



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
4

5 ATA DA DUCENTÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO
6 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS
7

8 Aos nove e dez dias do mês de setembro de dois mil e nove, no Plenário do Conselho Nacional de
9 Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília,
10 Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Primeira Reunião Ordinária do CNS. O Presidente do CNS,
11 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, procedeu à abertura dos trabalhos com saudação aos
12 presentes e aos internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou a
13 pauta da reunião que foi aprovada sem destaques. Por decisão do Pleno, a 201ª Reunião Ordinária foi
14 dedicada à memória do Conselheiro Abdias José dos Santos, falecido no dia 31 de agosto de 2009.
15 Antes de iniciar os debates, o Plenário também fez um minuto de silêncio em homenagem póstuma ao
16 conselheiro. Como primeiro ponto da reunião, o Presidente do CNS submeteu à apreciação do Pleno
17 uma proposta de mobilização na Câmara dos Deputados em favor da regulamentação da EC nº 29 com
18 as seguintes atividades: mobilização com a Frente Parlamentar da Saúde - ato pela EC nº 29, no Salão
19 Verde da Câmara dos Deputados e diálogo com os líderes dos partidos da base de apoio do governo
20 (dia 9 de setembro, das 14h às 15h30); mobilização na Câmara dos Deputados nos dias 15 e 16 de
21 setembro (mobilizar os participantes da caravana em defesa do SUS do Distrito Federal); e Plenária
22 extraordinária de Conselhos de Saúde em defesa da regulamentação da EC nº. 29, no dia 23 de
23 setembro (o CONASEMS enviará ofício os secretários municipais para que viabilizem a vinda dos
24 conselheiros de saúde a Brasília). Destacou que essa agenda de mobilização foi discutida e acordada
25 com a Frente Parlamentar da Saúde, CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde. **Manifestações.**
26 Conselheiro **Luiz Antônio Neves** ponderou que a regulamentação da EC nº 29 e a criação da CSS
27 devem ser tratadas em separado, dada a dificuldade de aprovação da Contribuição. Conselheira
28 **Marisa Fúria** propôs que o CNS informe e convide outros conselhos (CONADE, CONANDA, Conselho
29 de Assistência Social entre outros) para participar dessa mobilização. Conselheira **Silvia Casagrande**
30 registrou que a Federação Nacional dos Enfermeiros, entidade que representa no CNS, é contrária à
31 criação da CSS, mas apoiou a deliberação do Pleno favorável a essa proposta. Desse modo, destacou
32 que é preciso referendar a proposta do Conselho sobre a matéria. Conselheiro **Afonso Magalhães**
33 concordou com a proposta de mobilizar as entidades para participar das atividades em defesa da
34 regulamentação da EC nº 29 e da criação da CSS. Também propôs a realização de uma marcha em
35 Brasília, com a participação do movimento social e sindical, prefeitos, secretários de saúde, entre
36 outros, em favor da EC nº 29 e da CSS. O Presidente do CNS reiterou que a agenda de mobilização foi
37 definida em acordo com CONASS e CONASEMS. Sobre a criação da Contribuição Social para a
38 Saúde, lembrou que o CNS discutiu a proposta e manifestou-se favorável. Portanto, a estratégia é a
39 defesa da aprovação da regulamentação da EC nº 29 e da CSS. **Deliberação: aprovada agenda de**
40 **atividades em prol da regulamentação da EC nº 29.** Continuando, o Presidente do CNS informou
41 que convidou o Presidente do SindSaúde de São Paulo para apresentar informe da situação do Estado.
42 Em síntese, disse que o governador de São Paulo aprovou um Projeto de Lei na Assembléia Legislativa
43 que autoriza a privatização da administração dos serviços hospitalares públicos, por meio de
44 Organizações Sociais e uma emenda que autoriza hospitais públicos a venderem até 25% dos seus
45 serviços. A esse respeito, acordou-se que, posteriormente, seria aberto espaço ao Presidente do
46 Sindicato para informe da situação. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 200ª REUNIÃO ORDINÁRIA**
47 **DO CNS** - Apresentação: Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. O Presidente do
48 CNS submeteu a ata da 200ª Reunião Ordinária à apreciação do Pleno. **Deliberação: a ata foi**
49 **aprovada com as contribuições das conselheiras Rosângela Santos e Maria Goretti e do**
50 **Conselheiro Fernando Luiz Eliotério. Uma abstenção.** Conselheira **Cândida Carvalheira** solicitou
51 que seja pautado debate no CNS sobre a Rede Sarah, dada a denúncia de falta de prestação de
52 serviços a pessoas que necessitam da Rede. **Deliberação: a Conselheira Cândida Carvalheira**
53 **formalizará o pedido de pauta à Mesa Diretora.** O Presidente do CNS destacou que é preciso pautar
54 debate sobre os serviços chamados de “excelência”, financiados pelo SUS e o sobre os quais o
55 Sistema não tem controle. Inversão de pauta até a chegada dos convidados para o segundo item. **ITEM**
56 **4 – COMISSÃO PERMANENTE DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – INDICAÇÃO: UMA VAGA DE**
57 **SUPLENTE - INFORMES E INDICAÇÕES. INFORMES –** A Secretaria-executiva do CNS, Rozângela

58 **Fernandes Camapum**, apresentou o seguinte informe a respeito do processo eleitoral do CNS:
59 Decreto Presidencial com prorrogação do mandato dos conselheiros – publicado em 9 de setembro de
60 2009; Resolução com o Regimento Eleitoral – assinada aguardando publicação; e comissão eleitoral –
61 aguarda publicação (expectativa: publicação ainda nesta semana). Comunicou ainda que a primeira
62 reunião da Comissão Eleitoral será convocada para o dia 14 de setembro. Por fim, disse que os
63 encaminhamentos estão de acordo com o calendário aprovado pelo CNS. **Deliberação: não houve.**
64 Nesse ponto, a apresentação do item 4 foi interrompida por conta da presença para os convidados para
65 o segundo item da pauta. **ITEM 2 – DISPOSIÇÕES ACERCA DA RECOMENDAÇÃO Nº**
66 **001/2009/PP/PRDF** - Coordenação: Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, coordenador da
67 COFIN/CNS; e Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora. Convidados: **Peterson de**
68 **Paula Pereira**, Procurador da República no DF; Professor **Elias Antônio Jorge**, Departamento de
69 Economia da Saúde/MS; e **Francisco Funcia**, assessor da COFIN. O primeiro a fazer uso da palavra
70 foi o Procurador da República no DF, **Peterson de Paula Pereira**, titular do 1º Ofício de Seguridade
71 Social e Educação. O procurador iniciou a sua fala explicando que a Procuradoria possui câmaras de
72 coordenação e em uma delas funciona um GT que debate a aplicação da EC nº. 29. Explicou que, após
73 aprofundar o debate acerca da aplicação dos recursos destinados a ações e serviços de saúde, por
74 parte da União, a Procuradoria expediu, no dia 28 de maio de 2009, a Recomendação nº.
75 001/2009/PP/PRDF. No documento, recomenda-se aos Ministros da Fazenda, do Planejamento,
76 Orçamento e Gestão e da Saúde que adotem medidas necessárias para suplementar às ações e
77 serviços públicos em saúde o valor de R\$ 5,48 bilhões (em decorrência do não cumprimento da EC nº.
78 29, por parte da União, nos últimos anos). Clarificou que a recomendação é um ato do Ministério
79 Público Federal que visa informar ao administrador a ocorrência em ilegalidade e a possibilidade de
80 ação judicial e ação de improbidade administrativa caso se constate ato desonesto da Administração
81 Pública. Disse que, caso não haja resposta definitiva por parte da União nos próximos vinte dias,
82 poderá ser impetrada ação civil pública para garantir a recomposição desses valores. Detalhou que
83 esse montante foi calculado a partir de quatro elementos: defasagem decorrente da consideração de
84 base fixa versus base móvel (em 2000 e 2001 o governo federal utilizou a base fixa ao invés do
85 exercício anterior); cômputo, em 2005, dos valores destinados ao Programa Bolsa Família como gastos
86 em ações e serviços públicos em saúde; contabilização dos gastos relativos ao Fundo de Combate e
87 Erradicação da Pobreza no cumprimento mínimo da EC nº 29; e Restos a Pagar. Continuando, o
88 Professor **Elias Jorge** fez uma explanação sobre o panorama dessa situação. Lembrou que se
89 estabeleceu no Plenário do CNS um processo de debate para regulamentação da EC nº 29 e o primeiro
90 tema tratado foi o PIB a ser considerado. Dentre as alternativas para definição do PIB de 2001, disse
91 que o CNS optou por considerar o PIB de 2000 (que não era conhecido) sobre o 1999 (que era
92 conhecido). Contudo, em 2001, houve dois problemas que acarretam diferenças relativas à base.
93 Detalhou que o PIB de 2000 sobre 1999 gerou variação de 13% e o de 2001 sobre 2000 a variação de
94 9%. Diante dessas duas possibilidades, a área econômica defendeu o PIB com previsão menor. Além
95 disso, destacou que o Ministério da Saúde aplicou, em 2000, R\$ 1,080 bilhão acima do previsto pela
96 correção de 5% e esse valor deveria ter sido incorporado à base para calcular os valores seguintes.
97 Explicou que o Ministério da Saúde elaborou parecer demonstrando a inviabilidade de uma base fixa e,
98 de outro lado, a Procuradoria da Fazenda Nacional apresentou parecer defendendo essa base. Diante
99 desse conflito, a Advocacia Geral da União foi provocada a manifestar-se e, em resposta, optou pela
100 base fixa. Com isso, os Ministérios da Fazenda e do Planejamento passaram a fomentar o orçamento
101 do Ministério da Saúde com base no parecer da Fazenda Nacional ratificado pelo parecer da Advocacia
102 Geral da União. Em face dessa situação, disse que vários parlamentares impetraram com ação no
103 Supremo Tribunal Federal contra o parecer da Advocacia Geral da União e, na iminência da
104 manifestação do Supremo, a AGU retirou o caráter normativo do parecer. Com isso, o STF não pôde
105 mais se manifestar. Em que pese esse recuo, frisou que já se observava prejuízo para o SUS, pois três
106 orçamentos da saúde já apresentavam defasagem. Disse que, simultaneamente a esse processo, a
107 Comissão de Seguridade Social e Família entrou com pedido de informação ao Tribunal de Contas da
108 União que gerou a recomendação nº 143/2002 onde se acata a posição expressa na Resolução do
109 CNS nº 316 – base móvel e variação do PIB a ser contabilizada. Explicou que o Ministério da Saúde
110 publicou a Portaria nº. 2.047, que dispõe sobre o disposto na Resolução nº. 316, exceto a parte relativa
111 à União. Explicou que, antes da definição da variação nominal do PIB, representou o CNS na
112 negociação da EC nº 29 e propôs a inclusão da palavra “nominal” à proposta da Fazenda de variação
113 do PIB. Continuando, enfocou a questão dos Restos a Pagar, explicando que a Comissão começou a
114 alertar o Conselho para essa questão quando totalizavam R\$ 700 milhões (atualmente, os Restos a
115 Pagar totalizam R\$ 7 bilhões). Frisou que a preocupação acerca dos Restos a Pagar refere-se ao risco
116 de cancelamento. Em relação aos demais pontos da recomendação da Procuradoria, explicou que os
117 levantamentos da câmara técnica do SIOPS apontam montante superior a R\$ 1,2 bilhão relativo a 2005
118 e que os gastos com assistência médica a servidores não poderiam ser contabilizados como ações e

119 serviços públicos em saúde. Por fim, explicou que a LDO proíbe que o dinheiro do Fundo de
120 Erradicação da Pobreza seja contabilizado para a cobertura do mínimo obrigatório. Explicou que nesse
121 momento de crise de financiamento da saúde é preciso que o CNS debata o impasse na
122 regulamentação da EC nº 29. Destacou que o CNS, por uma iniciativa do então coordenador do
123 Conselho, Dr. Nelson Rodrigues, promoveu amplo debate e elaborou proposta de regulamentação da
124 EC nº. que serviu de base para apresentação do PL nº. 01/2003, do Deputado Roberto Gouveia. Disse
125 que esse projeto foi amplamente discutido, inclusive na 8ª Conferência Nacional de Saúde e a proposta
126 final foi variação nominal do PIB e parte de recursos da CPMF (2008 a 2011). Lembrou que essa
127 proposta foi aprovada na Câmara e encaminhada ao Senado que, na mesma época, possuía duas
128 propostas: a do Senador Tião Viana e a do Senador Marconi Perillo. Contudo, no final de 2007, a
129 CPMF foi revogada e a DRU prorrogada. Em que pese essa decisão, destacou que a CPMF continua
130 sendo arrecadada, pois está presente na planilha de custos dos preços e dos serviços. Contudo, a
131 apropriação do recurso não é mais pública e sim privada. Detalhou que a revogação da CPMF
132 prejudicou o projeto do Deputado Roberto Gouveia e, por essa razão, a proposta não avançou na
133 Câmara dos Deputados. Em sendo assim, explicou que está em tramitação o projeto do Senador Tião
134 Viana (o Senado Federal debateu a procedência dos projetos e optou pelo projeto do Senador Tião
135 Viana). Detalhou que o Senado não tomou conhecimento do projeto da Câmara dos Deputados e
136 elaborou novo projeto que foi enviado à Câmara. Esta Casa, por sua vez, elaborou novo projeto
137 (substitutivo do Deputado Pepe Vargas), propondo a criação da CSS com a alíquota de 0,10%. Isso
138 posto, destacou que há um impasse entre as duas casas legislativas e é preciso vencê-lo. Enfatizou
139 que é preciso ampla articulação da sociedade civil no sentido de intervir para desbloquear os canais de
140 comunicação nas duas Casas. Finalizando, disse que o projeto de regulamentação da EC nº 29 possui
141 dois parágrafos preocupantes que precisam ser rejeitados pelo Senado Federal, um ampliando o prazo
142 (mais quatro anos) para que os estados apliquem os 12% e outro propondo a retirada de recursos do
143 FUNDEB antes de aplicar o percentual da saúde. **Manifestações.** Conselheiro **Volmir Raimondi**
144 cumprimentou o Professor Elias pela clareza da apresentação e perguntou onde e como os usuários do
145 SUS podem atuar para evitar, por exemplo, as manobras contábeis para retirar recursos da saúde.
146 Conselheiro **Luiz Antônio Neves** saudou os expositores pela apresentação e colocou, na avaliação do
147 CEBES, que falta decisão política sobre a aplicação de recursos. Nesse sentido, é preciso lutar para
148 resolver essa questão. Também fez as seguintes perguntas: É possível aprovar a EC nº 29 sem a
149 CSS? Qual a melhor estratégia de atuação do CNS para garantir a aprovação da regulamentação da
150 EC nº 29? Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** manifestou satisfação com a composição da mesa
151 e pontuou que existe uma disputa de projetos de Brasil e, nesse processo, é preciso identificar a quem
152 vai servir os fundos públicos. Enfatizou que o movimento social deve realizar mobilização no Congresso
153 Nacional para sensibilizar os parlamentares sobre a necessidade de aprovação da proposta de
154 regulamentação da EC nº 29. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** ponderou sobre a possibilidade de
155 um termo de ajuste de conduta para recomposição de valores, por parte da União, ao invés de uma
156 Ação Civil Pública. Também salientou que o CNS precisa debater que Sistema se deseja e como
157 financiá-lo. Finalizando, lançou, para reflexão, o seguinte questionamento: que conselheiro nacional
158 não é beneficiário de nenhum plano privado de saúde. Conselheiro **Sérgio Metzger** colocou a opinião
159 do ex-ministro Adib Jatene, em entrevista ao Jornal Folha de São Paulo, de que, mesmo com a
160 aprovação da CSS, o Ministro da Saúde necessitará de mais recursos, porque é necessário R\$ 50
161 bilhões para resolver o problema da saúde. Também perguntou se estratégia de mobilização do CNS
162 está correta e quais as prováveis saídas. Conselheira **Clair Castilhos** cumprimentou os componentes
163 da mesa e destacou que o processo político é dificultado, no caso do SUS, por conta do
164 subfinanciamento e do descumprimento da Lei nº 8.080/90 no que se refere ao PCCS. Perguntou se as
165 dificuldades enfrentadas acerca da regulamentação da EC nº 29 não refletem a posição contrária do
166 Banco Mundial a recurso vinculado. Também quis saber se não falta disposição política do governo em
167 enfrentar os embates internacionais junto ao capitalismo. Conselheira **Rosângela Santos** perguntou
168 que medidas podem ser adotadas em curto prazo para garantir a regulamentação da Emenda, tendo
169 em vista as eventuais dificuldades desse processo em 2010, por conta do processo eleitoral. Também
170 enfatizou que a pressão da sociedade civil é importante na valorização do SUS. Conselheiro **Clóvis**
171 **Boufleur** lembrou que o governo assumiu o compromisso de cumprir a Emenda a partir de 2003,
172 segundo o entendimento de que os valores relativos a anos anteriores é de responsabilidade da gestão
173 anterior. Contudo, essa não é a interpretação do Ministério Público. Pontuou que um eventual processo
174 judicial de decisão acerca da recomposição de recursos pode levar alguns anos, e pode não ser o atual
175 governo a pagar a conta. Avaliou que a falta de apelo popular em relação ao novo imposto (CSS)
176 justifica-se, em parte, pela falta de clareza dos benefícios dessa Contribuição para a população. Em
177 razão disso, enfatizou que é preciso definir estratégias para reverter a concepção negativa divulgada
178 pelos meios de comunicação acerca dessa Contribuição. Conselheira **Cândida Carvalheira** frisou que
179 é defensora ardorosa do SUS e possui plano privado de saúde porque não consegue o mínimo de

180 atendimento na rede de saúde pública do Rio de Janeiro. Também enfatizou que incomoda o fato de ter
181 que pagar um novo tributo sabendo que não haverá melhorias na saúde. Conselheiro **Arnaldo**
182 **Marcolino** reforçou que é preciso um esforço conjunto da igreja, dos sindicatos, das centrais sindicais,
183 das entidades e dos movimentos para politizar a sociedade sobre a importância da CSS para o SUS.
184 Também disse que é necessário refletir sobre a seguinte indagação: saúde é um bem público ou um
185 bem social? Conselheiro **Afonso Magalhães** destacou que os opositores à proposta da CSS estão
186 disseminando o discurso do impacto da carga tributária, quando, na verdade, o trabalhador não será
187 atingido. Disse que os movimentos social, sindical e popular devem fazer um movimento contrário com
188 ampla campanha política em prol da aprovação da regulamentação da EC nº 29 e da CSS dentro do
189 calendário do Congresso Nacional. **Retorno da mesa.** O Procurador da República no DF, **Peterson de**
190 **Paula Pereira**, fez breves comentários a respeito das intervenções do Pleno. Explicou que o Ministério
191 Público Federal, diante da escassez de opções, levantou a possibilidade de uma ação judicial para
192 recomposição de valores. Todavia, avaliou que a definição de um termo de ajustamento de conduta
193 para recomposição é uma opção interessante, mas que requer a adesão da outra parte. Destacou que
194 a proposta de reforma tributária é contrária à CSS, pois visa evitar as vinculações. Na sua visão, esse
195 fato revela a contradição da agenda política do país. Ressaltou que os defensores da privatização
196 adotam a estratégia de ataque à gestão, que é deficitária, para justificar esse processo e apresentam
197 instrumentos de gestão mais eficazes, o que ganha o apoio da opinião pública. Também informou que
198 auditorias do DENASUS apontaram que os Fundos Estaduais de Saúde apresentam superávit. Citou,
199 por exemplo, o caso do Distrito Federal que possui recursos do Fundo de Saúde aplicado no Banco
200 Regional de Brasília. Em face disso, lembrou que o governo local foi questionado sobre a não execução
201 das ações e serviços de saúde quando há recurso aplicado. Também frisou que o problema do SUS
202 não é apenas de subfinanciamento, mas também de gestão. Disse que o Ministério Público Federal
203 dará encaminhamento à recomendação nos próximos dias e comprometeu-se a discutir a melhorar
204 estratégia. Finalizou destacando que as preocupações do Ministério Público Federal associam-se às
205 preocupações da sociedade civil, em especial do CNS. O Professor **Elias Jorge** iniciou a sua fala
206 manifestando o desejo de que o debate tivesse desdobramentos práticos. Em relação aos prazos,
207 destacou que 2010, por ser um ano eleitoral, é um dificultador, mas, por outro lado, representa um grau
208 maior de possibilidade de pressão da sociedade junto aos candidatos. Enfatizou que o comitê de
209 defesa de proteção do sistema de proteção social deve se manter vigilante, porque a proposta de
210 reforma tributária pode ser retomada a qualquer momento. Lembrou que Saúde e Educação são as
211 primeiras áreas a receber cortes, por conta do volume de recursos. Diante disso, frisou que é
212 importante garantir recurso vinculado para a saúde, entendendo que esta deve ser uma política de
213 Estado. Avaliou que a primeira medida de emergência é desbloquear a divergência no Congresso
214 Nacional, por conta da emenda que retira a base de cálculo da CSS. De tal modo, propôs que o CNS
215 inicie diálogo com os Senadores Marconi Perillo e Tião Viana, com vistas a desfazer os impasses.
216 Frisou ainda que o Senado Federal revogou a prorrogação da CPMF, mas aprovou a DRU que retira
217 recurso da seguridade social. Ressaltou que é preciso aprofundar o debate sobre o processo
218 civilizatório almejado para o país, inclusive que sistema de saúde se deseja. Pontuou ainda que não é
219 possível sustentar as políticas públicas sem arrecadação de recurso público, que ocorre por meio de
220 imposto ou de contribuição. Lembrou ainda que a proposta de CPMF surgiu no CNS, em dezembro de
221 1994 e visava garantir a implementação do benefício de prestação continuada para a assistência social,
222 resolver o problema dos aposentados e aportar recursos para a saúde. Frisou que a CPMF é a única
223 contribuição que possui padrão de equidade porque arrecadava dos que não pagavam nada e levava
224 para as três áreas da seguridade social. Além disso, destacou que a Contribuição facilita a fiscalização.
225 Também pontuou que a proposta de reforma tributária visa desvincular o que possui vinculação,
226 prevalecendo apenas a da previdência social. Disse que isso levaria à destruição do sistema de proteção
227 social, proposto pela CF/88. Ressaltou ainda que a CPMF continua sendo arrecadada, portanto, é
228 preciso repatriar a receita para os cofres públicos. Para reflexão, colocou a proposta de recriar a
229 Contribuição Social para a Saúde com a alíquota máxima de 0,30% e o valor acima 0,10% seria
230 repassado para estados e municípios, desde que comprovada a aplicação dos recursos em educação e
231 saúde. Enfatizou que há soluções técnicas, mas depende de um compromisso de mobilização e
232 articulação. Além disso, destacou que é preciso vacinar-se contra as contaminações ideológicas da
233 mídia: não se trata de criar um novo imposto, mas sim, repatriar recursos arrecadados da população
234 para os cofres públicos. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** sintetizou, a partir das falas, as seguintes
235 propostas: mobilizar a sociedade, envolvendo o Senado Federal e a Câmara dos Deputados; informar a
236 sociedade sobre a importância da CSS; e defender a proposta de criação da CSS com a alíquota de
237 0,30%. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez uso da palavra para lembrar que no início da sessão
238 foi aprovada uma agenda de atividades em prol da regulamentação da EC nº 29, pactuada com
239 Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. Também destacou a impossibilidade de discutir naquele
240 momento a proposta da alíquota de 0,30%, considerando, inclusive, que o Pleno já havia se

