



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

8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16 ATA DA DUCENTÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DO  
17 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS  
18  
19

20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
Aos quatorze e quinze dias do mês de outubro de dois mil e nove, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala "B", Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Segunda Reunião Ordinária do CNS. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, procedeu à abertura dos trabalhos com saudação aos presentes e aos internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, submeteu à apreciação do Pleno a pauta da reunião para a qual não houve destaques. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** ponderou que o CNS deveria participar da mobilização da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, no Congresso Nacional, em prol da regulamentação da EC nº. 29. **Deliberação: o Pleno decidiu definir uma delegação para participar da mobilização. Os nomes seriam indicados posteriormente.** ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 201ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, submeteu à apreciação do Pleno a ata da 201ª Reunião Ordinária do CNS. **Deliberação: Não havendo destaques, a ata foi aprovada por unanimidade.** ITEM 2 – SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO - *Coordenação: Conselheiro Francisco Batista Júnior, Presidente do CNS. Convidados: Arthur Pinto Filho, Promotor de Justiça de Direitos Humanos – Saúde Pública do MPE/SP; Benedito Augusto de Oliveira, Presidente do Sindicato da Saúde Pública no Estado de São Paulo; Maria Aparecida do Amaral Godói de Faria, Presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social de São Paulo – CNTSS/SP.* O Presidente do Conselho Estadual de Saúde de SP também foi convidado, mas justificou a sua impossibilidade de participação. Inicialmente, o Presidente do CNS recuperou que, na última reunião, o Pleno aprovou uma resolução sobre a terceirização do hospital de Santa Maria e decidiu pautar o debate de situações semelhantes. Nessa lógica, a Mesa Diretora incluiu a situação do sistema de saúde no Estado de São Paulo na pauta. Feita essa contextualização, abriu a palavra ao Promotor de Justiça de Direitos Humanos, **Arthur Pinto Filho**, que fez um panorama da situação do Estado de São Paulo, com foco no setor saúde. O promotor iniciou explicando que no Estado de São Paulo a situação de calamidade aparece em todos os setores. Exemplificou com a questão da segurança pública em que o PCC comanda ações criminosas de dentro da cadeia e não há resposta do Estado. Também destacou que a situação da educação é lamentável e a qualidade de vida ruim por conta, dentre outros fatores, dos engarrafamentos e da precariedade do transporte público. Destacou que a Constituição Federal de 1988 foi pensada antes do surgimento do liberalismo. Assim, após 88, o liberalismo atingiu profundamente a Carta Magna, tendo como resultado inclusive a queda do capítulo da preservação da indústria nacional. Contudo, pontuou que o SUS não sofreu poder constituinte reformador. Na sua avaliação, se o liberalismo avançou com a queda do muro de Berlim, o seu fim deu-se com a quebra do banco americano Lehman Brothers. Contudo, não se sabe o modelo a ser seguido. Disse que o fim do liberalismo vai trazer prejuízos para países e estados, como São Paulo, que seguem esse velho modelo. Explicou que esse modelo está presente na saúde pública de São Paulo desde a década de 90 e a sua primeira fase foi o modelo do PAS, implantado no governo do Maluf e do Pitta, que possui estreita ligação com o modelo das OSs. Clarificou que o PAS recebia instalações e equipamentos públicos, além de transferência de recursos públicos, sem licitação, cabendo ao Estado o controle e fiscalização dos serviços. Disse que esse modelo acabou em CPI da Câmara de Vereadores que levantou uma série de irregularidades e existem várias ações penais, civis e de indenização. Ainda na lógica da ineficiência do Estado, explicou que surgiu o modelo das OSs em 1998. Destacou que esse modelo possui os seguintes problemas: contrato de gestão sem licitação e dificuldade de fiscalização pelos órgãos responsáveis (Assembléia Legislativa, Tribunal de Contas e Poder Executivo). Disse que, mesmo com os problemas desse modelo, em setembro de 2009, o Estado de São Paulo radicalizou a Lei ao permitir: terceirização de todos os equipamentos; e pagamento, pela OS, de um "plus" ao funcionário público. Ressaltou que a Lei também permitia a entrega de 25% das vagas públicas para a iniciativa privada ou a planos de saúde, todavia, por conta da pressão da sociedade, o governo, embora tenha defendido a proposta, a vetou. Com base nessa nova lei, disse que se anuncia a terceirização do Hospital Brigadeiro. Detalhou que essa unidade, no

57 início de 2000, encontrava-se em uma grave situação de deteriorização com riscos aos funcionários e  
58 aos pacientes. Diante do dossiê dos funcionários, o Ministério Público entregou com ação civil pública  
59 para que o Estado reequipasse o hospital. Em resposta, o hospital foi reformado e funciona muito bem  
60 como hospital público. Desse modo, frisou que a terceirização dessa unidade não se justifica.  
61 Ressaltou que o Ministério Público estabeleceu inquérito civil para acompanhar essa questão da  
62 terceirização. Continuando, explicou que a cidade de São Paulo possui uma nova experiência  
63 chamada "Assistência Médica Ambulatorial – AMA", criada nas unidades básicas de saúde, composta  
64 por dois clínicos, dois pediatras, um cirurgião e enfermeiros. Explicou que metade das AMAs foram  
65 terceirizadas sem licitação e sem a manifestação do CES/SP. Em síntese, disse que o modelo de  
66 saúde de São Paulo, em grande parte, está entregue a OSs e funciona muito mal, com filas para  
67 qualquer tipo de atendimento. Ressaltou que as Organizações Sociais não mostraram maior eficácia  
68 no atendimento da população em relação ao serviço público tradicional. Além disso, salientou esse  
69 modelo apresenta os problemas como ausência de controle efetivo dos gastos das OSs, por parte do  
70 Estado e do Município. Também relatou que várias Organizações não seguem a política de saúde e,  
71 para ilustrar, citou o caso de duas OSs entregues a organizações católicas que se negam a realizar  
72 procedimento de laqueadura e vasectomia e a distribuir preservativo. Também citou outros exemplos  
73 para reforçar que o modelo das OSs no Estado de São Paulo é problemático e precisa ser revisto.  
74 Finalizando, colocou o anseio de que nessa virada da história o modelo seja repensado e a saúde  
75 pública siga os traços gestados pelo poder constituinte originário. Na seqüência, o Presidente do  
76 Sindicato da Saúde Pública no Estado de São Paulo, **Benedito Augusto de Oliveira**, fez uma  
77 explanação sobre os prejuízos causados pelo processo de privatização no Estado de São Paulo.  
78 Explicou que esse processo possui uma trajetória de sucateamento da política pública e utilização da  
79 argumentação da ineficiência do estado ou da gestão da política pública. Citou como exemplo a  
80 privatização das estradas do Estado de São Paulo, com pagamento de diversos pedágios. Avaliou que  
81 a situação em São Paulo vai de encontro aos princípios básicos do SUS e ilustrou com a situação do  
82 INCOR de São Paulo onde 50% dos serviços estão sob a gestão de uma fundação, ferindo o princípio  
83 da universalidade. Acrescentou que recentemente descobriu-se que o INCOR possui um déficit  
84 orçamentário de R\$ 250 milhões, montante pago pela União e pelo Estado, sem nenhuma fiscalização.  
85 Citou também o caso de um ministro que operou outro nessa unidade. Além disso, avaliou que a  
86 terceirização confronta-se com o princípio da integralidade ao incluir um hospital privado no âmbito de  
87 um pacto com ordem de serviços e assistência. Acrescentou que fere a equidade pelo fato de o  
88 equipamento ser privado. Também enfatizou que as deliberações do controle social no Estado de São  
89 Paulo não são respeitadas. Denunciou ainda a terceirização dos laboratórios do Estado, explicando  
90 que são financiados por um banco americano. Fechou a sua fala solicitando ajuda do CNS para  
91 resgatar o controle social do Estado de São Paulo. Em seguida, a Presidente da CNTSS/SP, **Maria**  
92 **Aparecida Godói**, fez a leitura de um documento do Sindsaude de São Paulo por conta da aprovação  
93 da Lei Complementar que radicaliza, de fato, as OSs em São Paulo. No documento, o Sindsaúde de  
94 São Paulo e outras entidades da sociedade civil questionaram o mecanismo entendendo que não  
95 estavam garantidos nesses serviços os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade.  
