazer uma análise real das solicitações e não subjetiva; é preciso discutir o papel do controle social nesse processo de certificação; as entidades sérias continuarão a ser certificadas; as “pequenas” entidades de assistência social estão contempladas no PL; o registro não existe mais no CNAS, somente a inscrição no conselho municipal de assistência social (são inscritas somente as entidades de assistência social); apesar de não terem sido abordados, o PL e a MP tratam dos requisitos para cada área; a assistência social, depois de muito esforço, conseguiu a NOB/SUAS/RH; participação no CNAS – social civil (três de entidades de assistência social, três representantes dos trabalhadores da área da assistência e três conselheiros representantes dos usuários) - as entidades da sociedade civil devem ser eleitas e, para participar da eleição, as entidades devem ser de âmbito nacional e certificadas; é preciso movimentação para que o controle social atue, mas é preciso discutir o que é controle social; e a informação é que a MP nº 446 continua em vigor, portanto, trabalha-se com esse indicativo. **Como encaminhamento, acordou-se que: o CNS fará o acompanhamento desse processo no Ministério da Saúde. Para tanto, será enviado ofício ao Gabinete do Ministro da Saúde solicitando informações sobre os procedimentos a respeito dos 62 processos encaminhados a esse Ministério.** Definido esse ponto, a mesa procedeu ao encaminhamento das pendências. Primeiro, apresentou a proposta de moção de apoio à homologação contínua da terra indígena Raposa Serra do Sol, localizada em Roraima, a fim de garantir e fortalecer o direito à saúde e a terra dessa população. **Não havendo destaques, a moção foi aprovada. Sobre a**

1582 **Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis,**
1583 **acordou-se que os pleitos serão encaminhados a SE/CNS para definição de titular e suplente**
1584 **(manifestaram interesse em participar: Conselho Federal de Serviço Social, Federação Nacional**
1585 **de Assistência Social e Federação Nacional dos Psicólogos). A respeito da Comissão**
1586 **Organizadora da 1ª Conferência Nacional de Saúde e Meio Ambiente, foram feitas as seguintes**
1587 **indicações dos trabalhadores: Conselheira Eufrásia Cadorin; e Conselheiro Alceu Pimentel.** Sobre
1588 a representação dos usuários, Conselheiro José Marcos de Oliveira informou que manifestaram
1589 interesse: CONAM, CONTAG e povos indígenas. Além disso, considerando que as conselheiras Raquel
1590 Rigotto e Dorothy Aparecida Martos representam o mesmo segmento no CNS, sugeriu que fosse
1591 escolhido o nome de uma delas, a fim de contemplar as três entidades interessadas. Conselheiro
1592 **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu que houvesse acordo para ampliar a participação, garantindo a
1593 presença de todos os interessados. **Como encaminhamento, o Pleno aprovou, com a abstenção do**
1594 **Conselheiro Ronald dos Santos, as seguintes indicações: um representante da CONAM, um da**
1595 **CONTAG, um dos povos indígenas; e Conselheira Raquel Rigotto como titular, na sua ausência a**
1596 **conselheira Dorothy Aparecida Martos a representará.** Em seguida, Conselheira Graciara Matos de
1597 Azevedo retomou a discussão sobre a Universidade Federal de São João Del Rei/Divinópolis/MG, em
1598 virtude da visita da vice-reitora ao CNS. Informou que a vice-reitora entregou documentação contendo:
1599 detalhamento das ações adotadas pela reitoria para sanear os problemas, recurso da Universidade e
1600 documento dos alunos de medicina informando a suspensão da greve. Diante desses novos fatos,
1601 solicitou que o CNS reconsiderasse a sua decisão. Conselheiro **Alceu Pimentel** fez uma fala para defender
1602 a decisão do Pleno e propor a constituição de GT para verificar as medidas adotadas *in loco*. **Como**
1603 **encaminhamento, o Pleno decidiu manter a decisão. Diante de novos fatos, foi constituído GT**
1604 **para visitar a IES e verificar as medidas adotadas *in loco*.** Após a visita, o assunto retornará ao
1605 **CNS.** **Indicações:** Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt, Conselheiro Alceu Pimentel, Conselheira
1606 Marisa Fúria, Tarcísio, Conselheira Maria Helena Machado e CES/MG. Conselheira Silvia