manifestado em favor do percentual de 0,1%. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que o CNS utilize a expressão “contribuição da saúde” para facilitar a compreensão da proposta. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu que o CNS aponte para reflexão a proposta de alíquota de 0,30% para a CSS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que o CNS definiu posição sobre o percentual, mas avaliou que, diante dos acontecimentos no Congresso Nacional, o Pleno poderia rediscutir essa questão. **Deliberação: o Pleno referendou a agenda de mobilização conjunta do CNS com o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS no Congresso Nacional em prol da aprovação da EC nº. 29.** Além disso, o CNS utilizará o termo Contribuição Social para a Saúde ao invés da sigla CSS. Finalizando, Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** agradeceu a presença dos convidados. Na seqüência, Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** fez uso da palavra para informar o Pleno sobre a Resolução do CNS nº 397. Lembrou que, após quinze meses da aprovação, o Ministro da Saúde assinou a Resolução e solicitou o prazo de sessenta dias para publicação do protocolo clínico da doença celíaca. Contudo, esse prazo já se encerrou e o protocolo não foi publicado. No mais, pontuou que o Protocolo contemplará apenas o diagnóstico, sem tratar do tratamento. Como encaminhamento, solicitou que o CNS apresente representação formal ao Ministério Público com vistas a garantir a publicação do Protocolo. Por fim, registrou a presença da representante do Ministério Público Federal, Mércia Beatriz Miranda. **Deliberação: o Pleno decidiu enviar ofício ao Gabinete do Ministério da Saúde solicitando informações sobre os motivos da não publicação do protocolo, considerando o encerramento do prazo solicitado para a publicação. A partir da resposta, o CNS dará os encaminhamentos devidos ainda na reunião.**

ITEM 3 – ACREDITAÇÃO DOS COMITÉS DE ÉTICA EM PESQUISA - Coordenação: Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS.

Apresentação: Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, Coordenadora da CONEP/CNS. A coordenadora da CONEP/CNS explicou que esse tema foi incluído na pauta em atendimento à reivindicação do Pleno do CNS de definição de um processo de qualificação da rede de Comitês de Ética em Pesquisa. Disse que o sistema CEP/CONEP, criado pela Resolução do CNS 196/96, possui atualmente credenciados 600 comitês de ética em pesquisa espalhados por todo o país, com concentração nas Regiões Sudeste e Sul. Explicou que, em 2007, com a aprovação da Resolução CNS nº 370, foram definidos novos requisitos para o credenciamento e o recredenciamento desses comitês, tendo o CNS afirmado nesta resolução que a avaliação do CEP poderá ser feita a qualquer tempo, a critério da CONEP. Além disso, foi determinado que, caso o CEP não atenda às condições de funcionamento, será dado um prazo de sessenta dias para que sejam tomadas as devidas providências e comunicação à CONEP. Acrescentou que a norma define ainda que, não havendo resposta ou não tendo sido possível o atendimento aos critérios de funcionamento, o registro do CEP será cancelado. Explicou que, passado um ano da homologação da Resolução, a CONEP verificou que os comitês possuíam dúvidas a respeito dos procedimentos operacionais e careciam de maior detalhamento sobre a conduta frente ao processo de avaliação qualitativa permanente. Salientou que, após os devidos esclarecimentos, a norma transita com total aceitação nacional e impediu a criação de Comitês em instituições que não são de pesquisa. Informou que, além disso, foi iniciado projeto piloto de verificação *in loco* da realidade de comitês. Disse que, mediante os resultados das visitas realizadas em 2008 e de outras constatações, a CONEP elaborou uma proposta de processo contínuo, aprofundado e permanente de qualificação da rede visando estabelecer, além dos critérios da Resolução nº 370, uma série de condições de verificação *in loco* e à distância que possam ser sinalizadores de situações problemas. Frisou que essa proposta visa estabelecer um processo de acreditação em que fique evidente os comitês que se destacam pela sua conduta e cuidado com os projetos analisados como um incentivo ao trabalho de comitês que buscam implementar a melhor prática de análise ética. Detalhou que a Proposta de Norma de Procedimentos para Avaliação de Comitês de Ética em Pesquisa dispõe sobre Avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP, credenciados pelo Sistema CEP/CONEP, considerando a Resolução do CNS 196/96 e o disposto nos itens III e III.1 da Res. CNS 370/07, e detalha os procedimentos a serem desenvolvidos para o estabelecimento de um padrão de avaliação capaz de promover o fortalecimento da atuação do Sistema CEP/CONEP. Enfocou que a proposta apresenta um Guia de Avaliação de Comitês de Ética em Pesquisa, contemplado os seguintes aspectos: Processo de primeiro credenciamento de Comitê de Ética em Pesquisa; Processo de primeiro recredenciamento de Comitê de Ética em Pesquisa; Das Inspeções locais; Dos itens de inspeção: Aspectos administrativos e operacionais do funcionamento do CEP, Aspectos qualitativos da ação do CEP na proteção de sujeitos de pesquisas, Aspectos do monitoramento das pesquisas aprovadas e Aspectos do relacionamento com o Sistema CEP/CONEP. **Manifestações.** Conselheira **Eline Jonas** cumprimentou a CONEP/CNS pela iniciativa e relatou a dificuldade da Universidade Católica de Goiânia na análise ética de projetos, por conta do desconhecimento da metodologia. Além disso, ressaltou que os pesquisadores não têm conhecimento das correspondências da CONEP. Destacou que o monitoramento é importante, mas no caso do Comitê da Universidade, destacou que é preciso atualizar a composição, assegurando-se o perfil dos integrantes de acordo com as recomendações da CONEP. Conselheiro **Clóvis Boufleur**

302 saudou a CONEP/CNS pela proposta e apresentou as seguintes sugestões ao Sistema de Avaliação e
303 Acompanhamento: disponibilizar senha aos Comitês para atualização de cadastro e postagem de
304 notícias; e incluir no sistema um conjunto de perguntas a serem preenchidas a cada renovação do
305 cadastro dos CEPs. Nesse processo de avaliação, destacou que as informações prestadas no sistema
306 seriam confirmadas na verificação *in loco*. Conselheira **Jurema Werneck** destacou que está em pauta
307 a democratização do debate das pesquisas com seres humanos no país. Nesse sentido, disse ser
308 fundamental reforçar no Guia de avaliação de Comitês de Ética em Pesquisa a interface com a
309 sociedade civil, inserindo questões que apontem a necessidade de garantir a democratização do
310 debate e a transparência da pesquisa científica com seres humanos. Ressaltou também que o CNS
311 deve dar visibilidade às questões da ética em pesquisa na sua página viando clarificar para a sociedade
312 a responsabilidade desse Conselho em opinar nas questões relativas a pesquisas com seres humanos.
313 Conselheiro **Luiz Augusto Facchini** chamou a atenção para a importância da proposta de formação e
314 manutenção dos CEPs e, para além desse processo, disse que é necessário capacitar os membros dos
315 CEPs. Avaliou que o CNS, por meio da CONEP, deve coordenar esse processo capacitação, com o
316 apoio de universidades públicas, centros de pesquisas. Por fim, enfatizou que é preciso dar maior
317 destaque ao link da CONEP na página do CNS. Conselheira **Rosângela Santos** falou sobre a
318 participação dos usuários nos CEPs e enfatizou a importância de considerar a avaliação dos relatórios
319 desse segmento que, muitas vezes, apresentam denúncias do ocorre nos Comitês. Disse que é preciso
320 avaliar a relevância das prioridades em pesquisa no Brasil, pois pesquisas irrelevantes são aprovadas
321 nos Comitês. Também defendeu a discussão da proposta de participação obrigatória de um conselheiro
322 de saúde, indicado pelo Conselho de Saúde local, em cada CEP para levar as demandas da sociedade
323 e acompanhar as discussões nesses espaços. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** propôs que o
324 formulário levante dados sobre a composição do CEP, de forma que os usuários representem de fato
325 esse segmento e a respeito da relação do Comitê com os conselhos de saúde e associação de
326 usuários, por exemplo. Também destacou que os conselheiros devem estar à disposição para
327 acompanhar as visitas *in loco* da CONEP aos CEPs. Conselheira **Noemy Tomita** cumprimentou a
328 coordenadora da CONEP pelo trabalho que, na sua visão, representa um avanço. Registrhou ainda que
329 a Comissão realizou trabalho de aproximação dos conselhos de saúde com as questões da ética em
330 pesquisa. Conselheira **Marisa Fúria** destacou que os conselheiros devem acompanhar a visita da
331 CONEP a Comitês nos seus estados. Conselheira **Keillaf Miranda** parabenizou a CONEP pela
332 iniciativa e falou da situação do conselho gestor do Hospital de Clínicas Gaspar Viana/PA. Explicou que
333 esse conselho gestor passa por reestruturação e falta aproximação com a política de saúde. Enfatizou
334 que é preciso envolver o controle social local e o nacional para aproximar as questões de saúde da
335 ética em pesquisa. **Retorno da mesa.** Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, Coordenadora da
336 CONEP/CNS, respondeu pontualmente as intervenções dos conselheiros. Explicou que, em 2008, o
337 Sistema CEP/CONEP realizou pesquisa com os CEPs para levantar as dificuldades enfrentadas na
338 análise de projetos nas áreas humanas e sociais. Como resultado, observou-se que as análises de
339 pesquisas nas áreas da filosofia, sociologia e outras ficam prejudicadas por conta da interpretação da
340 norma e não pela Resolução 196 que é voltada a pesquisas com seres humanos em todas as áreas e
341 não apenas na área da saúde. Diante disso, explicou que no curso de formação à distância, oferecido
342 pela FIOCRUZ, foram incluídos módulos de problematização da análise de projetos das áreas de
343 ciências sociais e humanas. Ressaltou que o processo para realização do curso está em tramitação e
344 falta apenas o empenho de recurso. Também informou que no III Encontro de CEPs, a realizar-se em
345 novembro de 2009, será lançada a Plataforma Brasil que substituirá o SISNEP. Detalhou que a
346 Plataforma possui um módulo público que tenta dar transparência ao que ocorre no âmbito do Sistema.
347 Explicou que é possível contemplar a proposta de atualização dos dados pelo Comitê de Ética,
348 mediante senha, bem como as informações cadastrais. Destacou que é preciso pautar a Resolução nº.
349 240 e sua revisão, no sentido de definir a representação dos usuários nos CEPs. Disse que a
350 Secretaria-Executiva do CNS pode verificar a questão da página do CNS no sentido de dar mais
351 destaque à CONEP. Ressaltou que a inclusão de conselheiros de saúde nas comissões de avaliação
352 seria ideal e concordou com o indicativo de acompanhamento do processo pelos conselheiros nos seus
353 estados. Agradeceu os cumprimentos ao trabalho da CONEP e manifestou sua satisfação com o
354 estabelecimento de canais de diálogos com o sistema CEP/CONEP. Explicou ainda que é possível
355 incluir na norma uma página para avaliação específica dos usuários, com indicativo aos comitês de
356 realização de relatoria dos usuários a cada seis meses a ser considerada no credenciamento. Finalizou
357 propondo o seguinte encaminhamento: definir o prazo de sete dias para envio de contribuições à
358 proposta de acreditação dos CEPs. **Deliberação:** definido o prazo de sete dias para envio de
359 contribuições à proposta de acreditação dos CEPs. As sugestões deverão ser encaminhadas à
360 Secretaria-Executiva do CNS que as enviará à CONEP para incorporação ao documento. Definido
361 esse ponto, a coordenadora da CONEP falou do Projeto Praça 11, realizado no Rio de Janeiro, com
362 uma população de pessoas que vivem com HIV e tuberculose. Lembrou que trouxe ao CNS a denúncia

363 da possibilidade de descontinuidade do projeto por falta de verbas, o que acarretaria prejuízos aos
364 usuários da pesquisa. Recordou que, na oportunidade, o Pleno deliberou pela suspensão da análise de
365 novos projetos de pesquisa até o esclarecimento da real possibilidade de o centro continuar com
366 pesquisas. E, além disso, foi encaminhada uma correspondência ao Ministério Público Estadual no
367 sentido de salvaguardar os direitos dos sujeitos de pesquisa e uma solicitação ao CEP que se
368 mantivesse próximo aos sujeitos de pesquisa. Reiterou que o Pleno indicou, caso fosse necessário,
369 uma inspeção futura. Disse que, nesse período, a CONEP recebeu correspondências sobre a situação,
370 dentre elas, a do pesquisador do Praça 11 onde é solicitada reunião com representantes do CEP,
371 CONEP e do Projeto com o objetivo de esclarecer o adequado acompanhamento dos voluntários de
372 pesquisa. Em sendo assim, submeteu à apreciação do Pleno a proposta de uma visita *in loco* da
373 CONEP à UERJ com a participação de outros conselheiros para tratar do assunto. **Deliberação:**
374 **aprovada visita *in loco* da CONEP, com a participação de conselheiros, à UERJ para dialogar**
375 **com os pesquisadores responsáveis pelo Projeto Praça 11. A data da visita será definida**
376 **posteriormente. Foram indicados os seguintes conselheiros que residem no Rio de Janeiro:**
377 **Artur Custódio, Jurema Werneck, Rosângela Santos e Denise Torreão.** Segundo, a coordenadora
378 da CONEP discorreu sobre uma denúncia em relação à cirurgia de interposição ilial, realizada inclusive
379 pelo apresentador Fausto Silva. Explicou que o apresentador, no seu programa de televisão, informou
380 que se submeteu à cirurgia de interposição ilial e declarou que se tratava de um procedimento
381 experimental. Disse que, a partir dessa declaração, a imprensa procurou a CONEP para saber se o
382 referido procedimento era de fato experimental e, nessa condição, se havia sido analisado por um
383 Comitê de Ética em Pesquisa. Concomitante a essa consulta, relatou que a Comissão recebeu, por
384 meio eletrônico, um pedido de informação de uma possível paciente para esta cirurgia sobre o caráter
385 experimental (ou não) desse procedimento. Explicou que a CONEP, ao solicitar à requerente que
386 formalizasse a sua demanda, tomou conhecimento que a solicitante se tratava da mãe de uma paciente
387 submetida à cirurgia e encontrava-se em uma grave situação por decorrência do procedimento.
388 Segundo relato, a paciente não foi informada que se tratava de um procedimento experimental e o
389 médico tratou o procedimento como um ato médico. Diante disso, foram feitas as seguintes perguntas:
390 O procedimento é experimental? No caso de um projeto de pesquisa, é adequado cobrar pelo
391 procedimento? Disse que a CONEP iniciou processo de busca e constatou que não existe registro de
392 projeto de pesquisa no Sistema sob o nome do pesquisador, nem da cirurgia. Ressaltou que a
393 Comissão consultou os Comitês de Ética de Goiás, onde a requerente reside e do Hospital Albert
394 Einstein, onde foi realizada a cirurgia do apresentador Fausto Silva sobre a existência de pesquisa em
395 relação ao tema. Em resposta, os comitês declararam não ter conhecimento de pesquisa em relação ao
396 tema e o Comitê do Hospital Albert Einstein destacou que podia não se tratar de pesquisa porque
397 existem trabalhos publicados. Disse que o médico foi consultado e, por e-mail, respondeu que não se
398 trata de um processo experimental e, por essa razão, não foi submetido à análise de um Comitê de
399 Ética em Pesquisa. Segundo o médico, trata-se de uma modificação de uma técnica. Ressaltou que os
400 textos disponibilizados pelo médico, que são de sua autoria, foram analisados por um membro da
401 CONEP e a conclusão é que se trata de um procedimento experimental. Diante disso, informou que a
402 CONEP enviou correspondência ao Conselho Federal de Medicina solicitando parecer sobre o
403 procedimento - experimental ou ato médico consagrado – mas ainda não houve resposta. Disse que o
404 CFM de Goiás emitiu parecer à paciente afirmando tratar-se de um procedimento experimental que
405 deveria ter sido submetido à apreciação de um Comitê de Ética. Acrescentou que a mãe da paciente
406 esteve em Brasília e aguarda posicionamento do CNS para anexar ao processo judicial que ela move
407 contra o médico. Finalizando, explicou que o encaminhamento dessa matéria está condicionado à
408 resposta do Conselho Federal de Medicina. No caso de a cirurgia ser considerada um procedimento
409 experimental, a conclusão é de descumprimento da Resolução do CNS nº 196, tendo em vista que
410 deveria ter sido submetido à análise e aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa e, por ser um
411 novo procedimento, submetido à aprovação da CONEP. Portanto, a denúncia deve ser enviada ao
412 Ministério Público para proteção do direito da paciente. No caso de a cirurgia ser um procedimento
413 tradicional já reconhecido, a denúncia será encaminhada ao CFM para as providências cabíveis.
414 Finalizando, disse que na próxima reunião deverá ser apresentado informe a esse respeito.
415 **Manifestações.** Conselheiro **Alceu Pimentel** solicitou informações adicionais sobre o encaminhamento
416 da consulta ao CFM no sentido de agilizar a resposta. Manifestou apoio ao encaminhamento da
417 CONEP, considerando que o CFM é o órgão com a prerrogativa de definir os procedimentos
418 experimentais aceitos e condenáveis. Conselheira **Jurema Werneck** perguntou o posicionamento da
419 CONEP em relação aos experimentos realizados na clínica do médico Roger Abdelmassih. Conselheira
420 **Rosângela Santos** perguntou se a AMB também não deveria ser consultada. A coordenadora da
421 CONEP/CNS explicou que o Conselho Federal de Medicina é responsável por regular o ato médico, por
422 essa razão, não cabe consultas a outros órgãos. A respeito do caso do médico Roger Abdelmassih,
423 explicou que a CONEP está verificando se há pesquisas em andamento registradas em nome do

424 médico para trazer ao Pleno. **Deliberação: o Pleno decidiu condicionar o encaminhamento dessa**
425 **matéria à resposta do Conselho Federal de Medicina. No caso de o CFM considerar a cirurgia um**
426 **procedimento experimental, a conclusão é de descumprimento da Resolução do CNS nº. 196,**
427 **tendo em vista que deveria ter sido submetido à análise e aprovação de um comitê de ética em**
428 **pesquisa e, por ser um novo procedimento, submetido à aprovação da CONEP. Portanto, a**
429 **denúncia será enviada ao Ministério Público para proteção do direito da paciente. No caso de a**
430 **cirurgia ser um procedimento tradicional já reconhecido, a denúncia será encaminhada ao CFM**
431 **para as providências cabíveis. Na próxima reunião, deverá ser apresentado informe a respeito**
432 **desse assunto.**