96 Destacou que, ao contrário do que se afirma, os serviços da OSs não são melhores que os da  
97 Administração Direta. Além disso, custam mais caro e a contratação de pessoal é feita sem concurso,  
98 com pagamento de altos salários para os cargos de direção. Lembrou, inclusive, que o CNS, por meio  
99 da deliberação nº. 1 de março de 2005, posicionou-se contrário às terceirizações na área de saúde,  
100 incluindo as OSs. Acrescentou que o CES/SP, em março de 2006, aprovou deliberação no mesmo  
101 sentido. Em fevereiro de 2007, foi anunciado que o INCOR, gerenciado pela fundação privada Zerbine,  
102 possuía dívida acumulada de R\$ 246 milhões. Ressaltou que esse montante é resultado de compras  
103 com valores acima do mercado, contratação de serviços de consultoria com suspeita de super  
104 faturamento e utilização de recursos do SUS e do Tesouro utilizados para construção da unidade do  
105 Instituto em Brasília. Disse que, em 2007, o Sindsaúde apresentou um dossiê sobre a terceirização de  
106 laboratórios públicos da SES para organização social Sociedade Assistencial Bandeirantes, que é  
107 utilizada como fachada para o repasse dos serviços ao laboratório privado lucrativo Científica Lab.  
108 Acrescentou que esse modelo, mesmo sem a aprovação do CNS e do CES/SP, está sendo levado a  
109 outros estados do país, a exemplo de Sergipe e Pará. Por fim, frisou que é preciso atitude para  
110 preservar os princípios do SUS e de gestão pública transparente e democrática que estão sob ameaça.  
111 Antes de abrir a palavra ao Pleno, o Presidente do CNS fez algumas considerações sobre o assunto.  
112 Destacou que não se deve confundir a parceria com setor privado, assegurada na Constituição Federal  
113 de forma complementar, com a privatização da gerência dos serviços públicos. Também chamou a  
114 atenção para o levantamento do IPEA demonstrando que os serviços públicos no Brasil são mais  
115 produtivos e eficientes que os privados. Avaliou ainda que o neoliberalismo está forte como nunca e  
116 conseguindo reverter a crise a seu favor. Contudo, reconheceu o questionamento de valores, com  
117 movimento nos Estados Unidos e na América como um todo em relação à participação mais efetiva do

118 Estado. No caso da saúde, destacou que existe uma ofensiva conservadora do velho modelo, com  
119 defesa da privatização da gerência e gestão do SUS. **Manifestações.** Conselheiro **Jorge Venâncio**  
120 destacou que o sistema de telefonia de São Paulo, citado como avanço da terceirização, não funciona,  
121 resultando em um caos. No caso da saúde, disse que, na verdade, não se tratam de organizações  
122 sociais sem fins lucrativos e de interesse público. Diante da gravidade, enfatizou que é preciso tomar  
123 providências urgentes para acabar com essa situação. Conselheiro **Sérgio Metzger** cumprimentou os  
124 expositores e entregou uma cópia do resultado do estudo da COFIN que aponta dados preocupantes.  
125 Enfatizou que a luta deve ser bem travada, inclusive do ponto de vista técnico. Além disso, disse que é  
126 necessário levar essa discussão para uma mídia mais qualificada para que a população tome  
127 conhecimento da real situação. Também denunciou a cobrança para a realização de cirurgia e solicitou  
128 que o Ministério Público fique atento para a existência de fila dupla informal. Conselheira **Jurema**  
129 **Werneck**, primeiro, pontuou que o debate desse assunto no CNS significa que o controle social de São  
130 Paulo não está inativo, nem inoperante e silenciado. Também destacou a importância dessa pauta,  
131 antecedidas de outros como a situação do Rio Grande do Norte, Distrito Federal e enfatizou ser  
132 necessário debater outras situações graves como a do Rio de Janeiro. Na lógica de definir  
133 encaminhamento para essa situação, ponderou sobre a oportunidade de propor o descredenciamento  
134 da gestão estadual. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** informou que o MORHAN, assim como  
135 outras entidades, entrou com ações no Ministério Público. Desse modo, propôs que fosse feito um  
136 levantamento dessas entidades e das promotorias acionadas para montar um mapa político das ações  
137 no Estado e definir alternativas conjuntas para reverter a situação. Conselheira **Maria Izabel da Silva**  
138 cumprimentou o Pleno por pautar esse debate e avaliou que o velho liberalismo está se renovando.  
139 Enfatizou que a situação no Estado de São Paulo não está pior por conta da atuação do controle  
140 social. Ressaltou que é preciso abrir o círculo da imprensa do Estado e defendeu o descredenciamento  
141 da gestão estadual. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** salientou que o controle social e o Ministério  
142 Público podem reverter o discurso de gestores de ineficiência do Estado para gerir e oferecer serviços  
143 à população. Também perguntou, diante da terceirização em SP, como fica a situação das Santas  
144 Casas e hospitais filantrópicos, prestadores de serviços conveniados. Pontuou ainda que projetos são  
145 enviados às assembléias legislativas, sem a apreciação dos conselhos de saúde. Em sendo assim,  
146 defendeu a atuação nas assembléias legislativas e fortalecimento da parceria com o MP para evitar a  
147 aprovação de projetos prejudiciais ao setor saúde. Conselheiro **Alexandre Magno** perguntou qual a  
148 visão do Ministério Público sobre o capitalismo diante do declínio da lei e como barrar esse processo.  
149 Além disso, quis saber como esse órgão de controle vê o descumprimento das deliberações dos  
150 conselhos de saúde pela gestão. Conselheira **Maria Thereza Antunes** disse que o Estado de  
151 Pernambuco utiliza o discurso de que segue o modelo de São Paulo para justificar a terceirização.  
152 Ressaltou que o CES/PE está atuando para barrar esse processo e solicitou o apoio do CNS nessa  
153 luta. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, primeiro, registrou que o setor privado não é parceiro  
154 do SUS, pois atua de forma complementar ao Sistema. Disse que a primeira tarefa do CNS é  
155 formalizar para a sociedade brasileira o projeto político para o país e os princípios da gestão. Também  
156 destacou que é importante incluir a questão do subfinanciamento da saúde na pauta de debate.  
157 Conselheiro **Luiz Antônio Neves** cumprimentou os expositores pela explanação e avaliou que o CNS  
158 deve discutir essa questão de forma mais permanente, por se tratar de um tema recorrente. Em sua  
159 avaliação, é preciso discutir um conjunto de alternativas, dentro da lei. Como encaminhamento, propôs  
160 que o CNS pauta esse tema de forma permanente, por meio das Comissões, com a participação do  
161 CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde, considerando, inclusive, experiências exitosas de gestão  
162 para apontar soluções. O Presidente do CNS lembrou que o Conselho possui quatro propostas  
163 consensuadas com CONASS e CONASEMS, que contemplam: autonomia administrativa e financeira,  
164 profissionalização da gestão, carreira única da saúde, serviço civil em saúde e alteração na lei de  
165 responsabilidade fiscal. Acrescentou que essas propostas foram entregues ao Ministro da Saúde e a  
166 intenção é entregá-las em mão ao Presidente da República. Conselheiro **José Ruben Rebellato**  
167 destacou que, apesar dos altos custos dos pedágios, as estradas privatizadas no Estado de São  
168 Paulo, diferente da saúde, funcionam muito bem. Perguntou ao promotor se as Organizações Sociais  
169 seriam possíveis, do ponto de vista conceitual, se não houvesse os problemas citados. Conselheira  
170 **Maria Helena Machado** propôs que o Pleno encaminhe o tema para debate na CIRH/CNS e na Mesa  
171 de Negociação do SUS. Conselheiro **Afonso Magalhães** disse que é preciso considerar a dimensão  
172 política desse problema, a fim de evitar debates setoriais e isolados. Também chamou a atenção para  
173 a importância da participação de conselheiros nacionais na mobilização que estava ocorrendo no  
174 Congresso Nacional em prol da regulamentação da EC nº. 29. O Presidente do CNS lembrou que seria  
175 definida delegação do CNS para contribuir na mobilização, durante o período da tarde. Conselheiro  
176 **Armando Raggio** perguntou se os gestores do Município e do Estado de São Paulo foram convidados  
177 a participar do debate. Também lançou a seguinte pergunta para reflexão: a estatização das  
178 instituições que prestam serviços ao SUS modificaria o Sistema? Conselheiro **Clóvis Boufleur**,

179 primeiro, ratificou a importância de definir saídas concretas para a situação. A respeito das  
180 Organizações vinculadas a entidades filantrópicas católicas, perguntou se o contrato de gestão  
181 contempla a questão das convicções religiosas. Também solicitou esclarecimentos sobre a avaliação  
182 do usuário a respeito do atendimento da atenção básica. Enfatizou ainda que as irregularidades devem  
183 ser formalmente denunciadas aos órgãos responsáveis para as devidas providências. Por fim, solicitou  
184 que o CNS esgote a possibilidade de ouvir as partes envolvidas antes de decidir sobre o tema. O  
185 Presidente do CNS informou que o CNS convidou as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde de  
186 São Paulo, mas essas representações não compareceram ao debate. Conselheiro **José Luiz**  
187 **Spigolon** disse que está em discussão a política adotada pelo governo de São Paulo e destacou  
188 inclusive que há experiências exitosas e eficientes. Ressaltou que a imprensa, por meio de pesquisas,  
189 demonstra a satisfação dos usuários com os serviços ofertados pelas OSs. Também enfatizou que o  
190 sistema filantrópico e sem fins lucrativos é parceiro do governo no SUS e supre a demanda por  
191 serviços hospitalares agravada com a saída progressiva do privado lucrativo do Sistema. O Presidente  
192 do CNS clarificou que, nos termos da Lei nº. 8.080/90, a gestão e a gerência são intransferíveis.  