1607 Casagrande sugeriu concluir a avaliação das atividades do CNS em 2008 na reunião ordinária de
1608 fevereiro de 2009 e definir prioridades para 2009. **Como encaminhamento, acordou-se que a Mesa**
1609 **Diretora fará levantamento das pendências e apontará prioridades. A Comissão de Educação**
1610 **Permanente para o Controle Social no SUS fará a sistematização das avaliações das atividades**
1611 **das demais comissões do CNS. A respeito da Conferência de Segurança Pública, acordou-se que**
1612 **as informações sobre a mesma serão disponibilizadas às entidades que compõem o CNS. Em**
1613 **seguida, será elaborado documento do CNS a ser enviado aos conselhos de saúde para que as**
1614 **entidades se envolvam politicamente na construção desse processo.** **ITEM 9 – INFORMES SOBRE**
1615 **O FÓRUM SOCIAL MUNDIAL DA SAÚDE** - Composição da mesa: Conselheiro Francisco Batista
1616 Júnior, Presidente do CNS; e Lúcia Maria Figueiredo, coordenadora da equipe técnica da SE/CNS. A
1617 coordenadora informou que a SE/CNS reservou sessenta vagas, sendo necessária a indicação de
1618 nomes. Contudo, está sendo enfrentada dificuldade com a hospedagem, pois não há local disponível. O
1619 Presidente do CNS pontuou as dificuldades de participação do CNS no Fórum Social Mundial da Saúde,
1620 pois, diferente de anos anteriores, não foi possível construir a participação do CNS junto com o Ministério
1621 da Saúde. Na sua avaliação, o Conselho cometeu um erro político. Conselheiro Crescêncio Antunes
1622 ponderou que o governo enfrenta dificuldades para custear as despesas com conselheiro. Conselheira
1623 Keyllaff de Miranda comprometeu-se a verificar a disponibilização de espaços para acomodação dos
1624 conselheiros e sugeriu que os demais conselheiros fizessem o mesmo. **Encaminhamento: os**
1625 **interessados poderão inscrever-se pelas suas entidades ou pelo Conselho, através da SE/CNS,**
1626 **mediante pagamento de taxa de inscrição. As despesas com passagem e hospedagem serão**
1627 **custeadas pelo Conselho.** Além disso, será discutido como se dará a participação do CNS nas
1628 **atividades.** Em seguida, Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos fez a leitura do poema de Castro
1629 Alves “O povo é o poder”. **ITEM 11 – INFORMES E INDICAÇÕES – 1)** Simpósio “Saúde: Direito
1630 Elementar, Universal, Integral e Equânime da Humanidade”- convida um conselheiro para participar da
1631 Arena: Ética em Saúde, dia 19 de dezembro de 2008, das 8h40 às 11h40, em Salvador/Bahia.
1632 **Indicações:** Conselheira Jurema Werneck, Conselheira Carmen Lúcia e Conselheiro Clóvis
1633 Boufleur (verificar qual dos indicados terá disponibilidade para participar do evento). **2)** Oficina
1634 sobre “Violência, Saúde Mental e Trabalho”- o DIESAT convida o conselheiro Arnaldo Marcolino para
1635 participar como palestrante da oficina que acontecerá durante o Fórum Social Mundial, de 27 de Janeiro
1636 a 2 de fevereiro de 2009, e a participar do III Fórum Social Mundial, nos dias 25 e 26 de janeiro, em
1637 Belém/Pará. **Aprovado.** **3)** Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde – convite aos
1638 Conselheiros Eufrásia Cadorin e Alexandre Magno para ministrarem a capacitação que será nos dias 18
1639 e 19 de fevereiro de 2009, em Marabá/PA. **Aprovado.** Nada mais tendo a tratar, Conselheiro Francisco
1640 Batista Júnior agradeceu a presença de todos, inclusive, dos internautas e encerrou a reunião.
1641 Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares:** Afonso Magalhães, Alceu José Peixoto
1642 Pimentel, Cândida Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Eufrásia Santos Cadorin, Francisco Batista

1643 Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Marcos de
1644 Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Luiz Antônio Neves, Luiz Antônio de Sá, Maria Goreti de Lima,
1645 Ronald Ferreira dos Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande, Valdenir
1646 Andrade França, Wilen Heil e Silva. *Suplentes:* Antônio Francisco da Silva, Eni Carajá Filho,
1647 Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Alves Vasconcelos, Juarez Pires de Sousa, Keillaff Maria Alves
1648 de Miranda, Juarez Pires de Souza, Maria do Socorro de Souza, Maria Laura Carvalho Bica, Marilia
1649 Ehl Barbosa, Sérgio Metzger, Silvia Vignola.