433 Com esse encaminhamento, a mesa encerrou a discussão do tema agradecendo a
434 coordenadora da CONEP/CNS. Antes de interromper os trabalhos, a Secretaria-Executiva do CNS
435 informou que a atividade com a Frente Parlamentar da Saúde em prol da regulamentação da EC nº. 29
436 ocorreria no Salão Verde da Câmara dos Deputados, com início às 14h15. Após esse informe, a mesa
437 encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Retomando, o Presidente do CNS fez um
438 informe do ato pela EC nº. 29, realizado no Salão Verde da Câmara dos Deputados. Avaliou que a
439 atividade teve a repercussão esperada, tendo sido acompanhada pela imprensa. Disse que está
440 verificando a possibilidade de audiência com o líder do PT ou a vinda dele ao CNS. Também destacou
441 que está tentando viabilizar espaço próximo à Câmara dos Deputados para realizar a Plenária
442 Extraordinária de Conselhos de Saúde. Após esse informe, o Presidente do CNS falou da situação de
443 São Paulo. Explicou que a Assembléia Legislativa de São Paulo aprovou um projeto de lei que autoriza
444 a entrega dos hospitais públicos de São Paulo para Organizações e Sociais e uma emenda que
445 autoriza os hospitais administrados por empresas privadas a vender até 25% dos serviços de saúde do
446 SUS. Ressaltou que essas iniciativas comprovam que está em curso um processo de privatização do
447 SUS. Diante da gravidade da situação, disse que convidou o Presidente do SindSaúde de São Paulo,
448 **Benedito de Oliveira**, para informar o CNS sobre essa situação. Após essas considerações iniciais, o
449 Presidente do SindSaúde de São Paulo iniciou a sua fala explicando que a Lei de Criação das OSs em
450 São Paulo, nº. 846/08, define que os equipamentos de saúde de média e alta complexidade podem ser
451 gestados por organizações sociais. A partir da publicação da Lei, dezesseis novos hospitais do Estado
452 passaram a ser gerenciados por organizações sociais. Destacou que esses hospitais, apesar de
453 receber orçamento do Estado, têm caráter privado (porta fechada) e padrão considerado de excelência.
454 Ressaltou que as verbas das ONGs, bem como os contratos de gestão dos hospitais não são
455 apreciados pelo Conselho Estadual. Além disso, esses hospitais não participam da organização
456 regional como preconiza o Sistema. Explicou ainda que R\$ 2 bilhões dos R\$ 10 bilhões do orçamento
457 de São Paulo são repassados para organizações sociais. Relatou ainda destacou que o governo de
458 São Paulo criou organizações sociais (AMAS e AMES) responsáveis pelo gerenciamento de
459 equipamentos de unidades básicas. Diante disso, o sistema privado (OSs) está em todos os níveis de
460 atenção, inclusive na porta de entrada do SUS. Em que pese a manifestação contrária do controle
461 social de São Paulo às organizações sociais, salientou que esse processo avançou por conta de uma
462 interpretação da lei. Paralelamente a esse processo, as fundações de direito privado também
463 avançaram no Estado, inclusive nos equipamentos de excelência. Ressaltou que, diante da força do
464 capital do Estado, a luta insistente do movimento social, sindical, entre outros, mostra-se insuficiente.
465 Além disso, destacou que, além de possibilitar a gestão dos hospitais de SP por OSs, foi aprovada
466 emenda que permite a venda de até 25% dos serviços públicos de saúde. Finalizando, entregou
467 documento ao Presidente do CNS e solicitou a manifestação do Conselho. Diante da gravidade dos
468 fatos relatados, o Presidente do CNS propôs levar à Mesa Diretora a proposta de pautar esse tema na
469 próxima reunião do CNS. **Deliberação: incluir a matéria na pauta da próxima reunião do CNS.** O
470 Presidente do CNS anunciou a presença das Promotoras Micheline e Carla, de Alagoas, lutadoras em
471 defesa do SUS. **ITEM 5 – SITUAÇÃO DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL - Coordenação:**
472 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. **Convidados:** **Antônio Alves de Souza**,
473 Secretário de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS; **Jairo Bisol**, Promotor de Justiça do
474 MPDFT; e **Peterson de Paula Pereira**, Procurador da República no DF. Iniciando, o Presidente do
475 CNS fez uma síntese do debate desse tema no CNS. Lembrou que, em decorrência da gravidade da
476 situação, o Plenário do CNS aprovou uma resolução propondo a suspensão do repasse dos recursos
477 federais para o Distrito Federal. Disse que a resolução foi encaminhada ao Ministro da Saúde que
478 apresentou, no prazo regimental, uma justificativa para não homologação. Recordou que o Pleno
479 acatou a justificativa e aguardava a conclusão da auditoria do DENASUS para manifestar-se. Contudo,
480 neste ínterim, a situação do DF agravou-se e, por essa razão, a Mesa Diretora resolveu pautar o tema
481 novamente. Aproveitou a oportunidade para lamentar a ausência do Secretário Adjunto de Gestão de
482 Saúde da Secretaria de Saúde, **Fernando Antunes**, que inclusive confirmou presença no debate.
483 Feitas essas considerações iniciais, passou a palavra ao Promotor de Justiça do MPDFT, **Jairo Bisol**.
484 O representante do Ministério Público iniciou a sua intervenção cumprimentando os presentes e
destacando que gostaria de fazer a sua explanação na presença do representante da SES/DF, a fim de

que houvesse resposta a denúncias. Ressaltou que a situação da saúde no DF permanece no mesmo caminho de destruição do Sistema em nome de um projeto de privatização. Destacou que a estratégia de privatização é inconstitucional e fere o caráter complementar dos serviços pelo setor privado e esse processo está focado apenas em áreas lucrativas como é o caso das UTIs. Lembrou que a resposta do governo do DF à epidemia de Influenza A(H1N1) foi o atendimento descentralizado na rede, tendo como porta de entrada a assistência básica que está desmontada. Frisou que a única novidade do governo diante da epidemia diz respeito à proposta de recuperação da rede de assistência básica. Apesar de concordar com essa medida, perguntou se essa recuperação seria feita em tempo hábil para enfrentar a epidemia. Nesse ponto, o Presidente do CNS interrompeu a apresentação para anunciar a presença do Secretário Adjunto de Gestão de Saúde da Secretaria de Saúde, **Fernando Antunes**. Continuando, o promotor **Bisol** mostrou-se satisfeito com a presença do Secretário Adjunto de Gestão de Saúde para responder as denúncias. Disse que a intenção é demonstrar que o processo de privatização é um modelo ineficaz de gestão, mais oneroso para o sistema e prejudica a atividade do controle. Denunciou que, em entrevista coletiva, o governador do Distrito Federal anunciou a compra de trinta Kits de UTI ao custo de R\$ 65 mil/cada. Explicou que, ao fiscalizar os equipamentos no almoxarifado, o Ministério Público verificou que se tratava de equipamentos usados e obsoletos, sem nota fiscal e de empenho e resultado de um processo de compra posteriormente anulado. Disse que solicitou esclarecimento ao Secretário de Gestão e, posteriormente, foi enviado contrato de comodata com data *a posteriori*. Além disso, frisou que o setor técnico da Secretaria de Saúde admitiu que os equipamentos não tinham condições de serem instalados. Também destacou que o Ministério Público enfrenta dificuldades para conseguir a oitiva do médico intensivista Rodrigo Teixeira de Aquino, que mora em Goiânia, responsável pelo repasse irregular dos equipamentos no almoxarifado da Secretaria, em que pese o anúncio da compra em entrevista coletiva dada pelo governo. Detalhou que os equipamentos vindos de São Paulo estavam dirigidos ao Sr. Gustavo Teixeira de Aquino e este, ouvido pela Promotoria, declarou não saber do que se tratava, mas ainda assim recebeu a encomenda e entregou à transportadora responsável por levar o equipamento à Secretaria. Enfatizou que a Promotoria enfrenta dificuldades nesse processo por se tratar de uma empresa de Goiânia. Ressaltou que o empresário Rodrigo Teixeira de Aquino, responsável pela entrega irregular de equipamentos, venceu um processo de quarteirização dos leitos de UTI do Hospital de Santa Maria (70 leitos) com contrato de R\$ 33 milhões/ano. Dada a gravidade dos fatos, enfatizou que a Secretaria de Saúde deve explicações à sociedade e ao Ministério Público, pois os esclarecimentos feitos até o momento são inconsistentes. Ressaltou que, para ultimar a investigação e fazer os encaminhamentos devidos, é preciso garantir a oitiva do referido empresário. Frisou que esse fato demonstra que a privatização possibilita procedimentos ilegais, corrupção e relação promíscua entre público e privado. Também falou da denúncia de aplicação de R\$ 238 milhões no Banco Regional de Brasília, cuja recente recuperação financeira foi festejada pelo governador do DF. Lembrou que o diretor do Fundo de Saúde solicitou trinta dias para apresentar esclarecimentos a esse respeito. Disse que, segundo informações da gestão, uma parte dos R\$ 238 milhões refere-se a Restos a Pagar (R\$ 120 milhões), contudo, posteriormente, em um documento técnico verificou-se que o valor é de R\$ 60 milhões. Desse modo, salientou que é preciso justificar a aplicação de R\$ 60 milhões de Restos a Pagar no sistema financeiro. Ressaltou que a outra parte dos R\$ 238 milhões, segundo o governo, refere-se a recursos do orçamento 2009 em execução. Acrescentou que a resposta da Secretaria a esse respeito não foi adequada. Disse que a última parcela do recurso referia-se a recursos inexequados (R\$ 100 milhões). Finalizou, destacando que, diante da gravidade, o governo do DF deve explicações ao Ministério Público. O Procurador da República no DF, **Peterson de Paula Pereira**, primeiro, informou que está na fase de laudo pericial a ação que investiga a transferência de recursos do Fundo de Saúde para construção da Ponte JK, na gestão do então governador do DF Joaquim Roriz. Destacou que a expectativa é de conclusão da ação o mais breve possível, mesmo porque se cogita a possibilidade do retorno do ex-governador ao cenário político do DF. Também comunicou que está em curso uma ação Ministério Público Federal de cobrança de mais de R\$ 200 milhões de recursos pelo não cumprimento da Emenda em anos anteriores (atualmente, o DF cumpre a EC). Para ilustrar, relatou o caso de uma paciente que, mesmo com orientação médica, teve negado o pedido de internação em leito de UTI, sob a justificativa de falta de vaga. Como saída, explicou que a Defensoria Pública orientou a paciente a internar-se em um hospital privado e depois enviar a conta para o SUS. Ressaltou que se evidencia um sério problema de gestão na saúde do Distrito Federal e ponderou se a mudança na gestão da SES é uma contestação de má gestão que demanda mudança. De todo modo, avaliou que, apesar das boas intenções do atual Secretário de Saúde, a Secretaria de Saúde parece perdida a respeito das questões trazidas ao Ministério Público. Também pontuou que a demanda da região do entorno é utilizada como justificativa para o agravamento da situação da saúde do DF. E, a esse respeito, perguntou se a ação do GDF de destinar recurso a Águas Lindas para implementar ações e serviços faz parte de uma articulação de Goiás, Distrito Federal, Municípios e União no sentido de definir ação planejada para o

entorno. Por fim, falou também da recusa dos pediatras de planos privados de saúde em atender pacientes de convênios e avaliou que esse episódio é propício para fortalecer essa área tão sensível a fim de que o SUS assuma esse atendimento. O Presidente do CNS registrou a presença de representantes do Conselho de Saúde do Distrito Federal, do Conselho Regional do Gama e do Conselho Regional de Taguatinga. O Secretário Adjunto de Gestão de Saúde da Secretaria de Saúde, **Fernando Antunes**, iniciou a sua fala cumprimentando a mesa e os presentes e destacando que, pela segunda vez, atendia ao convite do CNS para discutir a saúde no Distrito Federal. Disse que a situação do DF é diferenciada, pois o SUS, no conceito estatal, representa cerca 85% da oferta de saúde local. Inclusive, recomendou aos que desejassem acompanhar a evolução histórica da saúde no DF a leitura do relatório do TCU do DF, de julho de 2008. Disse que o Tribunal realizou auditoria apontando a inexistência de hierarquização do SUS, sendo que 75% das primeiras consultas são feitas em pronto-socorros. Destacou que a população de Brasília dobrou nos últimos dez anos, com fixação em áreas não regulamentadas, distanciando da rede definida no início dos anos oitenta. Diante da constatação da necessidade de rever a lógica da saúde no DF, disse que o governo do DF optou por ampliar a oferta de serviços na capital federal a partir de três eixos: 1) reforçar o equipamento estatal (hospitais) a partir de quatro projetos: tecnologia, informatização da rede, engenharia, equipamentos; 2) trabalhar com organizações sociais; e 3) credenciar serviços privados. Em relação ao primeiro eixo, informou que o governo招ocou 4.100 servidores concursados, tendo assumido 1.200. Com isso, o efetivo da Secretaria de Saúde é de 28 mil servidores. Sobre os leitos de UTI, explicou que há, em média, sessenta cidadãos na fila aguardando um leito de UTI e enfatizou que essa situação não é diferente de outros estados. Informou também que o governo possui 49 leitos credenciados na rede privada ao custo de R\$ 70 milhões/ano e o Hospital de Santa Maria terá setenta leitos ao custo de R\$ 33 milhões/ano. Enfatizou que o valor pago por leito segue o preço definido pela tabela do Ministério da Saúde. Ainda sobre o Hospital de Santa Maria, esclareceu que as ações e gastos fazem parte de um projeto básico aprovado há dois anos. Disse que o Presidente Lula anunciou a implantação de trezentas unidades de pronto-atendimento e as oito que serão inicialmente implantadas em Brasília serão gerenciadas por organizações sociais como ocorre em outros estados da federação. Enfatizou que governos de todos os partidos optaram pela contratação de organizações sociais, portanto, essa opção não é uma indicação ideológica de determinado partido. Frisou que, além da opção de trabalhar com organizações sociais, a terceira linha de ampliação dos serviços é o credenciamento de serviços privados. A respeito dos médicos pediatras, explicou que o governo promoveu debate com o Sindicato dos Médicos a respeito da remuneração da classe. Explicou que o salário inicial de um médico na rede pública do DF é de R\$ 7.200,00/40h e o governo propôs aumentar esse valor, no prazo de doze meses, para 9.560,00/40h e o salário final para R\$ 14.200,00. Contudo, essa proposta foi recusada pelo Sindicato dos Médicos, mesmo sendo o maior salário inicial do país. Além disso, lembrou que o DF enfrenta o problema de carências nas especialidades médicas. Disse que, diante da gravidade da situação acerca de UTI neonatal, o governo possui projeto específico para ampliação desses leitos de UTI. Ressaltou que, para enfrentar os problemas relativos à área de saúde mental, os CAPS estão em funcionamento, mas se enfrenta dificuldade para contratar equipes multidisciplinares para atuar nesses centros. A respeito da saúde prisional, destacou que também há problemas porque os médicos não querem trabalhar em presídios. Relatou também as dificuldades enfrentadas para ampliação do Programa Saúde da Família por conta da falta de médicos (esses profissionais não aceitam o valor do salário a ser pago). Além disso, explicou que o concurso para contratação de agentes comunitários não pode ser feito para contratar agente local. Nessa perspectiva, chamou a atenção para os investimentos relacionados à organização das unidades básicas de saúde com investimentos nos centros e postos de saúde e construção de unidades de pronto-atendimento. Lembrou que o governo depara-se com um dilema sobre a rede pública de saúde a ser organizada: para atender 2 milhões de habitantes (populações do DF) ou 5 milhões (contemplando a população do entorno). Por fim, comentou as denúncias apresentadas pelo promotor Jairo Bisol. Dada a gravidade do quadro de falta de UTI em Brasília, disse que o GDF adquiriu, por meio de licitação, 159 conjuntos de UTI para ampliar a oferta dos hospitais públicos. Em relação à denúncia feita pela Promotoria, declarou que se tratava de um empréstimo à Secretaria de Saúde do DF. A respeito da aplicação de recursos em banco, explicou que essa é uma prática de toda Secretaria de Saúde. Também enfatizou que a Secretaria vai acelerar a implementação de projetos, de forma que não haja elevados saldos de um ano para o outro, como aconteceu de 2009 para 2010. O Secretário de Gestão Estratégica e Participativa, **Antônio Alves de Souza**, em nome do Ministério da Saúde, fez um informe sobre a apuração das denúncias pelo DENASUS, dada a impossibilidade da participação do diretor do DENASUS nesse debate. Explicou que o processo de auditoria é parte do planejamento do DENASUS e envolve o acompanhamento do cumprimento da EC nº. 29, Farmácia Popular, dentre outras ações governamentais na área da saúde que são desenvolvidas pelo DF e outros estados. Clarificou que, ao verificar o cumprimento da EC nº. 29, o DENASUS identificou a aplicação de recursos do Fundo da Saúde do DF no BRB. Disse que essa

607 situação foi objeto de Nota Técnica do DENASUS, em resposta à solicitação do Ministério Público.
608 Explicou que o processo da auditoria está em fase de conclusão e o GDF será notificado até segunda-
609 feira para pronunciar-se no prazo de quinze dias, sendo permitida uma prorrogação por igual período.
610 Disse que a equipe do DENASUS fará a análise da resposta do GDF, podendo acatá-la ou não.
611 Concluído esse trâmite, o processo será tornado público e haverá manifestação. Ressaltou que a
612 constatação até aquele momento é de aplicação de recursos no BRB. Disse ainda que outras auditorias
613 estão em andamento. Frisou que, enquanto não houver manifestação do GDF, o Ministério da Saúde
614 não pode manifestar-se conclusivamente. Contudo, avaliou que recurso da saúde sem aplicação é um
615 prejuízo. Considerando que o tema já foi objeto de debate do CNS, accordou-se que seria aberta a
616 palavra para cinco intervenções e definição de encaminhamento. **Manifestações.** Conselheira **Keillaf**
617 **Miranda**, para nortear o posicionamento, fez as seguintes perguntas: A manutenção do atendimento na
618 rede privada é mais onerosa que na rede pública? Quais as ações da Secretaria de Saúde no
619 investimento na saúde pública reforçando o poder estatal? A Secretaria de Saúde do DF é defensora
620 do SUS? Por fim, reconheceu que essa prática de privatização não é exclusiva do DF e, por essa
621 razão, o SUS não foi efetivado de acordo com que fora idealizado na reforma sanitária. Conselheiro
622 **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que, na visão do CNS, o modelo de gestão por organizações
623 sociais fere os princípios do SUS e as normas legais. Como encaminhamento, defendeu que o Pleno
624 reafirme a resolução do CNS de suspensão de repasse de recursos federais ao DF. Conselheiro **Luiz**
625 **Antônio Neves** destacou que é difícil lidar com os dois pólos do debate – o MP afirma que a situação
626 não é boa e a SES afirma o contrário. Enfatizou que esse debate deve permanecer no âmbito do CNS
627 para que as ações sejam efetivadas. Também frisou que o CNS irá debater a situação de São Paulo,
628 entendendo que a saúde é um bem público e deve ser exercido pelo Estado diretamente e de forma
629 complementar quando não houver capacidade instalada. Disse que deve ficar claro se a iniciativa do
630 DF é uma mudança na forma de organização da saúde, se há transferência da responsabilidade que é
631 prerrogativa do estado para iniciativa privada ou se, por outro lado, está havendo ampliação da
632 capacidade estatal, utilizando-se temporariamente da iniciativa privada para isso. Conselheiro
633 **Armando Raggio**, primeiro, agradeceu a acolhida da sua solicitação de ampliar o debate com convite a
634 outra parte envolvida e solicitou que não se esgotasse o tema naquele momento. Para reflexão,
635 colocou que as verbas arrecadadas pela União são impostos, portanto, solicitou cautela na deliberação
636 de suspender recursos. Cogitou que essa iniciativa é inconstitucional, pois a União não é superior às
637 unidades federadas e tem obrigação de repasse de recursos. Conselheira **Jurema Werneck**, primeiro,
638 propôs que, para o debate sobre a situação de São Paulo, na próxima reunião do CNS, fossem
639 convidados a SES/SP, o MP de SP e o MP Federal. Considerando que a gestão do DF está buscando
640 caminhos, perguntou por que se optou pelo caminho que não é defendido, por exemplo, pelo CNS.
641 Conselheiro **Sérgio Metzger**, que também é conselheiro estadual de saúde de São Paulo, fez um
642 informe do debate das organizações sociais em São Paulo. Disse que o CES/SP levará ao Ministério
643 Público uma série de denúncias para apuração. Nessa lógica, fez as seguintes perguntas: Por que, na
644 escolha de uma organização social, não é feito processo transparente? Por que em São Paulo não se
645 aprova os conselhos gestores? Manifestou o seu anseio de que no DF a situação seja diferente de São
646 Paulo que se configura na apresentação de contratos e formação de conselhos gestores. Conselheiro
647 **Afonso Magalhães** ressaltou que já existe um diagnóstico da situação no CNS, portanto, é preciso
648 definir o que fazer. Manifestou preocupação com atitudes de pseudo defesa do SUS com adoção de
649 medidas antagônicas aos princípios do Sistema. Avaliou que a atitude do GDF é boicote declarado ao
650 SUS e que essa situação não é exclusiva do Distrito Federal. Nesse sentido, destacou que é preciso
651 firmar parcerias para combater esse processo. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** iniciou a sua
652 fala destacando que o controle social deve atuar em parceria com o Ministério Público e outros
653 mecanismos de controle interno e externo. Destacou que a situação crítica do DF e do entorno é
654 flagrante e evidente e, em sua opinião, a resposta do Secretário-Adjunto de Saúde não é satisfatória.
655 Portanto, cabe às autoridades competentes apurar os fatos. Também destacou que não se deve
656 justificar a atual gestão a partir de gestões piores. Denunciou a situação do Conselho de Saúde de
657 Valparaíso de Goiás, onde conselheiros são perseguidos e o presidente sofreu desconto no seu salário
658 por questionar a prefeita sobre a falta da prestação de contas do Município. Perguntou ao Ministério
659 Público sobre a possibilidade de participação mais efetiva do controle social na ação planejada em
660 saúde no DF e no entorno. Por fim, solicitou espaço para pronunciamento de um conselheiro do
661 Conselho do Distrito Federal, porque não há espaço para manifestação no Conselho do DF. O
662 conselheiro de saúde do DF reafirmou que a saúde é um tema de relevância pública, devendo ser
663 tratado como tal. Também convidou a todos para participar da Caravana em Defesa do SUS do DF, no
664 dia 15 de setembro. A respeito da região do entorno, destacou que é preciso parceria do controle social
665 do DF com o entorno para superar os problemas da saúde no Distrito Federal. **Retorno da mesa.** O
666 Secretário Adjunto de Gestão de Saúde da Secretaria de Saúde, **Fernando Antunes**, foi o primeiro a
667 comentar as intervenções. Explicou que os investimentos nos projetos para fortalecer a rede estatal