193 **Retorno da mesa.** O Promotor **Arthur Pinto Filho**, primeiro, destacou que as manifestações dos  
194 conselheiros demonstram o acúmulo de debate do CNS sobre a matéria. Do ponto de vista conceitual,  
195 destacou que os especialistas brasileiros em Direito Administrativo, como Celso Antônio Bandeira de  
196 Mello e Maria Silvia, demonstram que as Organizações Sociais agridem a Constituição. A propósito,  
197 informou que tramita no Supremo Tribunal Federal uma Ação Direta de Inconstitucionalidade, que  
198 contesta dispositivos das leis que regulam a qualificação de entidades de direito privado como  
199 organizações sociais. Explicou que o ex-procurador geral da república, no seu parecer, defende a  
200 legalidade das OSs, utilizando por referencial teórico uma especialista portuguesa em Direito  
201 Administrativo. Explicou que está verificando se essa especialista mantém a sua posição, de 1999,  
202 pois diversos teóricos estão revendo a sua visão a respeito do Estado Mínimo. Considerando que a  
203 ADI deverá ser julgada no primeiro semestre de 2010, propôs que sindicatos e movimentos entrem  
204 como *amicus curie* na ação para ajudar o STF a decidir sobre o tema. Reconheceu que a imprensa  
205 nacional encontra-se em uma grave situação e os teóricos preocupam-se com esse fato. Ressaltou  
206 que os jornais de grande circulação de São Paulo não noticiam a situação da saúde no Estado. Por  
207 outro lado, salientou que a internet desempenha relevante papel como meio de comunicação, portanto,  
208 os sites do Conselho e das entidades que o compõem são um meio de democratização da mídia.  
209 Salientou que boa parte do Judiciário tem posição pró-ativa no sentido da implementação dos direitos  
210 sociais, mas existe uma parte que resiste a isso. Também clarificou que não se trata de uma crítica às  
211 organizações católicas e reconhece que cumprem uma tarefa de maior relevância. Além disso, disse  
212 que comprehende a dificuldade de implementar políticas contrárias aos princípios católicos. Contudo,  
213 destacou que o contrato não prevê ressalvas e nem pode fazê-lo. O Presidente do Sindicato da Saúde  
214 Pública/SP, **Benedito Augusto de Oliveira**, explicou que o movimento sindical defende a reforma  
215 sanitária e os princípios do SUS. Destacou que o Estado não regula o setor privado com eficiência.  
216 Disse que as Santas Casas são parceiras do SUS, mas é preciso regulamentar, pois algumas viraram  
217 Organizações Sociais e entraram no SUS de forma enviesada. Ressaltou que quase 70% da atenção  
218 de retaguarda do SUS é feita por setor privado, de forma complementar. Frisou também que a  
219 universalidade está contemplada nas políticas públicas, portanto, todas as religiões e credos estão  
220 incluídos. Salientou que o Controle Social deve defender os princípios da Lei nº. 8.142/90 – controle e  
221 fiscalização. A respeito da atenção básica, explicou que é a porta de entrada e as AMESs não  
222 resolvem os problemas e não cumprem os princípios do SUS. Avaliou que o CNS não deve se  
223 arrefecer e solidar-se aos Conselhos Estaduais de Saúde que enfrentam dificuldades. A Presidente da  
224 CNTSS/SP, **Maria Aparecida de Faria**, explicou que, além das OSs, AMAS, PAS, fundações de  
225 direitos privados, surge o Sistema Autônomo de Saúde – SAS. Ressaltou que, ao invés de pensar  
226 estratégias para implementação do SUS, buscam-se novas formas de terceirização. Destacou que um  
227 grande problema é que o Sistema de Saúde do país ainda é visto como gasto e não como investimento  
228 e a doença é uma fábrica de dinheiro. Avaliou que, ao contrário do que se afirma, o SUS não é para os  
229 menos favorecidos, mas para aqueles que possuem planos privados de saúde e utilizam o Sistema  
230 para a realização de procedimentos de alta complexidade, quando o convênio se nega a fazê-los.  
231 Reconheceu que há entidades filantrópicas que desempenham importante papel, mas uma parte  
232 desmerece os filantrópicos que tem responsabilidade. Também chamou a atenção para as  
233 organizações governamentais que entraram no país para assumir o papel do Estado, livre de qualquer  
234 responsabilização. Finalizou a sua fala enfatizando que é preciso divulgar o SUS que dá certo. O  
235 Presidente do CNS explicou que a Caravana em defesa do SUS é um instrumento para denunciar que  
236 o Sistema enfrenta o seu momento mais difícil. Também manifestou preocupação com o fato de  
237 defensores do SUS estarem fazendo a defesa do outro lado. A partir das falas, sintetizou os seguintes  
238 encaminhamentos: encaminhar o tema para debate na CIRH e na Mesa de Negociação do SUS;  
239 procurar o novo procurador da República para tratar desse assunto e manifestar a posição do CNS

240 sobre a terceirização; deliberar pela suspensão da autonomia da Secretaria Estadual de Saúde de São  
241 Paulo na administração dos recursos federais repassados mensalmente ao Estado; divulgar o relatório  
242 do seminário de gestão do SUS com relatos experiências exitosas do SUS e informar a população  
243 sobre os prejuízos causados pelas OSs; incluir o CNS como *amicus curie* no julgamento da ADI, em  
244 tramitação no Supremo Tribunal Federal, que contesta dispositivos das leis que regulam a qualificação  
245 de entidades de direito privado como organizações sociais; tratar das demandas de Estados com  
246 situação semelhante ao Estado de São Paulo na Mesa Diretora para pautá-las, priorizando a situação  
247 do Estado de Pernambuco; debater na Mesa Diretora uma tática para dialogar com as comissões de  
248 saúde nas assembléias legislativas sobre os prejuízos das OSs para o setor saúde; levar as  
249 informações sobre as Organizações Sociais ao GT do CNS que discute o tema; e solicitar ao Ministério  
250 da Saúde a realização de campanha na mídia em defesa do SUS. Conselheiro **Arilson Cardoso** disse  
251 ser importante manifestação do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo e da Comissão  
252 Intergestores Bipartite, para subsidiar o posicionamento do CNS. O Presidente do CNS explicou que o  
253 CES de São Paulo possui posição contrária às organizações sociais e os gestores, convidados a  
254 participar do debate, não se fizeram presentes. Conselheiro **Armando Raggio** fez uso da palavra para  
255 apelar ao Pleno que não deliberasse sobre o tema naquele momento e reiterasse o convite à  
256 Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, a fim de ouvir o posicionamento da gestão. Conselheiro  
257 **Clóvis Boufleur** lembrou que, no caso do Distrito Federal, a Secretaria de Saúde foi convidada em  
258 duas oportunidades e não compareceu. Ainda assim, o Pleno reiterou o convite e, após ouvir as partes,  
259 deliberou sobre o assunto. Desse modo, perguntou qual o critério a ser seguido nesses casos. O  
260 Presidente do CNS colocou o entendimento de que o caso do Distrito Federal não é semelhante ao de  
261 São Paulo. Disse que no primeiro debate sobre a situação da saúde no DF estiveram presentes os  
262 atores envolvidos e foi definida posição. O Ministro da Saúde apresentou contraproposta que foi  
263 acatada pelo Conselho. No segundo momento, o Pleno pautou o tema e não convidou o Secretário de  
264 Saúde. Diante da argumentação sobre a necessidade de convidar o gestor por conta de novas  
265 denúncias, o Pleno convidou o Secretário de Saúde do DF e na oportunidade deliberou sobre o tema.  
266 No caso de São Paulo, os gestores e Conselho de Saúde foram convidados e não compareceram.  
267 Feitos esses esclarecimentos, colocou em votação as propostas: 1) deliberar sobre o assunto naquele  
268 momento; ou 2) pautar novamente o tema, com convite à Secretaria de Saúde de São Paulo, para  
269 deliberar. **Resultado: Com a maioria dos votos, o Pleno decidiu deliberar sobre o assunto**  
270 **naquele momento**. Diante dessa definição, o Presidente do CNS colocou em votação as propostas  
271 em bloco: **encaminhar o tema para debate na CIRH e na Mesa de Negociação do SUS; procurar o**  
272 **novo procurador da República para tratar desse assunto e manifestar a posição do CNS;**  
273 **deliberar pela suspensão da autonomia da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo na**  
274 **administração dos recursos federais repassados mensalmente ao Estado; divulgar o relatório**  
275 **do seminário de gestão do SUS com relatos experiências exitosas do SUS e informar a**  
276 **população sobre os prejuízos causados pelas OSs; incluir o CNS como *amicus curie* no**  
277 **julgamento da ADI, em tramitação no Supremo Tribunal Federal, que contesta dispositivos das**  
278 **leis que regulam a qualificação de entidades de direito privado como organizações sociais;**  
279 **tratar das demandas de Estados com situação semelhante ao Estado de São Paulo na Mesa**  
280 **Diretora para pautá-las, priorizando a situação do Estado de Pernambuco; debater na Mesa**  
281 **Diretora uma tática para dialogar com as comissões de saúde nas assembléias legislativas**  
282 **sobre os prejuízos das OSs para o setor saúde; levar as informações sobre as Organizações**  
283 **Sociais ao GT do CNS que discute o tema; e promover campanha conjunta do Conselho e do**  
284 **Ministério da Saúde de divulgação das experiências exitosas de gestão do SUS. Deliberação: as**  
285 **propostas foram aprovadas, em bloco, com 22 votos favoráveis, um voto contrário e sete**  
286 **abstenções.** Conselheiro **Armando Raggio** declarou ser contrário à proposta de suspensão da  
287 autonomia do Estado, por entender que não é a melhor forma de punir a gestão, entendendo que os  
288 recursos não são federais e sim dos cidadãos que habitam a região, cabendo à União a arrecadação e  
289 distribuição. Além disso, afirmou que essa deliberação ofende o pacto federativo. Conselheiro **José**  
290 **Marcos de Oliveira** disse ser importante discutir os investimentos do Ministério da Saúde em  
291 propagandas. Finalizando, o Presidente do CNS agradeceu a presença dos convidados e encerrou o  
292 debate. Colocaram-se à disposição para participar da mobilização em prol da regulamentação da EC  
293 nº. 29, no Congresso Nacional, os seguintes conselheiros: Geraldo Adão Santos, Ronald Ferreira dos  
294 Santos, Francisco Batista Júnior e Jovita José. Com isso, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do  
295 primeiro dia de reunião. Retomando, procedeu-se à discussão do terceiro item da pauta. **ITEM 3 –**  
296 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS - CIRH – RESOLUÇÃO - Coordenação:**  
297 Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** Conselheira **Maria**  
298 **Helena Machado**, Coordenadora da CIRH; e Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**,  
299 Coordenadora do GT de emissão de pareceres. A coordenadora da CIRH iniciou com a leitura de uma  
300 carta, de sua autoria, discutida na Comissão e dirigida ao Presidente do CNS. A correspondência trata

301 do vazamento de informações sigilosas sobre pareceres da CIRH. Segundo relato da coordenadora da  
302 CIRH, no dia 28 de setembro, recebeu a visita, em seu gabinete de trabalho, do Prof. Dráuzio Antônio  
303 Medeiros, Reitor da UNIVAG. Inicialmente, o Prof. Dráuzio Medeiros manifestou estranheza pelo fato  
304 do processo para abertura do Curso de Medicina de sua instituição – UNIVAG, ter sido transferido de  
305 agosto para a reunião de setembro do CNS. Contudo, o motivo que o levou a procurá-la foi o fato de  
306 estar de posse de dois documentos – pareceres - sobre a questão, que, segundo ele, teria o mesmo  
307 igual teor, sendo um satisfatório e o outro insatisfatório. O professor informou que teve acesso aos  
308 documentos e que não declinaria quem lhe repassou os mesmos, bem como solicitava explicações  
309 sobre a situação. Imediatamente, de posse dos dois documentos, a coordenadora deixou claro que tal  
310 informação era irrelevante frente à situação dada e explicitou que não reconhecia a existência de dois  
311 pareceres, mas apenas o parecer emitido pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) e  
312 encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde para sua deliberação, o único válido. A coordenadora  
313 afirma que salientou ao professor que não tinha nada a discutir sobre documentos sigilosos que jamais  
314 poderiam estar de sua posse. Além disso, informou a ele que o parecer emitido pela CIRH é  
315 propositivo e que somente o pleno do CNS teria a prerrogativa de aprová-lo ou não e então torná-lo  
316 público. Tudo mais se constituía em quebra de sigilo e vazamento de informações. O Prof. Dráuzio  
317 Medeiros, então, informou que encaminharia alguns documentos a CIRH através do CNS, uma vez  
318 que a Comissão, segundo seu juízo, deixou de avaliar informações relevantes em relação ao  
319 processo e que gostaria que o mesmo fosse reavaliado. A coordenadora esclareceu na oportunidade  
320 que esses documentos deveriam ser encaminhados ao Conselheiro que pediu vistas do processo na  
321 reunião de setembro do Conselho Nacional de Saúde e que segundo o regimento, este poderia  
322 apresentar parecer diferente do apresentado pela CIRH, a ser discutido em plenário na próxima  
323 reunião ordinária do CNS, no mês de outubro. Reforçou ainda que a CIRH não poderia rever parecer  
324 tendo este já sido entregue ao Pleno do CNS, como ocorreu neste caso. Disse que o encontro com o  
325 Prof. Dráuzio Medeiros foi presenciado pelo Assessor Wagner Ferraz de Lacerda, do Departamento de  
326 Gestão do Trabalho e da Regulação em Saúde e membro suplente da CIRH. Salientou que não se  
327 trata de criticar a postura do Prof. Dráuzio Medeiros e, na oportunidade, manifestou o serviço que o  
328 mesmo prestava a CIRH, ao expor a fragilidade com que se trabalhava. Nessa oportunidade,  
329 esclareceu sobre a existência dos dois supostos documentos a que se refere o Prof. Dráuzio Medeiros.  