(modernização, tecnologia, equipamentos, engenharia e recursos humanos) ultrapassam R\$ 500 milhões nos exercícios de 2009 e 2010. Destacou que reconheceu na sua fala inicial que há problemas em áreas da saúde no DF, como a saúde mental e a prisional e o governo está buscando equacionar os problemas e prestar os serviços de saúde que a população necessita. Também destacou a demora no processo de compra e justificou que o desabastecimento pode ser decorrente de um problema de logística de abastecimento. Também enfatizou que a Lei de Responsabilidade Fiscal é outro gargalo, pois impede, por exemplo, a contratação de recursos humanos, que são fundamentais para três áreas – saúde, educação e segurança. Explicou que, em Brasília, optou-se por analisar experiências de gestão de outros estados, visando dar maior transparência possível aos contratos. Nessa lógica, disse que os contratos estão sendo divulgados na página do GDF no sentido de dar transparência aos processos da Secretaria. Clarificou ainda que, em nenhum momento, afirmou que o SUS é partidário, mas ressaltou que os gestores do SUS, independente do partido, estão praticando política semelhante. Também ressaltou que a proposta de reorganização do sistema de saúde em Brasília não teve por base uma situação anterior de caos. Enfatizou que o GDF optou por ampliar os serviços e está atuando nesse sentido. Frisou que a preocupação é como melhorar o SUS no DF, diante da recusa, por parte dos médicos locais, que recebem melhores salários do país e, diante de um território que possui 2 milhões e 600 habitantes e atende quase 5 milhões de pessoas. O Procurador da República no DF, **Peterson de Paula Pereira**, explicou que, na condição de representante do Ministério Público, é signatário da preocupação da sociedade. Na sua avaliação, a opção política do GDF de inauguração de obras não é a mais apropriada. Também solicitou aos Conselhos de Saúde da região do entorno do DF que procurem o Ministério Público para definir junto com o governo do Distrito Federal e do Goiás ações conjuntas para região. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição. O Promotor de Justiça do MPDFT, **Jairo Bisol** iniciou a sua fala enfatizando a importância da gestão e de seu investimento. Por outro lado, pontuou que o Ministério Público, responsável pelo controle, é uma ferramenta importante para a gestão. Destacou que o descompasso na argumentação do governo causa mal-estar a esse controle. Citou, por exemplo, que o governo anunciou a recuperação da saúde com investimento de R\$ 500 milhões, quando R\$ 100 milhões não foram executados. Enfatizou que a situação da saúde pública do DF é dramática e esse quadro pode ser comprovado com uma visita a qualquer unidade hospitalar ou posto de saúde do Distrito Federal. Enfatizou que o desmantelamento da rede não se justifica, inclusive porque o DF é uma das unidades mais bem remuneradas da federação. No caso da região do entorno, disse que a saída é discutir com o DF a regionalização. Informou, inclusive, que o Ministério Público está investigando o investimento em municípios da região do entorno como Águas Lindas de Goiás que recebeu R\$ 12 milhões. Sobre o custo dos leitos de UTI, explicou que os números colocados pelo Secretário de Saúde não estão de acordo com os números investigados (R\$ 33 milhões para gestão dos leitos de UTI). Também frisou que não há uma política de desocupação dos leitos de UTI quando não são mais necessários ao paciente (cada leito custa, em média, R\$ 5 mil/dia). Conselheira **Maria do Socorro de Souza** informou que na Caravana em Defesa do SUS do Distrito Federal será discutida a proposta de criação de um fórum articulado (DF e região do entorno) em defesa do SUS e fortalecimento do controle social. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, destacou que a terceirização/privatização da administração dos serviços públicos é um projeto do governo do DF. Do ponto de vista político e ideológico, enfatizou que essa proposta é sintonizada com a cultura patrimonialista do Estado brasileiro, ou seja, trata-se do aprofundamento do apoderamento do público por grupos privados. Do ponto de vista legal, destacou que a Lei nº. 8.080/90 não (§ 2º, art. 4º) define que a iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar e, no caso, a gerência dos serviços não é uma tarefa complementar. Além disso, a referida norma (art.7º, inciso X) define que à direção estadual do SUS compete coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa. Diante disso, frisou que, do ponto de vista legal, não há possibilidade de transferir para a iniciativa privada a gerência dos serviços. Salientou que a gerência dos serviços públicos é tarefa do Estado, nas três esferas de gestão. No mais, acrescentou que a Lei nº. 8.142/90 define que no caso de malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, o Ministério da Saúde aplicará as medidas previstas na Lei, dentre elas, a administração dos recursos, respectivamente, pelos estados e pela União. Diante disso, propôs que o Pleno delibere por solicitar a suspensão da autonomia do DF no que diz respeito à administração dos recursos financeiros da saúde, que passarão a ser geridos pelo Ministério da Saúde. Conselheira **Clair Castilhos** lembrou que essa proposta já havia sido aprovada anteriormente pelos mesmos motivos, contudo, houve um recuo do Ministério da Saúde. Assim, propôs que, além da resolução, o Pleno recomendasse a retirada do termo “parceria” (público e privado), pois possibilita a terceirização. O Presidente do CNS destacou que o SUS atravessa o momento mais difícil da sua existência e o maior problema é a impunidade. Destacou que o CNS fiscalizará, inclusive, se o Ministério da Saúde está cumprindo o seu papel. **Deliberação: aprovada, com o voto contrário do Conselheiro Armando Raggio e três abstenções, resolução do CNS solicitando a suspensão da autonomia do DF no**

que diz respeito à administração dos recursos financeiros da saúde, que passarão a ser geridos pelo Ministério da Saúde. O Presidente do CNS redigirá o texto da resolução e encaminhará aos conselheiros. Após essa votação, o Presidente do CNS agradeceu os convidados e suspendeu os trabalhos para o lanche. Retomando, foi iniciada a discussão do último item do primeiro dia. **ITEM 6 – DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS** – Coordenadora: Conselheira Nildes de Oliveira Andrade, da Mesa Diretora do CNS. Convidada: Lena Vânia Carneiro Peres, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher – ATSM/MS. O Deputado Federal Paulo César, da Comissão de Seguridade Social e Família, convidado a participar do debate, não compareceu. A Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher, Lena Vânia Carneiro Peres, fez uma apresentação sobre as ações do Ministério da Saúde na área de direitos sexuais e direitos reprodutivos. Disse que em 2009 comemora-se 25 anos do programa de atenção integral à saúde da mulher (em 2004, o programa transformou-se em uma política). Além disso, registrou que, por ocasião dos 15 anos da declaração de Cairo, um grupo do Ministério da Saúde participou de uma reunião da ONU para revisão da Declaração de Cairo. Contextualizando, citou os principais marcos políticos internacionais do Programa: Declaração Universal dos Direitos Humanos; Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres; Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, do Cairo – 1994; IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing – 1995; e Metas do Milênio. Enumerou também os principais marcos políticos nacionais: VIII Conferência Nacional de Saúde; Constituição Federal; Lei 8.142; Normas Operacionais Básicas; Lei 9.263 - Do Planejamento Familiar; Lei Maria da Penha; e Pacto pela Saúde. Enumerou políticas e programas nacionais com interface em relação aos aspectos dos direitos sexuais e direitos reprodutivos: Programa Nacional de Direitos humanos – PNDH 3; I E II Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres; Política Nacional de atenção Integral à Saúde do Homem; Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Pacto pela Redução da mortalidade Materna e Neonatal; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST (está em revisão porque não teve o avanço esperado); Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher; e Pacto pela Vida. Continuando, falou das ações do Ministério da Saúde relacionadas à Plataforma de Cairo – direitos sexuais e direitos reprodutivos. Detalhou que no Gabinete do Ministro, Assessoria Internacional de Assuntos de Saúde – AISA, são desenvolvidas ações com Haiti em relação a mulheres vítimas de violência e em Moçambique ações voltadas a implementação da fábrica de medicamentos anti-retrovirais. No Mercosul, citou o Comitê de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que foi coordenado pelo Brasil. A propósito, informou que nos dias 12, 13 e 14 de novembro seria realizado painel de experiências exitosas no Mercosul sobre mortalidade materna. Também citou o Plano de Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e no Nordeste. Na Secretaria Executiva – SE, disse que, além do Pacto pela Saúde, a área técnica participa do SIS Fronteira, responsável pelo diagnóstico de saúde de cidades de fronteira em convênio com as Universidades para utilização de recursos visando a redução da violência, tráfico de mulheres e atenção ao pé-natal, parto e puerpério. Ainda no âmbito da Secretaria Executiva, explicou que está contemplado o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, que identifica e estabelece as principais estratégias de gestão para potencializar ações do setor saúde. Detalhou que as metas são: controle do câncer de colo de útero e mama, redução da mortalidade infantil e materna e implantação de ações integradas para o atendimento às populações vulneráveis. Com a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, explicou que a área técnica está trabalhando a qualificação da equipes municipais e estaduais de saúde a respeito da investigação de óbitos materno, infantil e fetal. Além disso, destacou que há um trabalho com a SVS em relação aos indicadores de violência sexual e doméstica. Com o Departamento Nacional de DST/Aids, listou as seguintes ações conjuntas: acesso gratuito ao tratamento dos(as) Infectados(as) pelo Vírus HIV; medidas de prevenção, através de preservativos masculinos e femininos; construção de Diretrizes Afirmativas de Atenção à Saúde de Gays, Lésbicas, Bissexuais, travestis, transexuais, conjuntamente com a SGEP e sociedade civil; Plano Nacional de Redução da Sífilis Congênita; e Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Comentou também o Programa Nacional de Imunização, destacando mais de 26.000 postos de rotina de vacinação em todo o país e Centros de Referência em Imunológicos Especiais – implantação de Calendários de Vacinação para adolescentes e adultos, principalmente mulheres em idade fértil e idosos. Explicou que a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, por meio do Departamento de Atenção Farmacêutica- DAF, realiza compras de insumos anuais para 34 milhões de mulheres brasileiras em idade fértil – contraceptivos hormonais orais e injetáveis, contraceptivo de emergência, métodos de barreira e Dispositivo Intra Uterino. Nesse ponto, disse que será realizada pesquisa para verificar se esses insumos chegam a estados e municípios. Comunicou também que a partir de maio de 2007 foram disponibilizados contraceptivos na Farmácia Popular. No âmbito do Departamento de Ciência e Tecnologia – DCIT, falou do apoio à realização de eventos científicos e fomento à pesquisa em saúde incluindo a temática dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Disse que na reunião dos conselhos

nacionais de direitos das mulheres, dia 22 de setembro, seria lançado o livro “Revisão de 20 anos de pesquisa sobre aborto”. Explicou ainda que a área técnica possui agenda com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES em relação ao Pró-Saúde (considera a orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica como eixos fundamentais para articular as instituições formadoras e os serviços de saúde. estão inseridos nesse programa 354 cursos de graduação que contemplam 97.000 docentes) e à Universidade Aberta do SUS (a Universidade capacita anualmente profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) para atenção primária à saúde). Ainda no âmbito SGTES, destacou: Telessaúde - apoio especializado a equipes de saúde localizadas em áreas de difícil acesso; e Escolas Técnicas do SUS - oferecem capacitação aos profissionais de nível médio que atuam no SUS e promoverão capacitações para execução de ações visando a redução da mortalidade materna no Brasil em 2009 e 2010. Em relação à Secretaria de Atenção à Saúde, onde se localiza o Departamento de Atenção Básica e a Área Técnica de Saúde da Mulher, detalhou os seguintes aspectos: atenção ao pré-natal a ao puerpério na rede SUS; Cadernos de Atenção Básica – Previsão de Lançamento do Caderno de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; e Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). No Departamento de Atenção Especializada – DAE/SAS, citou as seguintes ações: Programas de Triagem Neonatal e Reprodução humana Assistida (RHA); procedimento de laqueadura e vasectomia; Sistema de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU; e atenção hospitalar às pessoas que vivenciam a transexualidade. Detalhou que o Departamento de Ações Programáticas e estratégicas – DAPES/SAS é composto pelas seguintes áreas: Área Técnica de Saúde da Mulher; Área Técnica de Saúde do Homem; Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem – principal ação: Saúde e Prevenção na Escola; Área Técnica da Criança e Aleitamento Materno – capacitação, realizada em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria, dos profissionais responsáveis por receber a criança; Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência – Seminário “Direitos Sexuais e Reprodutivos das Pessoas com Deficiência”; Saúde do Sistema Penitenciário; e Saúde Mental. O DAPES também referenda o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, falou do Programa de Prevenção e Controle de Riscos de Atenção Materna e Neonatal cuja meta é melhorar a qualidade dos hospitais com atenção ao parto e nascimento que obtiveram avaliação insuficiente na aplicação do Roteiro de Padrões de Conformidade do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. No âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, destacou o Programa de Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar que incentiva as Empresas de Planos de Saúde a fortalecer suas ações nas áreas de promoção e prevenção da saúde. Além disso, falou da ação no sentido de reduzir as cesáreas desnecessárias (84% dos partos são cesáreas). **Manifestações.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** parabenizou a expositora e lembrou que em julho de 2009 esse assunto foi debatido no CNS. Nesse sentido, perguntou sobre os encaminhamentos dados à deliberação do Pleno na oportunidade: publicação do documento com os resultados do Seminário Nacional Atenção à Saúde - gênero e saúde da mulher, realizado de 29 a 31 de agosto de 2007; GT do CNS para acompanhar os projetos de leis relativos a direitos sexuais e reprodutivos; e resposta à questão sobre excedentes embrionários. Também orientou à expositora a substituir da apresentação o termo “gratuito” por “sem custo adicional”, tendo em vista que o SUS não é gratuito. Destacou que os comitês de mortalidade materna deveriam contar com a participação de conselhos de saúde. Propôs que o CNS debata a questão da saúde no sistema prisional, em especial a Portaria dos Ministérios da Saúde e da Justiça nº. 8.777, que amplia e fortalece as ações de atendimento à saúde no sistema prisional. Por fim, sugeriu que as comissões do CNS, em especial a da Pessoa com Deficiência, População LGBT, Pessoa com Patologia, População Negra, faça relato sobre a interface com a questão da mulher e que seja pautado debate sobre a realização indiscriminada de cesarianas por planos privados de saúde. Conselheira **Rosângela Santos** cumprimentou a expositora e perguntou sobre as ações do Ministério da Saúde para as mulheres com patologias, em especial as com patologias graves. Conselheira **Jurema Werneck** fez uso da palavra para destacar o compromisso da Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher em relação à saúde da população negra, em especial à saúde da mulher negra. Enfatizou que a Política Nacional de Saúde da População Negra enfrenta dificuldades na implementação, mas há áreas comprometidas nesse sentido. Conselheiro **Sérgio Metzger** também saudou a expositora e perguntou onde é tratado o problema da diabetes gestacional. Conselheiro **Clóvis Boufleur** saudou a iniciativa e destacou que no debate da Comissão de Assuntos Sociais foi indicada a necessidade de intensificar o acesso das mulheres a informações relativas a direitos em saúde. Nessa lógica, disse ser necessário ampliar as informações sobre os cuidados no pré-natal e acesso seguro ao parto. Concordou com a ampliação do número de partos normais e naturais, contudo, enfatizou que esse procedimento deve ser seguro. Destacou também que é preciso convocar a sociedade civil para participar do Pacto da Mortalidade Materna e Neonatal. Perguntou como se dá a vigilância, por parte do Ministério da Saúde, em relação ao cumprimento da Portaria 1.119 (torna obrigatória a investigação dos óbitos maternos) e quis saber como ter acesso a esses dados. Por fim, frisou que é preciso garantir a realização do pré-natal com

851 qualidade. Conselheira **Clair Castilhos** parabenizou a Coordenadora da Área Técnica de Saúde da
852 Mulher pela apresentação e pelo trabalho. Sobre as mulheres no sistema prisional, ponderou sobre a
853 possibilidade de realizar pesquisa, tendo em vista que uma pesquisa realizada em Florianópolis
854 identificou uma situação estarrecedora. A respeito dos métodos contraceptivos, explicou que, no caso
855 de Santa Catarina, chegam às secretarias municipais, mas em alguns casos não são repassados às
856 mulheres. Também destacou que há desinteresse na investigação dos óbitos maternos e, além disso,
857 verifica-se mau preenchimento da certidão de óbito (causa básica). No mais, informou que a Secretaria-
858 Executiva do CNS está desenvolvendo trabalho de consulta ao Legislativo para saber a situação dos
859 PLs sobre direitos sexuais e reprodutivos. Disse ainda que a Comissão recebeu dossiê da Área Técnica
860 da Saúde da Mulher com os pareceres emitidos a esse respeito. Recomendou aos conselheiros que
861 identifiquem os deputados federais autores de projetos contra os direitos das mulheres para combatê-
862 los. Por fim, perguntou sobre o encaminhamento da Recomendação a respeito das parteiras
863 tradicionais, entendendo ser necessária medida intermediária, porque, apesar de serem reconhecidas
864 como profissionais de saúde, as parteiras atuam em áreas com precariedade na atenção. Conselheira
865 **Carmen Lúcia Luiz** também cumprimentou a Coordenadora da Área Técnica pela apresentação e pelo
866 trabalho e perguntou sobre as ações da Área para as mulheres lésbicas e bissexuais. Também propôs
867 a aprovação de moção de repúdio do CNS ao médico Roger Abdelmassih e sua Clínica ainda em
868 funcionamento, por conta da acusação pública de 50 estupros durante atos médicos, de realização de
869 pesquisas e procedimentos eticamente condenáveis, de utilização de mulheres como cobaias e de
870 utilização indevida da mídia como veículo de propaganda de serviços médicos. Conselheira **Ruth**
871 **Ribeiro Bittencourt** parabenizou a Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher pelo trabalho e
872 o CNS por ter acatado a proposta de incluir as questões de gênero como pauta permanente. A respeito
873 dos PLs contrários aos interesses da mulher, propôs divulgá-los na página do CNS para que as
874 entidades possam promover movimento contrário aos mesmos. Perguntou também sobre as parcerias
875 firmadas com as parteiras tradicionais nos estados e municípios. Além disso, destacou que é preciso
876 definir ações para enfrentar a questão do alto índice de gravidez na adolescência. Por fim, destacou
877 que é preciso repautar o tema com novo convite à Comissão de Seguridade Social em Família,
878 entendendo ser essencial ouvir o Legislativo. Conselheiro **Volmir Raimondi** disse que participou do
879 seminário sobre direitos sexuais e reprodutivos da pessoa com deficiência e do seminário que discutiu
880 AIDS e deficiência. Destacou que nessas atividades e em outras foi levantada a necessidade de instruir
881 e capacitar os profissionais de saúde para o atendimento das pessoas com deficiência. Também
882 enfatizou a necessidade de notificação no momento do parto, tendo em vista que a mãe de um filho
883 deficiente necessita de atendimento psicológico e continuidade de ações em relação ao filho. **Retorno**
884 **da mesa.** A Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher, **Lena Vânia Carneiro Peres**,
885 respondeu aos questionamentos do Pleno, destacando, inicialmente, que é um desafio incluir a atenção
886 das pessoas com deficiência nos currículos médicos. Ressaltou que essa questão é pauta do grupo de
887 capacitação e treinamento prático na atenção básica e é tratada no curso de urgência e emergência
888 obstétricas. Concordou que é preciso garantir atendimento psicológico às mães cujos filhos vieram a
889 óbito, ao nascer, por deficiência e ponderou que pode ser feita articulação com os CAPEs e NASF
890 nesse sentido. No caso das mães de filhos com deficiência, disse que há uma rede de suporte. A
891 respeito dos PLs relativos a direitos sexuais e reprodutivos, informou que a Área Técnica realiza o
892 monitoramento e, inclusive, comprometeu-se a enviar levantamento desses PLs ao Conselho. Sobre a
893 gravidez na adolescência, explicou que se observa uma diminuição no número da segunda gravidez e
894 informou que há trabalho em relação à primeira gravidez. Também comunicou que a Área Técnica
895 realiza estudo sobre a depressão gestacional e relacionada à violência ou ao uso freqüente de
896 barbitúricos. Destacou também que a questão da saúde das mulheres no sistema prisional é um
897 desafio. Disse que é garantida a atenção básica nos presídios e foi iniciado debate sobre a agenda de
898 identificação de câncer (primeiramente, colo e de mama). Também explicou que dados de uma
899 pesquisa demonstram que as mulheres no sistema prisional não recebem visitas, ao contrário do que
900 se evidencia em relação aos homens privados de liberdade. Informou que o Ministério da Saúde tem
901 recebido denúncias de métodos contraceptivos não são repassados à população e de proibição de uso
902 de contraceptivo de emergência. A respeito dos comitês, propôs que fosse pautado debate sobre a
903 vigilância de óbitos (o prazo para investigação é de 120 dias). Disse que seriam publicados dois
904 documentos da Área Técnica e da SVS sobre o papel do comitê de mortalidade infantil e da vigilância
905 epidemiológica do óbito. A respeito do curso de educação à distância, informou que a SGEP
906 disponibilizou levantamento dos conselhos de saúde que receberam computador e esses já são
907 parceiros. Além disso, destacou que serão abertas vagas inclusive para os hospitais com vistas a suprir
908 o mau preenchimento das causas básicas da certidão de óbito. Sobre a diabetes gestacional, disse que
909 o avanço é a definição das linhas de cuidado da atenção obstétrica, com classificação de risco. Sobre
910 essa questão, comprometeu-se a enviar as guias sobre a diabetes gestacional. Comunicou que a Área
911 Técnica possui um trabalho com os apoiadores da SGEP sobre a vinculação pré-natal e parto, pois