330 Em agosto, solicitou à Secretaria-Executiva do CNS a retirada de alguns pareceres que seriam  
331 julgados na Reunião do CNS, tendo em vista a solicitação de membros da CIRH no sentido de discutir  
332 e reavaliar melhor os pareceres, dentre eles, o da UNIVAG. A Secretaria-Executiva imediatamente os  
333 retirou de pauta, como também na sessão que tratava desse tema, foi esclarecido ao Pleno o porquê  
334 da retirada dos pareceres, tornando sem efeito os mesmos para análise dos conselheiros. Dessa  
335 forma, a partir da reavaliação, alguns pareceres foram modificados, ocorrendo então o fato narrado  
336 pelo Reitor da UNIVAG. Colocou o entendimento de que esses pareceres devem guardar o devido  
337 sigilo e ou reserva, tanto dos membros da CIRH como dos conselheiros, uma vez que o processo corre  
338 em sigilo no Ministério da Educação, não sendo também divulgado pela CIRH, o mesmo se  
339 procedendo pelo pleno do CNS, sendo que apenas após a votação é que o mesmo pode ser  
340 publicizado. Este é o entendimento que a CIRH pauta enquanto orientação. Ressaltou também que os  
341 fatos narrados foram apresentados e exaustivamente discutidos na última reunião da CIRH, realizada  
342 em 30 de setembro e 1º de outubro. Dessa forma, considerando os fatos acima narrados, o que  
343 constituiu quebra de sigilo e vazamento de informações, podendo comprometer a credibilidade do  
344 trabalho que a CIRH está realizando, bem como do próprio Conselho Nacional de Saúde, solicitou as  
345 devidas providências para que os mesmos não mais se repitam, como forma de resguardar todo o  
346 processo conquistado, no sentido de o Sistema Único de Saúde regular a formação de seus recursos  
347 humanos, no qual o Conselho Nacional de Saúde, através da Comissão Intersetorial de Recursos  
348 Humanos possui papel fundamental. Na seqüência, fez a leitura da carta da CIRH que solicita ao CNS  
349 a suspensão, por trinta dias, de emissão de pareceres referentes à abertura, reconhecimento e  
350 renovação dos cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia visando construir processo de trabalho  
351 que garanta a segurança e o sigilo do fluxo de informações que os procedimentos para a emissão dos  
352 referidos pareceres exigem. Informou, inclusive, que a CIRH redigirá resolução sobre o fluxo de  
353 emissão de pareceres, sigilo de informações, entre outras questões, no prazo de dez dias e, em  
354 seguida, enviará o documento aos conselheiros que terão o prazo de cinco dias para contribuições.  
355 **Manifestações.** Conselheiro **José Ruben Rebellato** destacou que o CNS é parceiro do MEC nesse  
356 processo e a CIRH é um importante fórum de debate sobre a matéria. Apesar de reconhecer os  
357 avanços, destacou que há problemas, dentre eles, a garantia do sigiloso das informações. Concordou  
358 que é preciso aperfeiçoar o processo e tomar as medidas para torná-lo cada vez mais idôneo e  
359 competente. Finalizando, cumprimentou a coordenadora da CIRH pela iniciativa e ratificou o mérito da  
360 carta da Comissão. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** chamou a atenção para a crescente atuação da  
361 CIRH e também defendeu o aprimoramento do processo de emissão de pareceres. Também solicitou

362 ao MEC que trabalhe no sentido de aprimorar o procedimento de avaliação, de forma a torná-lo,  
363 inclusive, mais célebre. Conselheiro **Alceu José Pimentel** manifestou satisfação com a iniciativa da  
364 Comissão de repensar a metodologia de emissão de pareceres. Nessa lógica, reforçou a necessidade  
365 de repensar os parâmetros de avaliação, por entender que a análise não deve ser feita apenas com  
366 base em relatórios e sim com visita *in loco* para comprovar as informações. Diante desse momento de  
367 reavaliação, solicitou a convocação do GT do CNS para discutir elementos complementares às normas  
368 e parâmetros da Resolução nº. 350. Por fim, manifestou o apoio das entidades médicas à proposta da  
369 CIRH. Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou se o foco da proposta da Comissão é a garantia do  
370 sigilo das informações ou se refere qualidade dos pareceres. Também quis saber se a suspensão de  
371 emissão de pareceres acarretará prejuízos. Por fim, indagou se foi pensada a composição da CIRH  
372 diante da renovação do Conselho. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou se os pareceres da CIRH,  
373 que estavam de posse do diretor da universidade, estavam assinados, pois nesse caso, já tinham sido  
374 apreciados. Concordou que é preciso rever esse processo e colocou para reflexão: como garantir o  
375 sigilo dos pareceres que são enviados, por e-mail, aos conselheiros e distribuídos a várias pessoas.  
376 **Retorno da mesa.** Conselheira **Maria Helena Machado** agradeceu o apoio à proposição da CIRH e  
377 reiterou a intenção de aperfeiçoar o processo. Explicou que a suspensão temporária de emissão de  
378 pareceres não significa a interrupção da análise dos processos. Também se comprometeu a convocar  
379 o mais breve possível a reunião do grupo para discutir elementos complementares às normas e  
380 parâmetros da Resolução nº. 350. Esclareceu ainda que a CIRH trabalha no sentido de cumprir os  
381 prazos regimentais para a emissão de pareceres. Sobre a composição da CIRH, disse que contempla  
382 os segmentos do CNS e o trabalho é feito em harmonia. Disse que, apesar de considerar que o  
383 trabalho da Comissão é feito com qualidade, reconhece que é preciso aperfeiçoar o processo,  
384 aprimorar o fluxo e a transparência. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que o GT de  
385 emissão de pareceres, ao mesmo tempo em que constrói o processo de avaliação, busca aprimorá-lo.  
386 Disse que serão convidados representantes das profissões de Medicina, Psicologia e Odontologia para  
387 debater o aprimoramento dos critérios e a definição dos indicadores. Conselheiro **Paulo Roberto**  
388 propôs que fosse feita consulta ao reitor da universidade sobre como ele teve acesso aos dois  
389 pareceres da CIRH. Conselheira **Maria Helena Machado** solicitou que o CNS não adotasse esse  
390 caminho para preservar o professor. Além disso, avaliou que o importante não é investigar quem lhe  
391 entregou os documentos, mas sim, reconhecer que o processo apresenta falhas e precisa ser revisto.  
392 Disse que o parecer elaborado pela CIRH e encaminhado aos conselheiros com antecedência é  
393 assinado pela Comissão, mas a manifestação final é do Pleno do CNS. Acrescentou que os dois  
394 pareceres de posse do professor foram elaborados pela CIRH. Contudo, o primeiro foi retirado da  
395 pauta e retornou a Comissão. Assim, na reunião ordinária de setembro, o parecer foi submetido à  
396 apreciação do Pleno. Frisou que o parecer retirado da pauta e o apresentado na reunião ordinária de  
397 setembro eram sigilosos. Finalizando, avaliou que o Conselho deve se preparar cada vez melhor,  
398 inclusive para emitir pareceres para as demais profissões da saúde. Diante desse esclarecimento,  
399 Conselheiro **Volmir Raimondi** ponderou que não houve quebra de sigilo ou vazamento de  
400 informações, porque os pareceres constavam da pauta e, por solicitação da CIRH, foram retirados.  
401 Lembrou, inclusive, que a reunião do CNS é aberta e dela participam convidados e visitantes e, além  
402 disso, a transmissão é feita em tempo real. Na sua avaliação, é preciso reconhecer que há equívocos  
403 no processo que devem ser corrigidos. Conselheira **Maria Helena Machado** considerou a  
404 manifestação do Conselheiro Volmir e destacou que o importante é que a CIRH tenha um prazo para  
405 debate na lógica de aperfeiçoar o sistema. Conselheira **Jurema Werneck** clarificou que o Conselho  
406 não fez a acusação de vazamento de informação deliberadamente, mas considera que é importante  
407 levar em conta essa questão. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** ponderou que, posteriormente, o  
408 Pleno pode discutir a possibilidade de senha de acesso aos documentos da reunião, na perspectiva de  
409 garantir o sigilo das informações. **Deliberação: o Pleno aprovou a suspensão, por trinta dias, do**  
410 **processo de emissão de pareceres referentes à abertura, reconhecimento e renovação dos**  
411 **curtos de Medicina, Odontologia e Psicologia, para possibilitar a CIRH a elaboração, no prazo**  
412 **de dez dias, de uma minuta de resolução sobre o fluxo de emissão de pareceres, sigilo de**  
413 **informações, entre outras questões. O documento será encaminhado aos conselheiros que**  
414 **terão o prazo de cinco dias para contribuições. A minuta de resolução será submetida à**  
415 **apreciação do Plenário, na próxima reunião do CNS. O Pleno também autorizou a CIRH a**  
416 **convidar representantes das profissões de Medicina, Odontologia e Psicologia para participar**  
417 **do GT da Comissão. Além disso, acordou-se que o representante do MEC levará a esse**  
418 **Ministério a sugestão do CNS de que o processo de emissão de pareceres seja reavaliado.**

419 Definido esse ponto, a coordenadora da CIRH/CNS justificou a ausência do Diretor de Regulação e  
420 Supervisão da Educação Superior/SESu/MEC, **Paulo Roberto Wollinger**, e propôs que fosse pautado  
421 na próxima reunião. Continuando, procedeu-se à análise dos relatórios dos pedidos de vistas. O  
422 primeiro relatório apreciado foi o do voto em conjunto dos conselheiros **Rogério Tokarski** e **Clóvis**

423 **Adalberto Boufleur** ao Processo nº. 20060002033 da Faculdade de Minas – FAMINAS, de Muriaé-  
424 MG, para Autorização do Curso de Medicina. Antes de iniciar a apresentação do relatório, a  
425 coordenadora da CIRH manifestou, em nome da Comissão, o descontentamento com os termos  
426 indelicados dos relatórios do Conselheiro Clóvis Boufleur e Conselheiro Rogério Tokarski. Ressaltou  
427 que essas expressões não refletem a postura respeitosa e delicada, em especial do Conselheiro Clóvis  
428 Boufleur. Após essas considerações iniciais, passou a coordenação dos trabalhos à conselheira  
429 **Graciara Matos de Azevedo** que, de imediato, abriu a palavra ao Conselheiro **Clóvis Boufleur**.  
430 Inicialmente, Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez um pedido formal desculpas à Comissão, na pessoa da  
431 sua coordenadora, pela utilização termos que causou desconforto, pois essa não foi sua intenção. Em  
432 seguida, procedeu à leitura do Relatório do voto em conjunto dos conselheiros Rogério Tokarski e  
433 Clóvis Adalberto Boufleur ao Processo nº. 20060002033 da Faculdade de Minas – FAMINAS, de  
434 Muriaé-MG, para Autorização do Curso de Medicina. O documento explica que, conforme se apresenta  
435 de forma detalhada no voto encaminhado em anexo, relativo ao Processo em epígrafe, a Comissão  
436 Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH – cometeu uma série de equívocos quando da elaboração  
437 de seu parecer que, por uma questão de justiça, deverão ser reparados pelo Plenário do Conselho  
438 Nacional de Saúde. Na avaliação dos relatores, a CIRH, em seu parecer: não seguiu o prazo legal do §  
439 3º do Art. 28 do Decreto 5.773/2006 para apreciação do Processo em epígrafe, com início em 3 de  
440 novembro de 2003, cujo prazo final se encerraria em 3 de março de 2009; não analisa o Projeto  
441 Pedagógico de Curso de Medicina da FAMINAS na versão 2008 (PPC), a última versão disponibilizada  
442 no Sistema SAPIEnS do MEC, que serviu de base para a verificação *in loco* da Comissão Avaliadora  
443 do INEP/MEC, e sim versão anterior do mesmo (ver considerações no Item 1 do voto); se equivoca ao  
444 indicar uma carga horária total do curso diferente daquela apresentada no PPC (idem no item 2); não  
445 considera o Ofício ao CNS, protocolado sob número 25000.188905/2008-99 SIPAR Ministério da  
446 Saúde, de 3 de novembro de 2008, que além de subsídios à própria CIRH, era acompanhado de cópia  
447 impressa do PPC, documentos inseridos no Sistema SAPIEnS (idem no item 2 do voto); não leva em  
448 consideração informações constantes no PPC relativas ao impacto social na demanda de profissionais  
449 da área de saúde na Microrregião de Muriaé na Zona da Mata Mineira, a segunda região mais pobre  
450 do Estado de Minas Gerais (idem no item 3 do voto); não considera os IDHMs dos municípios que  
451 compõem os municípios da Microrregião de Muriaé, visto que um curso não abrange só o município  
452 onde se instala (idem no item 4 do voto); equivocou-se ao informar os indicadores sobre números de  
453 estabelecimentos de saúde e de leitos de Muriaé, apresentando-os praticamente por menos da metade  
454 dos seus valores reais (idem no item 5 do voto); errou ao informar o número de médicos no município  
455 de Muriaé, apresentando-o por uma valor muito superior ao verdadeiro efetivo de médicos na cidade  
456 (idem no item 6 do voto); não considera os números de alunos ingressantes no ensino médio e de  
457 vagas no ensino superior na Microrregião de Muriaé, restringindo-os somente as vagas do município  
458 (idem no item 7 do voto); não considera o estudo apresentado no Ofício encaminhado ao CNS em 3 de  
459 novembro de 2008, apresentando detalhado estudo sobre as vagas dos cursos de Medicina do Brasil  
460 relativas às populações dos estados da União (idem no item 8 do voto); cita cidades próximas a Muriaé  
461 que ofertam o curso de Medicina, as mesmas que são até mais próximas de Viçosa, o que não foi  
462 impeditivo para aprovação recente do Parecer da CIRH recentemente pelo Plenário do CNS (idem no  
463 item 9 do voto); não informa corretamente o número de cursos da área de saúde da FAMINAS, hoje  
464 em número de dez, dos quais cinco são reconhecidos, um aguarda publicação do reconhecimento,  
465 dois aguardam visita de Comissão do INEP/MEC e dois são recém-autorizados, sendo falacioso o que  
466 consta do Parecer da CIRH de que somente um dos cursos estaria reconhecido (idem no item 10 do  
467 voto); não considera as notas das avaliações *in loco* do INEP/MEC de cursos da FAMINAS, os quais  
468 tiveram acima do padrão de qualidade exigido pelo MEC (idem nos itens 11 e 12 do voto); equivoca-se  
469 ao afirmar que a FAMINAS justificou a necessidade de abertura do curso com base apenas em dados  
470 referentes à população, aos serviços de saúde e ao ensino na cidade de Muriaé, sendo que a  
471 argumentação para as necessidades sociais foram feitas em função dos municípios sob sua  
472 abrangência regional (idem no item 13 do voto); não ressalta que o PPC curso evidencia a formação  
473 de médicos generalistas para atuarem nos processos saúde-doença do indivíduo, da família e da  
474 comunidade, focados na integralidade da atenção em saúde, buscando resolver os problemas  
475 associados às doenças mais prevalentes, inclusive preparados para trabalhar em comunidades com  
476 recursos médicos limitados; (idem no item 14 do voto); equivoca-se ao afirmar que o PPC não  
477 especifica com precisão quais as unidades de saúde utilizadas como cenários de prática, quando o  
478 mesmo descreve convênios com 37 prefeituras da região e com a Secretaria de Estado de Saúde de  
479 Minas Gerais, num envolvimento com 72 instituições de saúde (idem no item 15 do voto); comete um  
480 erro ao afirmar que oferta de vagas nas unidades hospitalares não é coerente com a capacidade  
481 instalada para a prática, quando ela excede, só nos hospitais de Muriaé, ao que é exigido nas  
482 Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina (idem no item 15 do voto); equivoca-  
483 se ao afirmar que o PPC não demonstra como a interdisciplinaridade e ênfase no trabalho em equipe,

484 mas não há demonstração de como isso ocorrerá na prática (idem no item 16 do voto); exorbita em  
485 suas funções ao destacar que o PPC não faz previsão de realização de cursos de pós-graduação *lato-*  
486 *sensu*, o que não está prevista nas DCN e nem há menção ao tema na Resolução CNS no 350, de 9  
487 de junho de 2005 (idem no item 16 do voto); não considera que o PPC fez a indicação das unidades  
488 hospitalares conveniadas que ofertam no mínimo as 5 áreas exigidas nas DCN (idem no item 16 do  
489 voto); demonstra efetivamente seu desconhecimento da versão do PPC avaliada *in loco* pelo  
490 INEP/MEC, ao afirmar o desencontro entre o número de docentes na versão que a DIRH analisou e o  
491 que está registrado no Relatório da Comissão do INEP/MEC (idem no item 19 do voto); equivoca-se ao  
492 afirmar que a FAMINAS “propõe-se” a manter parcerias com entidades e instituições públicas e  
493 privadas e associações de classe, uma vez que elas foram apresentadas como consolidadas no PPC  
494 (idem no item 21 do voto); comete um equívoco ao afirmar que o PPC não explicita informações  
495 consideradas essenciais pela CIRH, as quais estão detalhadamente indicadas no documento em  
496 apreço (idem nos pontos 1 a 4 do item 22 do voto); não destaca os convênios com o Gestor Local do  
497 SUS, a Prefeitura Municipal de Muriaé e sua Secretaria de Saúde e com o Gestor Regional, a  
498 Secretaria de Estado da Saúde de MG, bem como os convênios com outras 36 prefeituras,  
499 relacionadas no PPC, cujas redes de serviços instaladas e outros equipamentos sociais existentes na  
500 região são utilizados pelos alunos dos 10 cursos da área de saúde da Instituição (idem nos pontos 1 e  
501 2 do item 22 do voto); não considera a perspectiva de planejamento coletivo do curso e projetos  
502 interdisciplinares e integradores de estágio, pesquisa e extensão, em prática na FAMINAS, que já  
503 culminaram, por exemplo, na existência da Revista Científica da FAMINAS, publicada por cinco anos  
504 ininterruptos, a qual já é, entre outros, Qualis B5 em Medicina nos critérios de avaliação da CAPES,  