912 municípios e secretarias municipais desconhecem a Lei. A respeito das questões relativas a pessoas
913 com deficiências, disse que a área técnica da pessoa com deficiência é responsável por esse assunto.
914 De todo modo, disse que há uma agenda com as áreas de pessoa com deficiência, saúde da criança e
915 saúde do homem. Também fez uma crítica à realização dos transplantes no país, exemplificando que
916 transplante renal é realizado em pacientes de 40 anos, o que significa que não há detecção precoce da
917 patologia renal. Diante dessa situação, informou que a Área Técnica está trabalhando na detecção
918 precoce, com definição de linhas de cuidados para investigar patologias que causam danos.
919 Finalizando, comunicou que foi definida agenda que contribuirá para construção da narrativa
920 institucional da saúde da população negra. Por fim, acatou a sugestão de excluir o termo "gratuidade"
921 das apresentações e manifestou apoio ao debate sobre saúde suplementar no CNS. ***Deliberação:***
922 **aprovada uma moção de repúdio do CNS ao médico Roger Abdelmassih e sua Clínica ainda em**
923 **funcionamento, acusado publicamente de mais de 50 estupros durante atos médicos, de**
924 **realização de pesquisas e procedimentos eticamente condenáveis, de utilização de mulheres**
925 **como cobaias e de utilização indevida da mídia como veículo de propaganda de serviços**
926 **médicos.** Além disso, o Pleno sugeriu à Mesa Diretora que reitere o convite à Comissão de
927 Seguridade Social e Família para tratar dos Projetos a respeito da saúde da mulher que estão em
928 tramitação na CSSF. As cópias dos Projetos de Lei serão enviadas aos conselheiros. Por fim,
929 acordou-se que a Comissão de Saúde Suplementar do CNS promoverá debate sobre as ações de
930 promoção e prevenção à saúde da mulher no âmbito da saúde suplementar, especialmente a
931 **respeito da realização indiscriminada de cesáreas por planos privados de saúde.** Definido esse
932 ponto, a mesa agradeceu a presença da Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher. Antes de
933 encerrar os trabalhos do primeiro dia, o Presidente do CNS comunicou que o Deputado Darcísio
934 Perondi e o Deputado Cândido Vacarezza, líder do PT na Câmara dos Deputados, dispuseram-se a vir
935 ao CNS tratar da regulamentação da EC nº. 29. Ressaltou que a presença dos deputados é resultado
936 da mobilização do CNS na Câmara dos Deputados. Após esse informe, a mesa encerrou os trabalhos
937 do primeiro dia. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares - Ailton dos Santos, Afonso**
938 **Magalhães, Antônio Alves de Souza, Arilson Cardoso, Armando Tadeu Gastapaglia, Artur**
939 **Custódio M. de Souza, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Clair Castilhos**
940 **Coelho, Clóvis Boufleur, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão**
941 **Santos, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, João Donizeti Scaboli, José Marcos**
942 **de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Luiz Antônio da Silva Neves, Luiz Augusto Facchini, Maria**
943 **Goretti David Lopes, Nildes de Oliveira Andrade, Rogério Torkaski, Ronald Ferreira dos Santos,**
944 **Rosângela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande, Ubiratan**
945 **Cassano Santos, Valdenir Andrade França e Volmir Raimondi.** **Suplentes: Alceu José Peixoto**
946 **Pimentel, Armando Martinho Bardou Raggio, Arnaldo Marcolino, Celso Fernando Ribeiro Araújo,**
947 **Eline Jonas, Jorge Alves de Almeida Venâncio, Jovita José Rosa, Keyllaff Maria Alves de**
948 **Miranda, Luiz Alberto Catanocé, Luís Augusto Salomon, Maria Beatriz Coacci, Maria do Socorro**
949 **Souza, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Thereza Almeida Antunes,**
950 **Marisa Fúria Silva, Noemy Yamaguishi Tomita, Paulo César Augusto de Souza, Sérgio Metzger e**
951 **Sílvia Regina do Amaral Vignola.** Iniciando os trabalhos do segundo dia de reunião, o Presidente do
952 CNS convidou para compor a mesa os Deputados **Darcísio Perondi e Cândido Vacarezza**, líder do PT
953 na Câmara dos Deputados. Nas considerações iniciais, o Presidente do CNS destacou que o momento
954 é crucial para o SUS, tendo em vista uma série de dificuldades enfrentadas pelo Sistema, dentre elas, o
955 financiamento. Explicou que a EC nº 29 é uma luta histórica, mas se enfrenta dificuldades para fazer
956 avançar o debate dessa matéria na Câmara dos Deputados. Declarou que o Conselho tem clareza dos
957 diversos interesses envolvidos e reconhece que o avanço desse processo depende da participação do
958 movimento social, dos prefeitos e dos governadores. Em sendo assim, lembrou que o CNS aprovou
959 uma agenda de mobilização em favor da regulamentação da EC nº. 29, tendo sido pactuada com a
960 Frente Parlamentar da Saúde, CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde. O Deputado **Cândido**
961 **Vacarezza** iniciou a sua fala cumprimentando o presidente do CNS e demais conselheiros, em especial,
962 pela atividade realizada na Câmara dos Deputados, no dia anterior, em favor da regulamentação da EC
963 nº. 29. Também chamou a atenção para a luta do Deputado Darcísio Perondi em defesa da saúde e da
964 regulamentação da EC nº. 29. Relatou que a proposta da CPMF foi derrotada no Senado Federal e a
965 mídia contribuiu para essa derrota. Explicou que a proposta de regulamentação da EC nº. 29, do
966 Deputado Pepe Vargas, foi discutida há um ano e não foi encaminhada diante da possibilidade de
967 também ser derrotada. Destacou que a mobilização é importante, inclusive com envolvimento dos
968 prefeitos nesse processo e com pressão política sobre os partidos que são contra a proposta (DEM,
969 PSDB e parte do PMDB). Disse que a sua intenção é, diferente do aconteceu em relação à CPMF,
970 conduzir o debate a uma vitória. Acrescentou que há uma articulação para que o recurso da CSS,
971 alocado no Fundo Nacional de Saúde, seja dividido entre municípios, estados e União. Ressaltou que
972 não pôde atender o Conselho durante a mobilização no dia anterior, porque estava em reunião com o

973 Presidente. Por essa razão, veio ao Conselho manifestar a sua posição em relação ao tema.
974 Conselheiro **Jurandi Frutuoso**, representante do CONASS, agradeceu a presença dos deputados e
975 destacou a atuação do Deputado Darcísio Perondi em prol da regulamentação da EC nº. 29. Em sua
976 avaliação, o Congresso Nacional precisa ser alertado para o drama do povo brasileiro, uma vez que a
977 saúde do país precisa mais que R\$ 2 bilhões e a previsão de 5,4% não repõe sequer o basal que
978 precisa ser feito. Frisou que é preciso esforço da base aliada no sentido de aprovar essa matéria.
979 Destacou ainda que de cada R\$ 100,00 gastos em saúde apenas R\$ 38,00 é público enquanto que em
980 outros países com sistemas universais, como Costa Rica, Inglaterra e Canadá o financiamento público
981 é de, no mínimo, 70%. Conselheiro **Arilson Cardoso**, representante do CONASEMS, pontuou que os
982 municípios aplicam mais que o definido na EC nº. 29 e citou como exemplo o caso do Rio Grande do
983 Sul cuja aplicação em ações de saúde é superior a 20%. Enfatizou que a crise terá um grande reflexo
984 para os municípios em 2010 e atualmente esses entes enfrentam extrema dificuldade de financiamento
985 do Sistema. Desse modo, enfatizou que a regulamentação da Emenda é fundamental para que haja
986 mais recursos para a saúde. Disse que CONASEMS e CONASS se responsabilizarão por exercer
987 pressão sobre a oposição e o Senado Federal em prol da aprovação da regulamentação. O Presidente
988 do CNS disse que a intenção é garantir a presença de governadores, secretários estaduais, prefeitos e
989 secretários municipais na Plenária Extraordinária de Conselhos de Saúde. O Deputado **Candido**
990 **Vacareza** comprometeu-se a envidar esforços no sentido de envolver a base aliada e sensibilizar os
991 que podem ajudar a viabilizar a regulamentação da EC nº. 29. Também assumiu o compromisso de
992 considerar as questões coladas pelos conselheiros e verificar o que pode ser feito no âmbito do Partido
993 dos Trabalhadores. Avaliou que a proposta será aprovada na Câmara dos Deputados e a dificuldade é
994 aprová-la no Senado Federal. Destacou ainda que prefeitos devem dialogar com os seus deputados
995 para manifestar apoio à regulamentação da EC nº. 29. Concluiu destacando que o seu gabinete está à
996 disposição do Conselho e desculpou-se por ter não poder permanecer mais tempo. O Presidente do
997 CNS agradeceu a presença do Deputado **Candido Vacareza** e passou a palavra ao Deputado **Darcísio**
998 **Perondi**. O Deputado **Perondi** avaliou que a manifestação no Salão Verde da Câmara dos Deputados
999 teve uma forte simbologia e resultou na presença do líder do PT no CNS e o seu comprometimento.
1000 Destacou que o processo não será fácil e esses são os primeiros passos de uma árdua caminhada.
1001 Explicou que os deputados estão inseguros com a votação da proposta e, nessa lógica, salientou que é
1002 preciso colocar que a saúde será o tema da discussão eleitoral em 2010. Disse que na reunião do
1003 conselho político o Presidente Lula reconheceu a importância da regulamentação da EC nº. 29, por
1004 conta da gravidade da situação em 2010 diante da dramaticidade do orçamento e da segunda onda da
1005 Influenza A(H1N1). Com esse entendimento, disse que o Presidente Lula enfatizou que é preciso
1006 mobilização da sociedade, dos prefeitos, dos governadores em prol da regulamentação. Posto isso,
1007 frisou que a atuação das entidades que compõem o CNS é essencial. Por fim, destacou que o
1008 CONASEMS deve fazer um trabalho de convencimento dos prefeitos sobre a necessidade de
1009 regulamentação da EC nº. 29. Finalizando, o Presidente do CNS agradeceu a presença do Deputado
1010 Perondi e registrou a presença do Deputado Reginaldo Lopes, Presidente do PT de Minas Gerais.

ITEM 7 – SAÚDE INDÍGENA - Coordenação: Conselheiro **Valdenir Andrade França**, Mesa Diretora do CNS; e Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Mesa Diretora do CNS. Convidados: **Wanderley Guenka**, Diretor do Departamento de Saúde Indígena – DESAI/FUNASA; **Tenente Coronel Médico Sérgio dos Santos Szelbracikowski**, Chefe de Seção de Saúde Preventiva e Assistencial da Diretoria de Saúde do Exército. Inicialmente, Conselheiro **Valdenir Andrade França**, coordenador da CISI/CNS, fez um informe da visita do GT do CNS do Vale do Javari. Primeiro, lembrou que o GT é composto por Antônio Alves de Souza, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa/MS e Coordenador do GT de Saúde Indígena; Valdenir de Andrade França, Coordenador da CISI/CNS; Eri Medeiros, representante do CONASEMS, com o assessoramento e relatoria da técnica do CNS Maria Camila Borges Faccenda. A visita também foi acompanhada por equipe do Canal Saúde. Contextualizou a situação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari, com sede em Atalaia do Norte/AM: 8 milhões e 544 mil km²; 4 mil indígenas; 6 etnias (matises, corubos, marubos, mayorunas, kanamaris e colinas); 50 aldeias; 21 etnias, aproximadamente, ainda não contatadas; e 7 pólos base. Explicou que o GT reuniu-se em Atalaia do Norte com gestores, trabalhadores e lideranças indígenas e os principais problemas apresentados foram: grande incidência de Hepatite B, Malária, Hanseníase, Tuberculose; má gestão dos recursos orçamentários e financeiros; descontinuidade das ações de saúde; precariedade da estrutura física e escassez de pessoal; dificuldade de parceria entre os órgãos responsáveis pela saúde indígena; falta de acompanhamento e supervisão das ações realizadas pela equipe de saúde; carência de comunicação e informação; péssimas condições de trabalho dos profissionais que atuam nas áreas; falta de investimento na capacitação dos profissionais de saúde; interferência política na gestão do DSEI; ausência de saneamento básico; e invasões ilegais e predatórias em áreas indígenas. Diante dessa situação, disse foi sugerida a realização de uma oficina para a construção de um Plano Operativo, com definição de metas, responsáveis pelas ações, prazos, recursos, envolvendo, entre

outros, representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, FUNASA, FUNAI, Ministério Público, Forças Armadas, Gestor Municipal e CONDISI. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que o GT não aprofundou o debate dos problemas colocados e justificou a proposta de elaboração de um plano operativo. Acrescentou que o GT teve uma reunião no Pólo Base dos Solimões com gestores, trabalhadores e lideranças indígenas e a principal reivindicação foi por saneamento básico e água potável. Além disso, informou que o Grupo visitou o Hospital de Guarnição de Tabatinga e a Casa de Saúde Indígena – CASAI. Chamou a atenção para a falta de recursos humanos no local e enfatizou as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, destacou que é preciso olhar diferenciado do Conselho para a situação dos povos indígenas. Em seguida, foi reproduzido vídeo com fotos da visita do GT a Atalaia do Norte. Na seqüência, o Tenente Coronel Médico **Sérgio dos Santos Szelbracikowski**, Chefe da Seção de Saúde Preventiva e Assistencial da Diretoria de Saúde do Exército, na condição de representante do diretor de saúde general de divisão médico José Francisco Trindade Távora, fez uma apresentação sobre a participação do Exército Brasileiro na assistência à saúde indígena. Explicou que as ações e serviços de saúde do Exército aos povos indígenas são desenvolvidas basicamente na Amazônia. Dito isso, destacou que é um prazer apresentar as ações do serviço de saúde do Exército na Amazônia. A sua apresentação foi dividida em três partes: Introdução; O Exército e o Serviço de Saúde na Amazônia; e Conclusão. Na introdução, reproduziu um vídeo, do Centro de Comunicação Social do Exército Brasileiro, que apresenta a Amazônia e mostra a presença do Exército na Região. Na oportunidade, o Tenente Coronel **Szelbracikowski** fez uma homenagem póstuma ao capitão médico pediatra que aparece no vídeo. Continuando, falou sobre o serviço de saúde na Amazônia. Explicou que a região da Amazônia Legal abrange os Estados do Pará, Amapá, Roraima, Amazonas, Acre e Rondônia e nesse território estão distribuídos hospitais de nível quaternário – Hospital Geral de Belém e Hospital Geral de Manaus, terciário – Hospitais de Guarnição de Marabá, de São Gabriel da Cachoeira, de Tabatinga e de Porto Velho e secundário – postos médicos – Boa Vista, Tefé, Cruzeiro do Sul, Rio Branco. Explicou que, além das unidades de saúde, há pelotões especiais de fronteira (composto por cerca de setenta homens com formação médico-sanitária, dentista, farmacêutico, técnicos de enfermagem) que prestam assistência à saúde aos militares e familiares moradores da mata e aos indígenas. Prosseguindo, falou do “Braço forte, mão amiga” do Exército Brasileiro. Em relação ao Braço forte, destacou o crescimento da presença de militares na Amazônia: 1950 - 1.000 Militares; 1986 - 6.000 Militares; 2007 - 23.500 Militares; 2008 - 25.000 Militares; até o final de 2009 - 28 mil; e previsão para 2014 – 36 mil. Explicou que o Exército Brasileiro é constituído por hierarquia piramidal, sendo 10 a 15% de oficiais e sargentos e 85 a 90% de combatentes nativos, que têm a selva como aliada. Enfatizou que a integração do Exército com a natureza foi possível graças à presença dos combatentes nativos. Também falou dos pelotões de fronteira que estão presentes no limite de fronteira com Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru e Bolívia e mostrou fotos dos pelotões de Maturacá, Yauareté e Querari. Continuando, falou da “Mão amiga” do Exército Brasileiro. Explicou que as equipes prestam serviços médicos e odontológicos às populações indígenas. Além disso, faz o apoio de saúde às populações ribeirinhas na Amazônia, por meio de lanchas, voadeiras ou helicópteros. Para ilustrar, apresentou dados do atendimento médico à população indígena nos últimos anos: a) Boa Vista – de 1.440, em 2004, para 1.178, em 2008, – etnia: Macuxi, Wa-pixana, Yanomami, Sanoma, Yekwana e principais patologias: verminoses, resfriado, dermatite ósteo-muscular; micoses, hipertensão, ivas, dst, desnutrição, amigdalite e otite; b) São Gabriel da Cachoeira – (não há dados relativos a 2004 e 2005, pois o atendimento dos indígenas não era feito em separado) 13.721 em 2006 e 13.357 em 2008 – etnia: Tucano, Baré, Tariano, Piratapuia, Curipaco, Baniwa, Cubeo Yanomami, Dessano, Tuiuca, Arapaço, Rup'da, Dow e Wanana e principais patologias: Herpes, Leishmaniose, Varicela, Malária, Tuberculose, Dengue, Herpes Genital, Síndrome do Corrimento Uretral, Atendimento Anti-Rábico, Animais Peçonhentos, Conjuntivite, Síndrome do Corrimento Cervical, Pneumonia, Diarréia, Desnutrição e Cardiopatia; c) Tabatinga: 4.500 em 2004 e 2.367 em 2008, etnia: Ticuna, Marubo, Kanamari, Kokama, Matis, Macu, Mayuruma, Mambeba e principais patologias: acidentes com animais peçonhentos, meningite e malária; d) Cruzeiro do Sul - 165 em 2006 e 729 em 2008, etnia: Nukini, Katukinas, Poyanáwa, Apolima-Arara e principais patologias: parasitoses intestinais, malária e hepatite. Em síntese, disse que o atendimento aos povos indígenas passou de 5.940, em 2004, para 17.600, em 2008. No caso das internações, destacou que em 2007 foram 307 e em 2008, 2.588. Em relação aos partos, explicou que em 2004 foram realizados 82 e em 2008 477. Para ilustrar a dimensão do Município de São Gabriel da Cachoeira, apresentou os seguintes dados geográficos: Área - 109.185 Km²; Distância até a capital - 858 Km; População - 40.806 hab (estimativa do IBGE/2008); Densidade 0,31 hab/Km²; Altitude - 90 m; Clima: equatorial. Disse que em São Gabriel da Cachoeira há apenas um hospital (Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira), que é responsável pelo atendimento à população local, além dos pelotões de guarnição. Nesse ponto, ilustrou o atendimento como uma foto de uma médica tenente, vinda do Sul que deixou a família para atender no Amazonas. Citou algumas comunidades atendidas pelo Hospital de Guarnição

1095 de São Gabriel da Cachoeira: Comunidade de Tucumã; Comunidade de Tunuí; Comunidade de Coraci;
1096 Comunidade de Aracú; e Comunidade de Canadá. Destacou que os Hospitais de Guarnição de São
1097 Gabriel da Cachoeira e de Tabatinga recebem aporte de recursos do SUS, por serem os únicos
1098 hospitais da área para fazer o atendimento. Por outro lado, disse que os pelotões de fronteira (postos
1099 médicos) atendem a população indígena com recursos do Exército. Em seguida, mostrou um vídeo
1100 sobre a Operação Solimões, realizada em conjunto com as três Forças Armadas com o chamado “navio
1101 da esperança” da Marinha. Finalizou com homenagem e gratidão à Marinha do Brasil e à Força Aérea
1102 Brasileira, porque na Amazônia tudo é feito em parceria. Em seguida, fez uso da palavra o Diretor do
1103 DESAI/FUNASA, **Wanderley Guenka**. Iniciou a sua intervenção destacando que a FUNASA já firmou
1104 parceria com as forças armadas para ações no Vale do Javari (que representa uma área maior que
1105 Portugal). Destacou que 64% da população indígena brasileira está localizada na Amazônia Legal e
1106 sinalizou as dificuldades locais por conta da dispersão da população, espaço geográfico e dificuldade
1107 de acesso. Focou a sua fala na questão do Vale do Javari. Manifestou satisfação com a visita do GT do
1108 CNS ao Vale do Javari no sentido de conhecer a realidade local. Frisou que, além das forças armadas,
1109 duas organizações atuam nas áreas indígenas – FUNASA e FUNAI. Ressaltou que a FUNAI tem
1110 dificuldades de pessoal além de outras limitações, assim, é a FUNASA que tem capilaridade na
1111 Amazônia Legal. Concordou em discutir os encaminhamentos do GT, mas destacou que é preciso
1112 envolver outros ministérios nesse debate. Informou que, em 2008, a FUNASA realizou operação junto
1113 com as forças armadas no Vale do Javari. Em relação à Hepatite B, destacou que a incidência é maior
1114 que a média nacional, mas não se refere apenas à população indígena. A respeito da Malária,
1115 reconheceu que é um problema na região Amazônica e também não se refere apenas à população
1116 indígena. Disse que, em Atalaia do Norte, há técnicos da SVS/MS, atuando em parceira com os
1117 municípios e a FUNASA no controle da malária. Destacou que a malária é um dos maiores agravos na
1118 população indígena do Vale do Javari. Explicou que não há registro de casos de hanseníase. Sobre a
1119 tuberculose, informou que a Fundação levou um aparelho de raio x portátil à região para melhorar o
1120 diagnóstico. Salientou que o problema mais grave do Vale do Javari é o alto índice de Hepatite B e a
1121 FUNASA está intensificando a vacina para população. Além disso, os pacientes com Hepatite B são
1122 tratados na Casa de Apoio de Tabatinga com interferon perguilado. Sobre recursos financeiros e
1123 contratação de pessoal, informou que há recursos, tanto em uma organização quanto na Secretaria de
1124 Atalaia do Norte, para contratar quatorze enfermeiros. Contudo, há dificuldade para contratação de
1125 médicos para o local. Também reconheceu os problemas em relação à estrutura física, destacando a
1126 dificuldade de locomoção e o alto custo. Sobre a comunicação, falou do projeto de inclusão digital,
1127 realizado pela FUNASA em parceria com o Ministério das Comunicações e lembrou da intenção de
1128 instalar computadores para a colocação de internet banda larga nos pólos base. Disse que a instalação
1129 de computadores nas aldeias seria um avanço, pois possibilitaria a implantação do telesaúde,
1130 melhorando diagnóstico e tratamento de pacientes sem precisar removê-los. Explicou ainda que foi
1131 realizada capacitação em 2008, mas se enfrenta dificuldades por conta da rotatividade de profissionais
1132 de saúde no local. Destacou que as grandes dificuldades da FUNASA referem-se à gestão
1133 administrativa e a recursos humanos (dos 15 mil profissionais que atuam na saúde indígena, apenas
1134 1.500 são da FUNASA. Os demais são contratos via municípios ou por organizações não-
1135 governamentais). Também disse que há dificuldades na contratação de chefes dos distritos sanitários
1136 especiais indígenas, pois o salário pago não é atrativo (R\$ 1.500,00). Reconheceu que há problemas a
1137 serem enfrentados, mas chamou a atenção para a importância de mostrar os avanços alcançados,
1138 como, por exemplo, 1.400 aldeias com sistema de água. Finalizando, concordou com a proposta de
1139 construir um Plano Operativo, com envolvimento de vários ministérios. Antes de abrir para debate,
1140 Conselheiro **Valdenir França** registrou e agradeceu a presença de representantes do Ministério da
1141 Defesa. **Manifestações**. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** sugeriu que fosse elaborado um
1142 consolidado das resoluções e encaminhamentos do CNS sobre esse tema para verificar o que foi
1143 possível avançar. Também solicitou maiores detalhes a respeito da implantação do Projeto de Inclusão
1144 Digital nas aldeias indígenas. Quis saber se há diferença entre o investimento per capita em saúde feito
1145 pelo Exército e pelo SUS. Propôs que a CISI/CNS faça a análise do relatório do TCU. Por fim, sugeriu
1146 que as comissões promovam debate sobre a questão da AIDS e da Hepatite nas populações indígenas
1147 e a respeito do trabalho dos Ministérios da Saúde e do Exército. Conselheira **Rosângela Santos**
1148 cumprimentou a mesa e saudou o tenente coronel pela apresentação. Chamou a atenção para os
1149 dados a respeito da nefrologia e perguntou se é um indicativo de doença renal. Também quis saber se
1150 há programa de controle da hipertensão e do diabetes e se existe indicadores de doença renal em
1151 relação às populações de Boa Vista e São Gabriel. Considerando a cultura indígena, indagou como se
1152 dá a assistência à saúde da mulher e do homem. Conselheira **Jurema Werneck** destacou que, além
1153 das questões emergenciais, o CNS deveria pensar em caminhos para respeitar o direito à saúde da
1154 população indígena. Salientou que é preciso definir caminho para a saúde indígena que promova o
1155 encontro da medicina indígena com a alopática, com capacitação e qualificação profissional das