505 conforme indicado no PPC (idem no ponto 3 do item 22 do voto); não considera que os campos de  
506 prática ultrapassam às exigências do MEC, requisito indicado com conceito máximo no Relatório de  
507 Avaliação *in loco* do INEP/MEC e detalhadamente apresentado no PPC (idem no ponto 4 do item 22  
508 do voto); e não considera o parecer “satisfatório” para o curso que foi indicado no Relatório da  
509 Avaliação *in loco* da Comissão do INEP/MEC, na data de 27 de outubro de 2008. Diante desses  
510 argumentos, os referidos conselheiros votam contrariamente ao parecer insatisfatório da CIRH,  
511 sugerindo aos conselheiros do Pleno do Conselho Nacional de Saúde o acolhimento do Projeto de  
512 Medicina da FAMINAS, de Muriaé-MG, atribuindo-lhe parecer final “satisfatório”, sugerindo ao MEC  
513 sua continuidade. Finalizando, explicou que o parecer ampliado, ao qual fez referência, foi  
514 disponibilizado aos conselheiros. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** perguntou se a CIRH/CNS  
515 apresentou o parecer, pois, conforme determina o art. 24 do Regimento Interno do CNS, a matéria  
516 deve ser apresentada e o pedido de vistas feito antes de iniciar o debate. A coordenadora da CIRH  
517 clarificou que a Comissão não apresentou o seu parecer, diante do entendimento da mesa de  
518 coordenação naquela oportunidade de suspensão do tema, após a solicitação de vistas feita antes da  
519 leitura do processo. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** clarificou que houve um erro na condução  
520 do processo. Além disso, esclareceu que, conforme o Regimento Interno, embora o CNS tenha  
521 recebido o parecer do Conselheiro Armando Gastapaglia, a sua avaliação fica prejudicada, porque, o  
522 relator deveria estar presente para apresentar o relatório. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que a  
523 matéria deveria ter retornado na reunião ordinária de setembro, porque o pedido de vistas foi feito em  
524 agosto, contudo, não retornou por conta da solicitação da CIRH. Conselheiro **Volmir Ramondi**  
525 lembrou que o Pleno decidiu não fazer a leitura dos pareceres em Plenário, entendendo que os  
526 documentos são enviados com antecedência aos conselheiros. Considerando que o parecer da CIRH  
527 ao pedido da UNIFRAN foi encaminhado com antecedência aos conselheiros, Conselheira **Graciara**  
528 **Matos de Azevedo** fez leitura do documento da CIRH em resposta ao Relatório do pedido de vistas  
529 dos conselheiros Rogério Tokarski e Clóvis Adalberto Boufleur. No documento, a Comissão afirma que,  
530 após análise criteriosa da documentação e exaustiva discussão, solicita ao Pleno do CNS considerar o  
531 parecer insatisfatório ao pedido da FAMINAS a partir dos seguintes argumentos: 1) em que pese o  
532 argumento apresentado pelos relatores sobre a existência de outros encaminhados pela instituição,  
533 com dados mais recentes, esses após análises, não foram considerados de relevância para a  
534 alteração do parecer da Comissão sobre a necessidade social do novo curso; 2) os novos dados  
535 apresentados também não são relevantes para a apreciação de direito dessa Comissão, uma vez que  
536 se referem a informações de importância para o MEC, o qual tem como foco o projeto pedagógico e as  
537 condições de oferta para o novo curso. Sobre esse aspecto, cabe destacar que o MEC utiliza-se de  
538 vários pareceres para decisão final sobre a abertura de novos cursos, sendo o parecer do CNS um  
539 deles. Para a CIRH, os dados referentes ao projeto pedagógico têm importância no que refere à  
540 avaliação da inovação curricular que o novo curso possa apresentar, bem como para avaliação do  
541 atendimento à resolução nº. 350/05; 3) Nesse sentido, não foi observado mesmo com o novo projeto  
542 apresentado significativa inovação para a formação, bem como relevância social, uma vez tratar-se de  
543 escola de natureza privada, com pouca inserção social nessa instituição, diferente da situação  
544 comparativa da Faculdade de Viçosa, instituição pública federal onde o curso de Medicina se insere

545 dentro de uma comunidade universitária com relevantes compromissos com a localidade; 4) Ressalta-  
546 se ainda que o fato de ter sido emitido parecer favorável do CNS à abertura de um novo curso público  
547 federal na região enfraquece ainda mais a necessidade social de mais um curso de Medicina, de  
548 caráter privado e com fins lucrativos. Além do mais, o município de Muriaé com uma população de  
549 95.548 habitantes dispõe de um contingente de 212 médicos cuja proporção é 1 para 451 habitantes  
550 (CRM/MG), muito acima da maioria dos municípios brasileiros desse porte; 5) os dados relativos ao  
551 número de profissionais médicos, cenários de prática, necessidade de médicos para a região, número  
552 de empregos para médicos e outros, foram reavaliados pelos mesmos bancos de dados e outras  
553 informações possíveis. No entanto, não foram observadas diferenças significativas e de relevância que  
554 justificasse a alteração do parecer da CIRH; 6) A tese defendida pelos conselheiros relatores que o  
555 analfabetismo e alto índice de pobreza da região devem ser melhorados com a abertura de um novo  
556 curso de Medicina carecem de fundamento, uma vez que a necessidade para uma região que  
557 apresenta baixo índice de IDH é a formulação e implementação de políticas públicas que possibilitem  
558 maior oferta de trabalho, investimento em educação fundamental, saúde, entre outros. Seguramente,  
559 não é a abertura de um curso de Medicina que resolverá tais problemas; 7) Por fim, a CIRH ratifica o  
560 parecer do Conselheiro Armando Gastapaglia. Diante do exposto, a CIRH mantém o seu parecer  
561 insatisfatório à abertura do curso de Medicina da Faculdade de Minas - FAMINAS. **Manifestações.**  
562 Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que os argumentos do relatório do pedido de vista têm por base  
563 a documentação disponibilizada no sistema SAPIENS e E-MEC. A respeito da Resolução nº. 350,  
564 esclareceu que a Universidade atende um dos aspectos de relevância que é a relação com a saúde  
565 pública da região, pois a instituição declara compromisso com a formação de profissionais generalistas  
566 para contribuir com o SUS. A propósito da relevância social, enfatizou que a instituição pode contribuir  
567 para a melhoria social da região, que é de extrema pobreza. Conselheiro **Alceu José Pimentel**, a  
568 respeito da relevância social, avaliou que a abertura de um curso privado de Medicina na região não  
569 resolve o problema da pobreza, pois o objetivo é aferir lucro. Além disso, frisou que esse curso formará  
570 profissionais que irão para o centro-sul do país fazer residência. Disse que o CNS deve refletir sobre a  
571 criação de parâmetros para analisar a necessidade social de cursos, pois as variáveis disponíveis não  
572 são suficientes para fazê-lo. Conselheiro **Luiz Antônio Neves**, a respeito da relevância social para  
573 abertura de cursos, defendeu que o MEC opte, prioritariamente, pela abertura de cursos públicos e de  
574 privados, apenas em caráter complementar. Destacou que seria importante a apresentação, pelo MEC,  
575 de um levantamento acerca da necessidade social de cursos no país, para subsidiar a avaliação dos  
576 processos no CNS. Também perguntou sobre a possibilidade de a CIRH analisar o parecer do relatório  
577 de vistas e responder a cada um dos itens, a fim de subsidiar os conselheiros na votação. No caso  
578 dessa análise não ser possível, declarou que iria abster-se da votação, por falta de falta elementos  