populações indígenas, visando à formação de profissionais de Medicina, Enfermagem em Medicina Indígena, por exemplo. Conselheira **Silvia Vignola** frisou que é preciso integrar as ações de saúde indígena na Amazônia (FUNASA, FUNAI, Exército...). Também ponderou sobre a possibilidade de realizar capacitação de agentes de saúde indígena para atuarem nas comunidades, possibilitando agregar a Medicina Tradicional e a Indígena. Conselheira **Keillaf Miranda**, primeiro, destacou a falta de atenção à saúde e de gestão na Região Amazônica. Salientou que já existe um diagnóstico da situação da saúde indígena, portanto, é preciso definir ações concretas. Propôs que o CNS realize movimento para incluir a saúde indígena, bem como a saúde de outros grupos vulneráveis (riveirinhos, quilombolas, povos da floresta) na pauta do movimento de mobilização pela aprovação da EC. Por fim, disse que a Região Amazônia necessita, além de um investimento diferenciado, um de controle social incisivo para que os recursos sejam aplicados onde for necessário. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** cumprimentou os expositores, em especial o Tenente Coronel Médico. Frisou que o modelo de gestão para a saúde indígena está falido e, nessa lógica, disse não estar convencido de que a ampliação da atuação das forças armadas seja uma alternativa para gestão na Região Amazônica. Também enfatizou que é preciso buscar saídas para melhorar os indicadores de saúde indígena. Por fim, perguntou onde o CNS pode atuar no sentido de definir novo modelo de gestão para essa população. Conselheira **Clair Castilhos**, primeiro, estranhou que haja apenas indígenas como soldados e perguntou se há possibilidade de formação para chegar a oficiais, por exemplo. Quis saber se as terras onde vivem as comunidades de São Gabriel da Cachoeira são terras indígenas. Também perguntou ao representante da FUNASA se há programas de promoção da saúde ou planos preventivos voltados aos povos indígenas. Por fim, apontou como principal problema da saúde indígena a falta de uma política de cargos, carreiras e salários. Conselheiro **Ailson dos Santos** explicou que a contratação de pessoal para saúde indígena é feita através de convênio com Organizações não Governamentais, contudo, os responsáveis por essas ONGs não foram capacitados para lidar com recursos públicos. Também destacou que a FUNASA peca por não acompanhar a execução dos recursos pelas ONGs. Enfatizou que há descontinuidade da assistência aos povos indígenas da Amazônia, porque o SUS não consegue garantir o acesso. No seu modo de ver, a solução dos problemas da saúde indígena depende da exclusão das ONGs para que o Estado cumpra o seu papel. Também enfatizou que a FUNAI teve a oportunidade de resolver a situação da saúde indígena, mas não o fez por incompetência. Disse, por fim, que a transferência da saúde indígena da FUNASA para a nova Secretaria no Ministério da Saúde não resolverá a situação, porque serão enfrentados os mesmos problemas de contratação. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** propôs que as Comissões do CNS promovam debate virtual sobre a saúde indígena. **Retorno da mesa.** O Tenente Coronel Médico **Sérgio dos Santos Szelbracikowski** respondeu aos questionamentos do Pleno, explicando, primeiro, que há oficiais subtenentes e sargentos de origem indígena no Exército. Disse que na sua apresentação informou que a base da tropa do Exército no país é constituída de cabos e soldados. Na Amazônia, a base é formada por indígenas, o que fez do Exército Brasileiro o mais respeitado do mundo em termos de guerra na selva. Lembrou que o Estado não se faz presente na Amazônia para prestar assistência à saúde, mas por uma questão de segurança nacional. Muitas vezes, dadas as circunstâncias e por uma questão humanitária, acabam assumindo essa função que não é sua. Também destacou que os militares são uma categoria especial de servidores do Estado e não funcionários públicos. Disse ainda que os recursos do SUS repassado a estados e municípios não chegam à ponta e, portanto, não se convertem em atendimento à população. Ressaltou que o estado e os municípios não conseguem contratar profissionais de saúde para atuar na Amazônia e os únicos profissionais de saúde no local são do Exército Brasileiro. Detalhou que o Exército Brasileiro possui 111 oficiais profissionais de enfermagem para atender toda a estrutura médico-hospital do Exército que abrange 26 hospitais, sendo um de alta complexidade, 23 postos médicos e 420 formações sanitárias. Assim, ressaltou que o efetivo das forças armadas não é reforçado desde 1964. O Diretor do DESAI/FUNASA, **Wanderley Guenka**, explicou, a princípio, que foi firmado acordo entre os Ministérios da Comunicação e da Saúde sobre projeto de inclusão digital e a FUNASA adquiriu 150 computadores para os Distritos e está negociando a compra das antenas. Colocou-se à disposição para socializar o relatório do TCU. Solicitou ainda que as denúncias de corrupção na gestão indígena fossem encaminhadas por escrito ao Departamento a fim de serem analisadas e apuradas. Enfatizou que atua no sentido de dar transparência à gestão e destacou a Portaria 2.652 que regulamenta os recursos repassados pela SAS (R\$ 180 milhões). Explicou que a FUNASA solicita a realização de concurso público desde 1999, mas o pleito ainda não foi atendido. Sendo assim, é preciso firmar convênios com ONGs para garantir a contratação de pessoal. Conselheira **Jurema Werneck** informou que o CNS recebeu diversas denúncias e solicitou que, caso não tenham sido encaminhadas ao Departamento de Saúde Indígena, que a Secretaria-Executiva o faça com urgência. Continuando, o Diretor do Departamento de Saúde Indígena – DESAI, **Wanderley Guenka**, disse que foi autorizado concurso temporário, mas a remuneração é baixa (nível médio – R\$ 1.800,00 e nível superior – R\$ 2.200). Nessa linha, a FUNASA está negociando o aumento

da remuneração para tornar o concurso público mais atraente. Disse ainda que a Fundação investiu em capacitação de agentes indígenas de saúde (só mais de 5 mil agentes indicados pela comunidade). Também reconheceu as dificuldades enfrentadas pela população ribeirinha da Região Amazônica. Sobre modelo de gestão, destacou que as questões de fundo não foram resolvidas como autonomia dos distritos e recursos humanos. Frisou ainda que existem práticas bem sucedidas em saúde indígena e é preciso divulgá-las. Concordou que é preciso buscar parcerias para melhorar a situação. Por fim, apelou a todos para que conheçam e entendam a complexidade que é prestar assistência aos povos indígenas da Amazônia. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** manifestou satisfação com o debate desse tema no Conselho, pois, no seu entendimento, tratar de saúde indígena significa discutir o SUS, uma vez que a saúde indígena é um subsistema do SUS. Lembrou que esse subsistema é responsável por prover a atenção básica e aponta municípios, estados e outras instituições como complementares. Disse que o GT de Saúde Indígena, instituído em dezembro de 2008 e sob sua coordenação, é constituído por 26 membros, dezenove indígenas e nove não indígenas. Enfatizou que os recursos humanos são essenciais para a saúde indígena. Explicou que a proposta é trazer para o Ministério da Saúde a coordenação direta das ações de saúde indígena com a criação da Secretaria Especial para fazer a interlocução com as demais secretarias. Frisou que é essencial definir PCCS considerando a especificidade dos trabalhadores em áreas indígenas. Para conhecimento, apresentou algumas das propostas do GT: estruturação da Secretaria Especial Indígena, com reestruturação dos 34 DESEIs e remuneração para os chefes de Distritos correspondente a DAS 4; Plano de Carreiras e Cargos – quatro carreiras e quatro cargos, sendo dois de nível superior e dois de nível médio; redistribuição do pessoal da FUNASA com compatibilização de salário; remuneração diferenciada para trabalhadores que atuam em áreas indígenas - adicional "per noite"; alteração da lei de contratação de agentes comunitários de saúde (extinção do interstício de 24 meses para contratação de agentes ambientais e comunitários de saúde); definição de uma política de recursos humanos para formação dos povos indígenas; definição de parcerias com as forças armadas, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério do Meio Ambiente, Ministério das Cidades; câmaras técnicas na CIT e nas CIBs para discutir saúde indígenas; integração do SIASI com o DATASUS; parceria com a OI para instalação de internet banda larga e transmissão do Canal Saúde. Explicou que a Medida Provisória de criação da Secretaria Especial será assinada pelo Presidente da República. Por fim, reforçou que o CNS deve conhecer a realidade dos povos indígenas. **Deliberação: aprovada a proposta do GT do Vale do Javari de realizar uma oficina para formulação de um plano operativo (incluir outros ministérios na elaboração do Plano como do Meio Ambiente, do Desenvolvimento Social, da Comunicação e da Ciência e Tecnologia).** Além disso, o Pleno decidiu por: **elaborar consolidado das denúncias sobre desvios de recursos da saúde indígena e encaminhar ao Diretor do Departamento de Saúde Indígena da FUNASA/MS; e incluir a saúde indígena, bem como a saúde de outros grupos vulneráveis (ribeirinhos, quilombolas, povos da floresta) na pauta do movimento de mobilização pela aprovação da EC nº. 29.** Com esses encaminhamentos, a mesa agradeceu a presença dos convidados e encerrou a discussão desse item.

ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – PROCESSO DE ABERTURA DE NOVOS CURSOS - Coordenação: Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. Apresentação: Conselheira **Maria Helena Machado**, Coordenadora da CIRH; Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, coordenadora do GT de pareceres de cursos na área da saúde. Inicialmente, a coordenadora da CIRH apresentou o relatório da visita técnica do GT designado pelo CNS ao campus Dona Lindu – Divinópolis - Universidade Federal de São João Del-Rei - UFSJ/MG. Recordou que o objetivo da visita foi avaliar as medidas adotadas pela UFJS para sanar os problemas concernentes à greve de 2008 dos alunos do Curso de Medicina e verificar as condições da abertura do Curso de Medicina para subsidiar o plenário do CNS na sua tomada de decisão quanto à autorização ou não do referido curso. Disse que o Grupo de Trabalho (composto por: Ruth Bittencourt, Marisa Fúria, José Tarcísio Dias, Elizabeth Matheus da Silva, Alceu Pimentel e Wagner Lacerda) esteve no Campus Dona Lindu nos dias 20 e 21 de agosto de 2009. Sintetizou que, após a visita, o GT recomenda ao Pleno do CNS parecer favorável à autorização do Curso de Medicina do Campus Centro-Oeste Dona Lindu da UFSJ/MG. **Deliberação: o parecer foi aprovado por consenso.** Segundo, a coordenadora da CIRH/CNS apresentou informe da denúncia recebida em relação à Universidade Federal de Rondônia. Disse que representantes das Universidades estiveram na reunião CIRH e denunciaram a falta de infra-estrutura para realização dos estágios e formação integral dos médicos em Rondônia. Relatou que, segundo informações do diretor da Universidade, o Estado de Rondônia possui o maior número de vagas por população do país - quatro instituições de ensino (três privadas – com oferta de 230 vagas; e uma pública – com oferta de quarenta vagas) - e a infra-estrutura da rede pública não atende à demanda. Desse modo, os docentes disputam os locais para o exercício do estágio obrigatório para formação. Disse que, após ouvir o relato dos professores e alunos, a CIRH decidiu propor ao Pleno a formação de um GT de visita *in loco* à Universidade Federal de Rondônia para verificar a situação com

ausculta dos atores envolvidos e subsidiar o Pleno na definição de encaminhamento. O Presidente do CNS acrescentou que recebeu relatório de auditoria realizada pelo MEC que aponta dificuldades na estrutura da Faculdade de Medicina da Universidade. A coordenadora da CIRH acrescentou que uma das instituições de ensino de Rondônia recebeu parecer insatisfatório para o reconhecimento. Disse ainda que os cursos são recentes e o CNS não se manifestou sobre eles. Conselheiro **Celso Fernando Araújo** apresentou informe da reunião do MEC com os representantes da universidade – reitor, direção e alunos da Faculdade e Secretário Municipal de Saúde – que tratou das dificuldades enfrentadas para o exercício do estágio obrigatório para formação. Relatou que Rondônia possui quatro escolas médicas, três na Capital, sendo uma federal com oferta de quarenta vagas e duas privadas uma com oferta de cem vagas e outra com oitenta vagas. Destacou que uma das duas escolas privadas está sob a supervisão do MEC pelas péssimas condições de funcionamento e, caso as definições do Ministério não sejam atendidas, será determinada a diminuição de vagas e até a suspensão do vestibular. Disse que a nova escola também será avaliada pela ferramenta de autorização de curso. Explicou que o relato de representantes é de que há disputa de espaço na rede de atenção básica e hospitalar. Clarificou que um dos critérios de cálculo técnico para dimensionamento da necessidade do hospital em relação ao quantitativo de alunos é no mínimo 5 leitos por aluno. Além disso, destacou que na cidade boa parte dos docentes trabalha nas três instituições, priorizando o atendimento do privado em detrimento do público. Disse que esse fato contraria a Portaria que determina a priorização das instituições públicas. No mais, comunicou que a Universidade optou por não participar do REUNE e, por consequência, a instituição não foi contemplada com a expansão de vagas. Finalizou destacando que esse é um exemplo a ser considerado no debate de abertura e autorização de cursos, posto que o parecer do CNS é parte integrante da análise do MEC para autorização de cursos. **Deliberação: aprovada a criação de GT para visitar o Estado e verificar a situação in loco. (garantir a participação do MEC na visita).** Prosseguindo, a coordenadora da CIRH informou o Pleno sobre as orientações do Professor Paulo Roberto Wollinger em relação aos documentos a serem considerados na emissão de pareceres. Segundo o professor, os documentos a serem considerados no processo devem chegar obrigatoriamente pelo MEC. Comunicou que a CIRH redigirá documento com orientações aos conselheiros sobre o processo de emissão de pareceres. Além disso, destacou que o professor colocou-se à disposição para vir ao CNS tratar do assunto, se possível, na próxima reunião. **Deliberação: aguardar a conclusão do documento da CIRH/CNS e verificar a possibilidade da presença do Professor Wollinger na próxima reunião do CNS.** Continuando, a coordenadora da CIRH procedeu à apreciação dos pareceres do pedido de vistas ao Processo nº 20060002033, da Faculdade de Minas – FAMINAS, Autorização do Curso de Medicina. Explicou que os pareceres dos pedidos de vistas foram enviados à Secretaria-Executiva do CNS no prazo regimental, mas a Comissão não pôde analisá-los porque chegaram quando a reunião da CIHR já havia sido encerrada. Em sendo assim, solicitou a retirada dos pareceres da pauta para que a Comissão possa apreciá-los na próxima reunião. Conselheiro **Clóvis Boufleur** clarificou que o Regimento Interno do CNS define que o parecer de vistas deve ser encaminhado à Secretaria-Executiva e não à Comissão. Também destacou que o seu parecer do pedido de vistas foi protocolado no dia 25 de agosto e a CIRH reuniu-se no dia 27 de agosto. A coordenadora da CIRH explicou que a solicitação da CIRH ao Pleno é que a Comissão possa avaliar os relatórios do pedido de vista na próxima reunião. **Deliberação: o Pleno aprovou a retirada dos pareceres de vistas da pauta, para que a CIRH os analise na próxima reunião. Os relatórios serão apresentados na próxima reunião do CNS.** Prosseguindo, a coordenadora da CIRH passou à apresentação do relatório do pedido de vistas ao Processo nº 200712139, do Instituto de Ensino Superior Pequeno Príncipe (IESPP), Autorização do Curso de Psicologia. Explicou que a Comissão aguardou até o dia 26 o envio de documentos da instituição pelo MEC, o que não ocorreu, porque não há documento a ser incorporado ao processo. Disse que, após debate, a CIRH mantém o parecer insatisfatório e recomenda ao CNS o pedido de arquivamento do processo. Com isso, a instituição poderá apresentar novo pedido de autorização. Explicou que a CIRH não nega que a instituição tenha buscado melhoria, mas não pode acatar documentos apresentados a posteriori. Conselheira **Maria Goretti Lopes** pontuou que o debate contribuiu para aperfeiçoar a parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Clarificou que elaborou o parecer de pedido de vistas com base no Projeto Pedagógico do curso apresentado ao MEC em 2007 e incluiu no documento outros dados (caracterização do sistema municipal de Curitiba e o apoio dos gestores estadual e municipais (anexo)). De todo modo, acatou o encaminhamento proposto pela CIRH e enfatizou ser necessário trabalhar com o Ministério da Educação a atualização das informações do E-MEC após a visita da instituição que se encontra sob avaliação para que não haja descompasso entre a avaliação do MEC e do CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** cumprimentou a CIRH pelo encaminhamento e manifestou o seu apoio. Conselheira **Jurema Werneck** perguntou o que, de fato, aconteceu para tamanha distorção entre o parecer da CIRH e o parecer da Conselheira Maria Goretti (os documentos não chegaram, falta de comunicação entre MS e MEC). Conselheiro **Celso Fernando Araújo** explicou que o processo de

1339 credenciamento de curso é feito por um sistema informatizado e alimentado pelas instituições de
1340 ensino. Apresentada a primeira informação, não é permitido incorporar outros dados. No caso de
1341 arquivamento, a instituição pode apresentar novo pedido com novas informações. Conselheira **Maria**
1342 **Goretti Lopes** explicou que o Instituto de Ensino Superior Pequeno Príncipe entrou com pedido no
1343 MEC em maio de 2007. Contudo, o Ministério da Educação fez uma avaliação in loco na instituição em
1344 maio de 2009 e emitiu novo parecer com aceitação dos dados sobre o corpo docente e a carga horária.
1345 Desse modo, os dados do E-MEC é divergente da realidade da instituição de ensino. Lembrou que
1346 essa divergência entre os dados do E-MEC e a realidade da instituição pode trazer prejuízos, pois o
1347 parecer da CIRH é elaborado com base nas informações do E-MEC. O Presidente do CNS pontuou que
1348 o processo de emissão de pareceres por parte do CNS está em construção e aperfeiçoamento,
1349 possibilitando a avaliação, quando necessário. **Deliberação: o Pleno deliberou pelo arquivamento**
1350 **do processo do Instituto de Ensino Superior Pequeno Príncipe (IESPP), Autorização do Curso de**
1351 **Psicologia.** Na seqüência, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** procedeu às notas técnicas dos
1352 pedidos de renovação de cursos. As notas foram apreciadas em bloco por conta do critério já adotado
1353 pelo CNS – escolas com avaliação superior a 3 recebem parecer satisfatório; e escolas com média
1354 inferior a 3 recebem parecer insatisfatório. 1) 200812484 - Faculdades Integradas de Ciências
1355 Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos –FG, renovação, Psicologia, Insatisfatório. 2) 200813170 -
1356 Universidade Bandeirante de São Paulo – UNIBAN, renovação, Psicologia, Satisfatório. 3) 200814931 -
1357 Universidade Católica de Brasília – UCB, renovação, Psicologia, Satisfatório. 4) 200813462 -
1358 Universidade de Caxias do Sul – UCS, Renovação, Psicologia, Satisfatório. 5) 2008-15103 -
1359 Universidade de Franca – UNIFRAN, Renovação, Psicologia, Satisfatório. 6) 200814139 - Universidade
1360 do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Renovação, Psicologia, Satisfatório. 7) 2008-12685 -
1361 Universidade Metodista de São Paulo – UMESP, Renovação, Psicologia, Satisfatório. 8) 200815198 -
1362 Universidade Salvador – UNIFACS, Renovação, Psicologia, Satisfatório. 9) 2008-15237- Universidade
1363 Salvador – UNIFACS, Renovação, Psicologia, Satisfatório. 10) 200815064-Universidade Severiano
1364 Sombra – USS, Renovação, Psicologia, Satisfatório. 11) 2008-13682 - Universidade São Judas Tadeu-
1365 USJT, Renovação, Psicologia, Satisfatório. 12) 2008-15124 - Centro Universitário Newton Paiva,
1366 Renovação, Psicologia, Satisfatório. 13) 2008-10967 - Pontifícia Universidade Católica de Campinas-
1367 PUC-CAMPINAS, Renovação, Psicologia, Satisfatório. 14) 2008-13066 - Universidade de Passo Fundo
1368 – UPF, Renovação, Psicologia, Satisfatório. 15) 200813169 - Universidade Bandeirante de São Paulo-
1369 UNIBAN, Renovação, Psicologia, Satisfatório. 16) 2008-07470 - Pontifícia Universidade Católica de
1370 Minas Gerais – PUC-MINAS, Renovação, Psicologia, Satisfatório. 17) 2008-15120 - Centro
1371 Universitário Salesiano de São Paulo- UNISAL, Renovação, Psicologia, Satisfatório. **Deliberação: os**
1372 **pareceres relativos a processos de renovação foram aprovados em bloco por consenso.** Em
1373 seguida, Conselheira **Graciara Matos** submeteu à apreciação dois pareceres relativos a pedidos de
1374 reconhecimento: 1) 20070010160 - Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy,
1375 Reconhecimento, Odontologia, Satisfatório; e 2) 200710477 - Faculdades de Ciências Humanas,
1376 Econômicas e da Saúde de Araguaina, Reconhecimento, Odontologia, Insatisfatório. **Deliberação: os**
1377 **pareceres relativos a processos de reconhecimento foram aprovados por consenso.** Em seguida,
1378 apresentou os pareceres relativos aos processos de autorização de cursos. 1) 20080002668 – Centro
1379 Universitário de Várzea Grande – UNIVAG, Autorização, Medicina, Insatisfatório. 2) 20078871 -
1380 Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Autorização, Medicina, Satisfatório. 3) 200806921 -
1381 Universidade Federal de Campina Grande, Autorização, Odontologia, Satisfatório. 4) 20080002084 -
1382 Centro Universitário do Norte, Autorização, Medicina, Insatisfatório. 5) 200814191 - Faculdade de
1383 Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio, Autorização, Odontologia, Arquivamento. 6) 200813021 -
1384 Universidade Católica de Petrópolis, Autorização, Medicina, Insatisfatório. 7) 20070010141 - Faculdade
1385 INEDI – Complexo de Ensino Superior de Cachoeirinha, Autorização, Psicologia, Arquivamento. 8)
1386 20070009009 - Faculdade de Ensino Superior de São Miguel do Iguaçu, Autorização, Psicologia,
1387 Insatisfatório. 9) 200810734 - Instituto Florence de Ensino Superior, Autorização, Odontologia,
1388 Insatisfatório. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou maiores esclarecimentos a
1389 respeito do parecer relativo à Universidade Católica de Petrópolis. Conselheiro **Armando Gastapaglia**
1390 solicitou vistas aos seguintes processos: Universidade Católica de Petrópolis, Centro Universitário de
1391 Várzea Grande – UNIVAG, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Centro Universitário do Norte-
1392 UNINORTE. Diante do pedido de vistas, o Presidente do CNS explicou que o debate concernente à
1393 Universidade Católica de Petrópolis estava prejudicado. Em sendo assim, Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1394 solicitou vistas ao processo da Universidade Católica de Petrópolis. Conselheiro **José Marcos de**
1395 **Oliveira** fez uso da palavra para destacar que o Pedido de vistas deve ser feito antes da leitura do
1396 parecer. O Presidente do CNS explicou que o Regimento interno permite dupla interpretação ao definir
1397 que “apresentado o tema, qualquer conselheiro poderá pedir vista para melhor avaliação do ponto de
1398 pauta, cabendo ao conselheiro ser relator do processo, remetendo-se a discussão do tema para a
1399 reunião ordinária subsequente, conforme calendário”. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**

lembrou que o Pleno já debateu esse tema e posicionou-se por possibilitar o pedido de vistas após a apresentação dos pareceres. **Deliberação: acatados os pedidos de vistas aos seguintes processos: Universidade Católica de Petrópolis - Conselheiro Clóvis Boufleur e Conselheiro Armando Gastapaglia; Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e Centro Universitário do Norte- UNINORTE – Conselheiro Armando Gastapaglia. Os demais pareceres relativos a pedidos de autorização foram aprovados.** Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do segundo dia de reunião. Retomando, Conselheira **Jurema Werneck** perguntou se houve informações a respeito da publicação do Protocolo de Doença Celíaca. Como encaminhamento, acordou-se que o tema seria tratado posteriormente com as demais pendências da reunião. **ITEM 9 – GRIPE INFLUENZA** - Coordenação: Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação: **Eduardo Hage**, Diretor de Vigilância Epidemiológica – DEVEP. O Diretor de Vigilância Epidemiológica fez uma explanação sobre a situação da pandemia de Influenza A(H1N1) e as ações do Ministério da Saúde. Primeiro, falou da situação no mundo explicando que, segundo dados do dia 28 de agosto de 2009, são 209.438 casos e 2.185 óbitos. Mostrou um quadro com números de casos confirmados da nova Influenza A(H1N1) em países selecionados nas Américas e esclareceu que o Brasil situa-se em situação semelhante em termos de taxa de mortalidade e ocorrência de casos graves em relação aos dos demais países do hemisfério sul, especialmente os da América do Sul. Em sendo assim, o impacto no Brasil é semelhante ao da Argentina, Chile e outros países ainda que o impacto nesses, em termos de mortalidade, tem sido maior. Em relação aos óbitos confirmados da Influenza A(H1N1) nos países com maior transmissão, explicou que o Brasil apresenta o sexto coeficiente. Enfatizou que o impacto foi maior nos países do hemisfério sul, em especial nos países da América do Sul. Sobre a situação no Brasil, disse que até a semana anterior foram registrados 16.344 casos de influenza H1N1, com proporção de 85,8%. Também falou da distribuição de casos confirmados de Influenza A(H1N1) por município, explicando que compreende 33,4% de municípios, com concentração nas regiões Sul e Sudeste seguidos das regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Considerando os casos graves, que são objeto de monitoramento, predomina-se o vírus H1N1 (88,3%). Explicou que o grupo mais afetado pela Influenza A (H1N1) é o de adultos jovens, especialmente na faixa de 30 a 49 anos. Entretanto, isso não significa que esse grupo possui maior risco de desenvolver forma grave. No que diz respeito aos sintomas da Influenza A(H1N1), destacou que são semelhantes ao da Influenza sazonal: tosse, febre, dispneia, mialgia, coriza, entre outros. Disse que os dados (até 5 de setembro de 2009) apontam redução contínua dos casos de Influenza, incluídos os casos pelo vírus A(H1N1). Continuando, falou dos fatores de risco para gravidade e óbito, destacando que os eventuais fatores são monitorados exaustivamente. Citou, por exemplo, que há maior predomínio de formas graves em pessoas com doenças respiratórias, menores de dois anos e gestantes. Destacou que 54% (3.571/6.592) dos casos que desenvolveram forma grave possuíam, pelo menos, um fator de risco. Detalhou que a gestação é considerada um fator de risco e destacou que 23,1% das mulheres em idade fértil com Influenza A(H1N1) são gestantes. A respeito dos óbitos por Influenza A(H1N1), informou que foram registrados 657 até aquele momento, com taxa de mortalidade de 0,34%. Destacou que os Estados de São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Minas Gerais apresentam as maiores taxas de mortalidade, o que se observa a respeito da ocorrência da Influenza Sazonal em anos anteriores. Clarificou que os fatores de risco para óbitos são semelhantes aos casos graves - doenças respiratórias, cardiopatias, outras doenças metabólicas - e ratificou que a gestação também é um fator de risco. Também destacou que outros fatores apontam a redução de número de casos como a diminuição do percentual de atendimento de síndrome gripal na rede de saúde. Explicou que nas unidades de referência laboratorial foram processadas 16.493 amostras positivas (Influenza e outros agentes), sendo 11.442 (69,4%) positivas para nova influenza A (H1N1). Contudo, cerca de 50% das amostras são negativas para qualquer agente etiológico, demonstrando, possivelmente, a coleta de amostras fora da indicação do protocolo. Feito esse panorama, passou à resposta de saúde pública à Influenza A(H1N1). Recordou que, diante do alerta de emergência de saúde pública de relevância internacional emitido pela OMS em 24 de abril, a resposta de saúde pública foi a instalação do Gabinete Permanente de Emergência em Saúde, pelo MS, no sábado, às 10h, sete horas após o anúncio da OMS (3h horário de Brasília). Destacou que o Gabinete é coordenado pela SVS e visa monitorar a situação e indicar as medidas adequadas para o combate à Influenza A (H1N1) no país. Além disso, lembrou que foi constituído Grupo Executivo Interministerial com Reuniões semanais deliberativas e publicada Medida Provisória com crédito suplementar no valor de R\$ 141 milhões para aquisição de medicamentos, máscaras, luvas e comunicação de crise. Explicou que os protocolos são fundamentais para as ações desenvolvidas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e, como em todo o sistema de vigilância epidemiológica, devem ser adequados aos cenários epidemiológicos. Explicou que em 15 de junho foram feitas alterações no protocolo com novas recomendações: internação recomendada apenas para casos suspeitos ou confirmados que pertençam aos grupos de risco para agravamento da doença;

casos suspeitos, com sintomas, mas que não pertencem a grupo de risco deviam ficar em isolamento domiciliar; e mantida recomendação de medicar todos os casos suspeitos e confirmados (casos leves, graves, com ou sem fator de risco). Destacou que as medidas de tratamento foram modificadas gradativamente e buscou-se reforçar a atenção básica. Disse que a última modificação refere-se à ampliação da possibilidade da dispensação do medicamento com instituição de formulário simplificado, acordado com as secretarias de saúde. Sobre a rede de atenção hospitalar e de diagnóstico laboratorial, explicou que o país possui uma Rede Nacional de Diagnóstico de Influenza implantada nos Laboratórios Centrais de Saúde pública de todos os estados e DF. Disse que os Laboratórios de Referência são: IEC/PA, IAL/SP e FIOCRUZ /RJ. Laboratórios estaduais: MG, RS, PR. Além disso, destacou que o Brasil dispõe, somente na rede pública, de 66 Unidades de Referência Hospitalar para acompanhamento e tratamento de pacientes, com 900 leitos reservados pelas SES. No que se refere ao tratamento, informou que, em 2006, foram adquiridos 9 milhões de tratamentos (matéria-prima) e, em dezembro de 2008, foram adquiridos 6.250 tratamentos prontos para adultos e 6.250 pediátricos. Além disso, em julho de 2009, foi feita a aquisição de mais 800 mil tratamentos. A respeito da vacina, destacou que a OMS forneceu o lote semente para todos os laboratórios produtores com capacidade de produção, incluindo o Instituto Butantan. Disse que a perspectiva é iniciar a vacinação no início de 2010. Também apresentou as bases técnicas e científicas para indicação do uso do oseltamivir: revisão sistemática de estudos em crianças e ocorrência de eventos adversos (BMJ, 2009); revisão sistemática de estudos em adultos (Lancet, 2009) – redução dos sintomas em 0,55 – 0,57 dias; o percentual de resistência observada nos Estados Unidos tem sido muito elevado (99,3%) para A(H1N1) sazonal; na Europa, em 30 países alcança 95%; há circulação de H1N1 sazonal no Brasil, dentre outros vírus influenza; 12 casos com resistência ao Oseltamivir pelo novo vírus A(H1N1): Japão (4), Estados Unidos (2), Hong Kong (2), Dinamarca (1), Canadá (1), Cingapura (1) e China (1); e mantida recomendação da OMS (= Brasil, EUA, Canadá): WHO Guidelines - 21 de agosto. Disse que a recomendação é de indicação do tratamento com antiviral para pessoas com síndrome gripal e fatores de risco, não havendo nenhum benefício para o tratamento de síndrome gripal. Além disso, frisou que a utilização indiscriminada pode aumentar a possibilidade de resistência do vírus. Enfatizou que publicações recentes reiteram essa recomendação. Destacou que, além dos 9 milhões de tratamento adquiridos até 31 de agosto de 2009, foram comprados mais 250 mil. Além disso, informou que serão adquiridos mais 11 milhões de tratamentos para enfrentamento da segunda onda da pandemia. Explicou que até 4 de setembro de 2009 foram distribuídos 764.816 tratamentos. Citou, por exemplo, que foram enviados 133 mil tratamentos para o Estado do Paraná que possui 11.800 casos notificados. Diante desses dados, disse que não se sustenta a polêmica instalada na mídia de falta de medicamentos e indicação equivocada do tratamento. Ressaltou que foram feitas várias atividades de comunicação de risco pelas mais diferentes mídias, trazendo informações atualizadas da pandemia. Finalizando, apresentou desafios atuais e futuros a serem enfrentados. Destacou que os desafios atuais são: evitar superlotação de hospitais de referência com casos leves, sem indicação para tratar ou internar; garantir atendimento ágil a pacientes com quadro grave ou com potencial para complicações; tratar as gestantes; aprimorar comunicação de risco; e discutir a questão da judicialização. Ressaltou que os desafios futuros são: Haverá uma segunda onda da pandemia? Se ocorrer, vai se apresentar com maior gravidade dos casos e maior transmissibilidade? A vacina e o antiviral terão eficácia para prevenção e tratamento de casos? Disse para 2010 serão adquiridas, no mínimo, 35 milhões de doses de vacinas e serão definidos grupos para receber a vacina. A propósito da preparação para nova fase, enumerou as seguintes ações: Dia 26 de agosto - Aprovação do Crédito Suplementar - R\$ 2,1 bilhões - Insumos de laboratório e ampliação da capacidade diagnóstica, ampliação de estoque de antivirais, produção e aquisição de vacina e ampliação da estrutura da assistência hospitalar; Dias 14, 15 e 16 de setembro – Reunião com países das Américas – Flórida; e Dias 7 e 8 de outubro – Reunião de dirigentes estaduais de Vigilância em Saúde e Rede de Atenção. **Manifestações.** Conselheiro **Paulo César de Souza**, primeiro, destacou que o problema da subnotificação epidemiológica no país pode gerar erros na mensuração da taxa de mortalidade e de infecção. Avaliou que o estoque de medicamentos do Brasil é insuficiente para atender a população brasileira e enfatizou que a resistência do vírus é causada pela própria vacina. Relatou o caso de sua filha que foi acometida pela nova gripe e os profissionais de saúde mostraram-se despreparados para enfrentar o problema. Finalizou avaliando que é melhor para o país ser questionado por ter definido estoque de medicamento para enfrentar a epidemia do que não ter se preparado. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** cumprimentou o expositor pela apresentação e parabenizou o Ministério da Saúde pela agilidade e efetividade da ação diante da nova gripe. Enfatizou que o Sistema de Informação, ainda com falhas, ajudou na resposta rápida do país à epidemia. Também fez as seguintes perguntas: a respeito da mortalidade, é possível fazer comparação com síndromes respiratórias graves de anos anteriores? Espera-se mudança de comportamento diante de nova ocorrência de gripes? Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou a SVS pelas ações e constatou que as intervenções de vigilância modificaram-se diante das novas informações.

1522 Considerando que 85% dos casos de influenza é causado pelo A(H1N1), perguntou se é possível fazer
1523 uma projeção sobre a queda de casos em fundação do conjunto de iniciativas adotadas. Por fim,
1524 manifestou satisfação com o crédito suplementar de R\$ 2,1 bilhões para o enfrentamento da nova fase.
1525 Conselheiro **Jorge Venâncio** informou que o laboratório norte-americano Gilead Sciences possuiu a
1526 patente do Tamiflu até 2016. Nesse sentido, avaliou que, além do interesse de desgastar o governo, há
1527 um suposto interesse comercial na “política de utilização indiscriminada do Tamiflu”. Em face disso,
1528 concordou com as medidas definidas para utilização do medicamento. Conselheira **Silvia Vignola**
1529 cumprimentou o Diretor de Vigilância Epidemiológica pelo Sistema Nacional de Vigilância, mas, por
1530 outro lado, frisou que é necessário melhorar a assistência. Perguntou sobre a real capacidade do
1531 Instituto Butantan na produção da vacina contra a Influenza A(H1N1), considerando as notícias na
1532 imprensa de compra de milhões de doses de vacinas e de que somente no primeiro trimestre de 2010
1533 seria cedido material ao instituto para produção. Conselheiro **Armando Raggio**, primeiro,
1534 cumprimentou o Ministério da Saúde pela resposta à Influenza A(H1N1), uma doença produzida pela
1535 má versão humana com o meio ambiente. Destacou que essa é a primeira doença acompanhada em
1536 tempo real, o que significa, de um lado, um mérito e, de outro, um desafio. Relatou que, diante da
1537 ameaça de uma epidemia de sarampo de Curitiba, na condição de Secretário de Saúde, optou pela
1538 vacinação da população com a tríplice viral (rubéola, sarampo e caxumba), diante da falta da vacina
1539 conta o sarampo. Disse que, passados alguns dias, a rede de saúde atendeu a diversos casos de
1540 caxumba por consequência da vacina. Disse que foi denunciado ao Conselho Regional de Medicina e,
1541 após apresentação da defesa, foi absolvido. Com esse relato, quis mostrar que é preciso ter a
1542 dignidade de reconhecer os erros e aprender com eles. Avaliou que a comunicação social do governo
1543 errou ao divulgar a idéia de que o país estava blindado contra a gripe, o que não era verdade.
1544 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou o investimento de R\$ 2,5 milhões para
1545 comunicação de risco e chamou a atenção para a falta de leitos de UTI. Considerando o cenário futuro,
1546 perguntou qual a prerrogativa do gestor em destinar leitos, em especial de UTIs, para casos de
1547 Influenza em unidades que não possuem a estrutura necessária e qual o direito do trabalhador de se
1548 proteger. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** solicitou maiores esclarecimentos sobre a aplicação
1549 do crédito suplementar de R\$ 2,1 milhões. Também perguntou sobre a estratégia de comunicação
1550 pressupondo uma segunda onda da pandemia. Por fim, quis saber se foram notificados casos em
1551 municípios com menos de 50 mil habitantes, predominantemente rurais. **Retorno da mesa.** O Diretor
1552 de Vigilância Epidemiológica, **Eduardo Hage**, respondeu aos questionamentos, explicando,
1553 inicialmente, que o SINAN registra os casos de doenças transmissíveis que são objetos de notificação.
1554 Informou que o Sistema registra um milhão de dados a respeito de todas as doenças. Em relação à
1555 Influenza A(H1N1), disse que foi implantada uma forma de notificação utilizando o SINAN com
1556 processos diferenciados (notificação *on line*). Destacou, inclusive, que o registro de óbitos por H1N1
1557 não foi feito pelo sistema de mortalidade, que possui defasagem natural, mas sim pelo SINAN. A
1558 respeito do tratamento, explicou que o protocolo do CDC é igual ao dos Estados Unidos (síndrome
1559 gripal com fator de risco ou com manifestação de gravidade). Contudo, salientou que nem todos os
1560 países seguem a recomendação da Organização Mundial da Saúde de tratamento com antivirais no
1561 caso de síndrome gripal com fator de risco ou com manifestação de gravidade. Alguns países optaram
1562 por disponibilizar medicamento para toda a população, como é o caso do Reino Unido, Chile e
1563 Argentina (esta não cumpriu porque não possui medicamento suficiente). Disse ainda que a resistência
1564 ao antiviral pode surgir para o H1N1 e para outros vírus respiratórios. Ressaltou que não é possível
1565 fazer comparação entre a mortalidade por síndrome respiratória grave causada por influenza e
1566 síndromes gripais de anos anteriores, porque não havia o registro daqueles casos em anos anteriores.
1567 Também destacou que a vacina contra infecções pneumocócicas será incluída no calendário de
1568 vacinação a partir de 2010. Portanto, haverá diminuição de casos por conta de medidas como a
1569 vacinação. Informou que alguns países realizaram levantamento e observaram que, em 2009, houve
1570 um aumento do número de óbitos por pneumonias e síndromes respiratórias por influenza. Comunicou
1571 que o Instituto Butantan já iniciou testes de eficácia e segurança da vacina e a expectativa é produção
1572 dos primeiros lotes em 2009. Contudo, reiterou que a produção não será suficiente para atender os
1573 grupos de riscos, por isso, será necessário adquirir tratamentos. Destacou que o conteúdo da
1574 informação é passado à comunidade de acordo com as informações disponíveis. Sobre a medida de
1575 contenção, explicou que foi adotada visando retardar a disseminação no território nacional, o que
1576 aconteceu, pois a transmissão sustentada no país iniciou-se sessenta dias após os casos na Argentina.
1577 Clarificou que a questão do fator de risco está sendo objeto de estudo pelos países e o grupo de
1578 adultos jovens é o mais afetado, mas não o de maior risco para desenvolver forma grave ou chegar a
1579 óbito. Sobre os leitos de UTI, concordou que se constitui um problema em termos de taxa de ocupação
1580 em qualquer situação. Frisou que, no Brasil, a taxa de ocupação de leitos por influenza não superou
1581 50%. Acrescentou que o financiamento será utilizado para reforçar a rede de atenção básica e de alta
1582 complexidade, em especial para leitos de UTI. Além disso, os recursos suplementares serão utilizados

para custear a aquisição de vacinas, recomposição e ampliação de estoque de antivirais, aquisição de equipamentos de proteção individual, insumos de laboratórios e descentralização da rede de laboratórios. Destacou que é preciso aperfeiçoar a comunicação de risco e garantir-la de forma contínua no sentido de clarificar as medidas a serem adotadas. Por fim, disse que 35% dos municípios possuem registro de caso, predominando em cidades de médio e grande porte, especialmente capitais e grandes centros urbanos. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** agradeceu a presença do Diretor de Vigilância Epidemiológica e avaliou que esse tema remete à necessidade de promover debate no CNS sobre complexo produtivo em saúde - ciência e tecnologia. Também frisou que é importante aprofundar a discussão sobre a epidemiologia e a influência dos dados epidemiológicos na definição de políticas públicas. Por fim, propôs que a COFIN faça análise qualitativa e quantitativa dos investimentos emergenciais para o controle do vírus da Influenza A(H1N1) em comparação ao montante aplicado no combate à Dengue. ***Deliberação: pautar debate no CNS sobre complexo produtivo de saúde (convidar a SCIT/MS); aprofundar debate no CNS sobre a epidemiologia (influência dos dados epidemiológicos na definição de políticas públicas); fazer síntese da apresentação do Dr. Hage e das intervenções para ser encaminhada aos conselhos de saúde no sentido de subsidiar o debate desse assunto nesses espaços; e solicitar à COFIN uma análise qualitativa e quantitativa dos investimentos emergenciais para o controle do vírus da Influenza A(H1N1) em comparação ao montante aplicado no combate à Dengue.*** Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu o convidado e encerrou a discussão desse item. Antes de iniciar o próximo ponto da pauta, o Presidente do CNS fez um informe sobre a questão do protocolo da doença celíaca. Explicou que a Secretaria-Executiva do CNS enviou ofício ao Gabinete do Ministro da Saúde solicitando informações a respeito da publicação do protocolo. Contudo, até aquele momento não obteve resposta. Desse modo, disse que, caso não houvesse manifestação até o final do dia, o caminho seria acionar o Ministério Público.

ITEM 10 – CONFERÊNCIA NACIONAL DE COMUNICAÇÃO – CONFECOM - Coordenação: Conselheiro **Volmir Raimondi**, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação: **Marcelo Bechaera**, Presidente da Conferência Nacional de Comunicação – CONFECOM. O Presidente da CONFECOM iniciou agradecendo o convite para falar da 1ª Conferência Nacional de Comunicação no CNS, que, nas suas palavras, é um exemplo de participação social em política pública. Explicou que a 1ª CONFECOM foi convocada por decreto presidencial datado de 16 de abril de 2009. Em seguida, o Ministro das Comunicações, por meio da Portaria nº 185, de 20 de abril de 2009, compôs a Comissão Organizadora de forma tripartite. Explicou que a etapa nacional será realizada nos dias 1º, 2 e 3 de dezembro de 2009, em Brasília, e terá como tema “Comunicação: meios para a construção de direitos e de cidadania na era digital”. Antes da etapa nacional, haverá prévias municipais e estaduais. O objetivo é colocar em pauta discussões que podem modernizar a legislação do setor de comunicações e as políticas públicas. Destacou que na preparação da Conferência há desafios a serem enfrentados: corte de orçamento em mais de 80%; e pouco prazo para preparação – convocação em abril e realização em dezembro 2009. Disse que a Conferência é presidida pelo Ministro das Comunicações e conta com a colaboração direta da Secretaria de Comunicação Social e da Secretaria Geral da Presidência da República. Informou que o Regimento Interno foi publicado por meio da Portaria nº 667, de 2 de setembro de 2009, e define os eixos temáticos da Conferência: I - Produção de Conteúdo; II - Meios de Distribuição; III - Cidadania: Direitos e Deveres; e Produção de conteúdo. Detalhou que no eixo I serão debatidos os seguintes temas: conteúdo nacional; produção independente; produção regional; garantia de distribuição; incentivos; tributação; financiamento; fiscalização; propriedade das entidades produtoras de conteúdo; propriedade intelectual; órgãos reguladores; competição; aspectos federativos; marco legal e regulatório. No eixo II, serão tratados os seguintes temas: televisão aberta; rádio; rádios e TVs comunitárias; internet; telecomunicações; banda larga; TV por assinatura; cinema; mídia impressa; mercado editorial; sistemas público, privado e estatal; multiprogramação; tributação; financiamento; responsabilidade editorial; sistema de outorgas; fiscalização; propriedade das entidades distribuidoras de conteúdo; órgãos reguladores; aspectos federativos; infra-estrutura; administração do espectro; publicidade; competição; normas e padrões; marco legal e regulatório. No eixo III, serão debatidas questões como: Cidadania: direitos e deveres, serão tratados os seguintes temas: democratização da comunicação; participação social na comunicação; liberdade de expressão; soberania nacional; inclusão social; desenvolvimento sustentável; classificação indicativa; fiscalização; órgãos reguladores; aspectos federativos; educação para a mídia; direito à comunicação; acesso à cultura e à educação; respeito e promoção da diversidade cultural, religiosa, étnico-racial, de gênero, orientação sexual; proteção a segmentos vulneráveis, como crianças e adolescentes; marco legal e regulatório. Fechou a apresentação explicando que as reuniões da comissão organizadora são semanais e destacando que espera contar com a expertise do CNS na realização de conferências. **Manifestações**. Conselheira **Silvia Casagrande**, coordenadora da CICIS/CNS, primeiro, levantou as seguintes preocupações a respeito da 1ª CONFECOM: composição da conferência – 40% de empresários, 20% sociedade e 20% governo; e quorum para aprovação das propostas – 60% mais um (o que são temas sensíveis?). A

1644 respeito do Regimento Interno da Conferência, propôs que seja submetido à aprovação dos delegados
1645 na Plenária de Abertura. No mais, lembrou que foi encaminhada proposta ao Ministério das
1646 Comunicações pleiteando a participação do CNS como convidado na comissão organizadora e como
1647 delegado na Conferência. Comunicou que a Comissão está elaborando texto sobre comunicação e
1648 saúde que será enviado aos conselheiros para receber contribuições e pautado na próxima reunião do
1649 CNS para aprovação. Também apresentou a proposta de instituir fórum para que o controle social
1650 discuta comunicação e saúde no contexto da Conferência. Agregado ao fórum, sugeriu a realização de
1651 uma videoconferência. Por fim, solicitou a divulgação do calendário das conferências estaduais e
1652 municipais. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, da CICIS/CNS, cumprimentou o Presidente da
1653 CONFECOM pela apresentação e reforçou a preocupação com a composição da conferência e o
1654 percentual para aprovação das propostas. Sugeriu que na Conferência seja promovido debate sobre a
1655 possibilidade de concessão de espaço para o controle social na TV Estatal visando o debate de
1656 questões relativas às políticas sociais. Também perguntou como ampliar a capacidade de comunicação
1657 por meio do rádio. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** saudou o Presidente da Conferência pela
1658 apresentação e solicitou que sejam disponibilizadas cópias dos contratos de concessão para TVs e
1659 detalhamento dos critérios para renovação, a fim de subsidiar debate no CNS sobre o tema e levar
1660 posicionamento para a Conferência. Conselheiro **Afonso Magalhães** reconheceu avanços a respeito
1661 dos meios de comunicação e defendeu que as conferências tenham poder de deliberação, apesar de
1662 reconhecer que se trata de um processo construído na democracia popular. **Retorno da mesa.** O
1663 Presidente da 1ª CONFECOM, **Marcelo Bechaera**, respondeu que a composição da Comissão
1664 Organizadora é tripartite - poder público, sociedade empresarial e sociedade civil. Disse que o poder
1665 público concordou em reduzir o seu percentual de vagas para garantir maior representação dos
1666 movimentos sociais e da sociedade empresarial. Pontuou ainda que é impossível discutir comunicação
1667 sem a presença do setor empresarial. Explicou que a deliberação das questões sensíveis será por voto
1668 dos titulares, considerada uma proporção de sessenta por cento dos presentes para aprovação,
1669 devendo, pelo menos um voto de cada segmento, compor o total apurado. Citou como exemplo de
1670 tema sensível a proposta de extinção do Ministério das Comunicações. Explicou que o Regimento
1671 Interno dispõe de questões relativas a todas as etapas da Conferência, portanto, ao ser aprovado na
1672 abertura da etapa nacional muitas das questões dispostas já teriam ocorrido. Nesse sentido,
1673 ponderou que seria mais viável aprovar na etapa nacional o regulamento para essa etapa. Sobre a
1674 comissão organizadora, clarificou que seis representações de entidades empresariais retiraram-se, mas
1675 se optou por não a recompor. Contudo, isso não impede a participação do CNS. A respeito da
1676 delegação, explicou que é composta por cerca de 1500 delegados, sendo: natos – integrantes da
1677 comissão organizadora; indicados - governo federal; e demais – eleitos pelos Estados nas etapas
1678 estaduais. Destacou que é preciso abrir espaço para TV da saúde e da ciência e tecnologia. Sobre as
1679 propostas do fórum e de videoconferência, disse que aguarda serem debatidas para serem
1680 encaminhadas. Apresentou também o calendário da 1ª CONFECOM: até 31 de agosto de 2009 –
1681 Conferências municipais; até 31 de outubro de 2009 – conferências estaduais; e 1, 2 e 3 de dezembro
1682 de 2009 – conferência nacional. Destacou que a Conferência pode propor questões para
1683 regulamentação das TVs. Disse ainda que o rádio precisa avançar como, por exemplo, a TV digital que
1684 está presente em 23 Estados e dezoito Capitais. Além disso, enfatizou que é preciso atenção para as
1685 rádios de difusão comunitária. Também clarificou que a minuta do contrato de concessão está
1686 estabelecida no decreto nº. 88/066, de 1983. Detalhou que a outorga ou a concessão de um serviço de
1687 rádio fusão é um ato complexo que passa pelos três Poderes. Por fim, agradeceu o convite e
1688 manifestou a sua satisfação e desejo que o Conselho de Comunicação Social tenha atuação e
1689 representatividade similar ao CNS. **Deliberação:** o CNS reiterou a solicitação para participar da
1690 Comissão Organizadora da Conferência na condição de convidado e para participar da etapa
1691 nacional na condição de delegado e recomendou que esse pleito seja submetido à apreciação
1692 da comissão organizadora da Conferência. A CICIS/CNS finalizará o documento com as
1693 sugestões para a 1ª CONFECOM e o encaminhará aos conselheiros no sentido de receber
1694 sugestões. O documento, ao ser concluído, será enviado aos conselhos de saúde para servir de
1695 subsídio aos debates. Finalizando, Conselheiro **Volmir Raimondi** agradeceu a presença do
1696 Presidente da Conferência e encerrou a discussão desse item. Em seguida, a Secretaria-Executiva do
1697 CNS retomou a discussão dos informes e indicações e das pendências da reunião. Primeiro,
1698 apresentou minuta de recomendação, elaborada pelo segmento dos usuários, que solicita à Comissão
1699 Eleitoral que observe as seguintes recomendações: 1. O item III da Resolução CNS 333/ 2003 afirma:
1700 “a representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a
1701 complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde”.
1702 Portanto, a abrangência nacional é um dos critérios necessários para homologação da inscrição de
1703 Entidades e Movimentos Sociais, o implica detalhamento do artigo 7º, inciso I, da Resolução CNS
1704 424/09. Em que pese não se poder afirmar uma lista única de documentos capazes de comprovar a

1705 abrangência Nacional, requisito claramente tratado nos artigos 4º e 5º, do decreto 5.839/2006, tais
1706 comprovações devem ser efetivadas com rigor, de acordo com as características do solicitante; 2. A
1707 Comissão Eleitoral deve elaborar um modelo de requerimento no qual o solicitante de inscrição para a
1708 eleição indique seu segmento como entidade de profissionais de saúde ou de usuários, considerando o
1709 artigo 6º, § 2º e artigo 8º da Resolução CNS 424/09, com as seguintes classificações de
1710 representatividade para o segmento de usuários: a) entidades nacionais de defesa dos portadores de
1711 patologias e deficiências; b) confederações nacionais de entidades religiosas; c) centrais sindicais
1712 nacionais; d) entidades nacionais de aposentados e pensionistas; e) entidades nacionais de
1713 trabalhadores rurais; f) entidades nacionais de associações de moradores e movimentos comunitários;
1714 g) entidades nacionais ambientalistas; h) entidades nacionais de defesa dos direitos humanos ou dos
1715 direitos do consumidor; i) entidades ou movimentos nacionais da população negra; j) entidades
1716 nacionais de organizações indígenas; k) entidades ou movimentos nacionais organizados de mulheres
1717 em saúde; l) entidades ou movimentos sociais e populares nacionais organizados; m) entidades ou
1718 movimentos nacionais de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais; n) entidades nacionais gerais de
1719 estudantes; 3. As homologações das inscrições devem ser amplamente divulgadas, garantindo-se o
1720 direito do pleno exercício do contraditório, para que não sobrevenham na eleição quaisquer posteriores
1721 reclames; 4. Devem ser consideradas as condições de acessibilidade física e sensorial aos
1722 participantes da eleição, previstas no Decreto 5.296/2004; 5. A organização da eleição deve ser
1723 divulgada e detalhada em um documento orientador didático, baseado na Resolução CNS 424/09, com
1724 destaque para o cronograma eleitoral e critérios para a participação de observadores. **Deliberação:** a
1725 recomendação foi aprovada com as seguintes alterações: substituição de “entidades ou
1726 movimentos nacionais de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais” por “entidades ou
1727 movimentos nacionais de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros” e “observadores” por
1728 “fiscais”. Em seguida, submeteu à apreciação do Pleno o texto final da moção de repúdio, resultado
1729 do debate do item 6 da pauta “Direitos sexuais e direitos reprodutivos”, ao médico Roger Abdelmassih e
1730 sua Clínica ainda em funcionamento. **Deliberação:** aprovado o texto da moção com a correção de
1731 “Ducentésima Segunda Reunião Ordinária” por “Ducentésima Primeira Reunião Ordinária”. Na
1732 seqüência, solicitou a indicação de nomes para as Caravanas em Defesa do SUS agendas para o mês
1733 de outubro. a) Caravana de São Paulo-SP- dia 1º - *Indicações:* Armando Guastapaglia; Ciro
1734 Mortella; Daniela batalha; João Donizete Scaboli; Jose Marcos; Maria Izabel; Nildes Oliveira;
1735 Mariza Fúria; Juarez Pires; Merula Emmanoel; Karina Bozola; Silvia Vignola; Arnaldo Marcolino;
1736 Jorge Venâncio; Sérgio Metzger; e Wanderley. b) Caravana de Palmas -TO- dia 6. *Indicações:*
1737 Graciara Matos de Azevedo; Maria Laura Carvalho; Lílian Alicke ou Marisa Fúria. c) Caravana
1738 Aracaju- SE – dia 16. *Indicações:* Raimundo Soterro; Carmen Lúcia Luiz; e Ailson dos Santos. d)
1739 Caravana de Macapá-AP – dia 19 ou 20 (aguarda confirmação). *Indicações:* Ruth Bittencourt;
1740 Jurema Werneck (se for dia 20 de outubro); Keillaf Miranda; Valdenir de Andrade França; e
1741 Arnaldo Marcolino. e) Caravana Belém- PA- dia 22. *Indicações:* Keyllaf Miranda; Wanderlei; Luiz
1742 Antônio Neves; Valdenir de Andrade França. Consultar os conselheiros que se colocaram à
1743 disposição. f) Belo Horizonte – MG – dia 26. *Indicações:* Geraldo Adão; Fernando Luiz Eliotério; e
1744 um a indicar (SE consultará). g) Caravana Maceió-AL- dia 29. *Indicações:* Alceu José Pimentel;
1745 Carmen Lúcia Luiz; Alexandre Magno; Raquel Rigotto (consultar). Em seguida, Conselheira Silva
1746 Vignola registrou o questionamento quanto à indicação do nome do Sr. Mauricio Ceschin para o cargo
1747 de Diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar, tendo em vista
1748 que até recentemente o indicado ocupava a presidência executiva de uma corretora de seguros que
1749 comercializa planos e seguros de saúde coletivos. Considerando que a indicação será apreciada pelo
1750 Senado Federal, propôs que o CNS se manifeste contra o nome, assim como já fizeram 65 entidades.
1751 **Deliberação:** o Pleno aprovou moção de protesto à indicação do nome do Sr. Mauricio Ceschin
1752 para o cargo de Diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar
1753 e decidiu encaminhar o documento para ANS, Ministério da Saúde, Senado Federal, Casa Civil e
1754 Presidência da República. Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos sugeriu que o CNS aprove
1755 moção de aplauso à publicação das resoluções da ANVISA nº.s 44 e 47, de 2009, que dispõem sobre o
1756 uso racional de medicamento. **Deliberação:** o texto será apreciado na próxima reunião. Na
1757 seqüência, Conselheira Rosângela Santos informou o Pleno sobre a Carta enviada ao CNS, assinada
1758 por 26 entidades, requerendo que o Conselho solicite esclarecimentos ao Programa Nacional de
1759 Hepatites Virais sobre a transferência desse Programa para o Departamento de DST/AIDS
1760 (financiamento e reuniões acordadas com as entidades sobre as questões relativas à Hepatite).
1761 **Deliberação:** solicitar esclarecimentos à SAS/MS e à SVS sobre a transferência do Programa
1762 Nacional de Hepatites Virais; e pautar o assunto na próxima reunião da Comissão de
1763 Acompanhamento das Políticas de DST/AIDS. Na seqüência, Conselheiro Volmir Raimondi
1764 submeteu à apreciação do Pleno a seguinte mudança na composição do GT de órteses e próteses:
1765 substituição da conselheira Gyselle Saddi Tannous pela conselheira Rosângela Santos.

1766 **Deliberação: substituição aprovada.** Em seguida, a Secretaria-Executiva do CNS apresentou o pleito
1767 da CICIS/CNS de pautar novo debate no CNS sobre o Cartão SUS, com foco nos seguintes aspectos:
1768 contratação do serviço de implantação, previsão orçamentária, previsão de implementação e forma de
1769 gerenciamento. **Deliberação: a solicitação de pauta foi aprovada.** A seguir, apresentou a sugestão
1770 da data de 18 de setembro de 2009 para visita in loco do GT do CNS para tratar de irregularidade na
1771 Composição do CES/RJ. (composição do GT: Wilen Heil, Artur Custódio, Ubiratan Cassano, Luiz
1772 Antônio Neves, CONASS). **Deliberação: aprovada a data da visita e a substituição da Conselheira**
1773 **Jurema Werneck por Artur Custódio.** Na seqüência, a Secretaria-Executiva do CNS solicitou aos
1774 conselheiros o preenchimento do Cadastro para atualização de dados. A respeito da resolução do
1775 Distrito Federal, acordou-se que o Presidente do CNS redigirá o texto e enviará aos conselheiros para
1776 conhecimento. Finalizando, a Secretaria-Executiva informou o Pleno sobre a publicação da Consulta
1777 Pública nº 31, de 8 de Setembro de 2009. **Deliberação: disponibilizar no site do CNS para**
1778 **possibilitar contribuições.** Os demais itens dos informes e indicações foram adiados para a próxima
1779 reunião: Conferência Mundial de Sistemas Universais de Seguridade Social e de Saúde- 22 a 26 de
1780 Março de 2010 Brasília / Brasil - Seminário Nacional de Sistema Universal de Seguridade Social e
1781 Saúde 4,5 e 6 de Dezembro de 2009-Brasília – DF; Conferência Nacional de Saúde Ambiental- 20
1782 Delegados- A Comissão solicita 12 Delegados para a CISAMA e 08 indicados no Pleno; III Encontro
1783 Nacional de Comitê de Ética de Pesquisa e lançamento da Plataforma Brasil de Pesquisa com Seres
1784 Humanos. 20,21 e 22 de Novembro de 2009 em São Paulo-SP; Comissão Permanente de Assistência
1785 Farmacêutica - CPAF- indicação de nome de suplente no lugar do CONASS. **ENCERRAMENTO** -
1786 Nada mais havendo a tratar, Conselheiro **Volmir Raimondi** encerrou a reunião agradecendo os
1787 presentes, os internautas que acompanhavam a reunião, a Secretaria-Executiva do CNS e aqueles que
1788 contribuíram para o sucesso da reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares** -
1789 **Ailson dos Santos, Antônio Alves de Souza, Arilson Cardoso, Armando Tadeu Gastapaglia, Artur**
1790 **Custódio M. de Souza, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Clair Castilhos**
1791 **Coelho, Clóvis Boufleur, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Graciara Matos de**
1792 **Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Luiz Antônio**
1793 **da Silva Neves, Luiz Augusto Facchini, Maria Goretti David Lopes, Maria Helena Machado, Nildes**
1794 **de Oliveira Andrade, Rogério Torkaski, Rosângela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt,**
1795 **Silvia Martins Casagrande, Valdenir Andrade França e Volmir Raimondi.** **Suplentes:** **Alceu José**
1796 **Peixoto Pimentel, Arnaldo Marcolino, Celso Fernando Ribeiro Araújo, Eline Jonas, Jorge Alves**
1797 **de Almeida Venâncio, Jovita José Rosa, Keylaff Maria Alves de Miranda, Jurandi Frutuoso Silva,**
1798 **Luiz Alberto Catanoce, Luís Augusto Salomon, Maria do Socorro Souza, Maria Laura Carvalho**
1799 **Bicca, Maria Thereza Almeida Antunes, Marinho Romário Valente, Nelci Dias da Silva, Paulo**
1800 **César Augusto de Souza, Sérgio Metzger e Sílvia Regina do Amaral Vignola.**