579 para decisão. Conselheira **Maria Izabel da Silva** destacou que o parecer de vistas apresenta  
580 argumentos que merecem avaliação. Nesse sentido, endossou a proposta de re-análise do parecer de  
581 vistas, pela Comissão, explicando item por item. Na impossibilidade de reavaliação, afirmou que  
582 também iria abster-se da votação, por não possuir elementos para votar pelo relatório da CIRH ou pelo  
583 relatório de vistas. Conselheiro **José Luiz Spigolon**, apesar de reconhecer a qualidade do trabalho da  
584 CIRH, destacou a sua preocupação ante as informações colocadas no relatório de vistas. Diante da  
585 sua responsabilidade nesse processo, disse que não conseguiria nem se abster da votação, porque  
586 poderia prejudicar a instituição. Nesse sentido, reforçou a constatação da falta de parâmetros para  
587 embasar a decisão. Conselheiro **Alexandre Magno** enfatizou que é preciso chamar o MEC para  
588 discutir os cursos privados na área da saúde. Conselheiro **Clóvis Boufleur** argumentou que, conforme  
589 explicitado no relatório de vistas, a FAMINAS atende à necessidade social, nos termos da Resolução  
590 nº. 350, pois demonstra: possibilidade de utilização da rede de serviços instalada, oferta de vagas  
591 coerente com a capacidade instalada para a prática, compromisso social do novo curso com a  
592 promoção e desenvolvimento regional, compromisso com a oferta de residência e especializações,  
593 compromisso do novo curso com a produção de conhecimento voltado para as necessidades da  
594 população, mecanismos que favoreçam a interiorização e fixação de profissionais. Conselheira **Ruth**  
595 **Ribeiro Bittencourt** fez uma avaliação sobre o papel do CNS nesse processo, clarificando que o  
596 parecer desse Conselho deve ser emitido com base na relevância e necessidade social. Explicou que  
597 a região onde se pleiteia a abertura do curso é próxima a uma cidade universitária onde seria aberto  
598 um curso público de Medicina. Nesse caso, disse que não há relevância social para a abertura do  
599 referido curso. Conselheiro **Alceu José Pimentel** esclareceu que questiona a Resolução nº. 350 por  
600 entender que não é suficiente para estabelecer necessidade e relevância social de uma região.  
601 **Retorno da mesa.** Conselheira **Maria Helena Machado** sintetizou que os conselheiros Clóvis Boufleur  
602 e Rogério Tokarski solicitaram vistas ao parecer da CIRH ao pedido de autorização do Curso de  
603 Medicina da FAMINAS e apresentaram posição contrária à da Comissão. Disse que a CIRH, por sua  
604 vez, analisou o relatório de pedido de vistas e respondeu a alguns dos pontos explicitados. Contudo,  
605 clarificou que não cabe a essa Comissão contestar os argumentos dos relatórios dos pedidos de

606 vistas. Reiterou que a Comissão utiliza critérios de necessidade social do SUS para julgar os  
607 processos de autorização, renovação e reconhecimento. Frisou ainda que uma escola não fixa  
608 profissional, sendo necessário para isso, uma política de gestão do trabalho. Ressaltou que  
609 necessidade social está vinculada a argumentos que não estão no processo, sendo a contribuição da  
610 área da saúde para esse processo. Além disso, destacou que o Estado de Minas Gerais encontra-se  
611 em segundo lugar quanto ao número de instituições com cursos de medicina. Por fim, lembrou que a  
612 Comissão realizou reunião ampliada para discutir necessidade social do SUS e os critérios estão em  
613 construção. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** acrescentou que o parecer da CIRH contempla  
614 as seguintes características em relação ao ensino no município de Muriaé: 76 estabelecimentos de  
615 Ensino Fundamental, com 5.342 alunos matriculados e doze estabelecimentos de Ensino Médio,  
616 representando 3.873 matriculados. Para atender a esta demanda, Muriaé possui duas instituições de  
617 ensino superior privadas, com 3.042 matrículas (IBGE, 2007). Também esclareceu que o Conselheiro  
618 Armando Gastapaglia solicitou vistas ao parecer da FAMINAS e apresentou relatório de vistas onde  
619 endossa o parecer insatisfatório da CIRH. Encaminhando, Conselheiro **Antônio Alves de Souza**  
620 colocou em votação: 1) Parecer da CIRH insatisfatório à autorização de abertura do Curso de Medicina  
621 da FAMINAS; e 2) Relatório do pedido de vistas dos conselheiros Clóvis Boufleur e Rogério Torkaski  
622 com parecer satisfatório à autorização de abertura do Curso de Medicina da FAMINAS. **Deliberação: o**  
623 **Pleno aprovou, com 22 votos, o parecer da CIRH insatisfatório à autorização de abertura do**  
624 **Curso de Medicina da FAMINAS. O relatório de vistas recebeu seis votos. Quatro abstenções.**  
625 Conselheiro **Armando Raggio** declarou que se absteve da votação para solicitar que o Pleno amplie a  
626 discussão no sentido de antecipar-se às demandas pontuais que irão repetir-se sucessivamente,  
627 esgotando o acordo construído até aquele momento. Conselheiro **José Ruben Rebelatto** reforçou que  
628 o parecer do CNS é utilizado como subsídio para a decisão do MEC, porque o governo entende o seu  
629 papel constitucional no que diz respeito à qualidade de cursos superiores. Ressaltou que a segunda  
630 etapa é a distribuição dos cursos de qualidade nas regiões do país. Enfatizou que há um esforço do  
631 MEC para ampliar as vagas públicas de ensino superior. Antes de proceder ao próximo ponto,  
632 Conselheiro **Antônio Alves de Souza** apresentou os novos conselheiros do CNS: Fernando Donato  
633 Vasconcelos; e Fernanda Lussan. Continuando, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** passou aos  
634 pareceres de autorização de Curso de Medicina. Lembrou que, na última reunião do CNS, Conselheiro  
635 Armando Gastapaglia solicitou vistas a três dos quatro pareceres de autorização de Curso de  
636 Medicina. Contudo, o referido conselheiro não apresentou o relatório de vistas no prazo regimental e  
637 também não estava presente à reunião. Em sendo assim, disse que seriam apreciados os parecer da  
638 CIRH. Atendendo a solicitação, procedeu à votação, em separado, dos pareceres insatisfatórios e do  
639 satisfatório. Primeiro, submeteu à votação os pareceres: 1) Referência: Processo nº 20080002084,  
640 Interessado: Centro Universitário do Norte-UNINORTE, Curso: Autorização do Curso de Medicina,  
641 Parecer: Insatisfatório; e 2) Referência: Processos nº 20080002668, Interessado: Centro Universitário  
642 de Várzea Grande – UNIVAG, Curso: Autorização do Curso de Medicina, Parecer: Insatisfatório.  
643 **Deliberação: os pareceres foram aprovados com 29 votos favoráveis e uma abstenção.** Na  
644 seqüência, submeteu à votação o parecer: Referência: Processo nº 20078871, Interessado:  
645 Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Curso: Autorização do Curso de Medicina, Parecer:  
646 Satisfatório. **Deliberação: o parecer foi aprovado com duas abstenções.** Conselheiro **Alceu José**  
647 **Pimentel** declarou que se absteve da votação por entender que a autorização do Curso de Medicina  
648 na Universidade Federal do Amapá acarretará problemas, conforme ocorreu com o curso de Medicina  
649 em Divinópolis. Além disso, considerando as condições do sistema de saúde do Estado, avaliou que  
650 possivelmente esse será um curso com baixa qualidade. Conselheiro **Volmir Raimondi** declarou que  
651 se absteve da votação para protestar sobre a falta de regularidade na utilização de critérios de  
652 apreciação e votação dos pareceres. Continuando, procedeu-se à apreciação do relatório de vistas do  
653 Conselheiro **Clóvis Boufleur** ao parecer da CIRH/CNS, Processo nº 200813021, sobre o pedido de  
654 autorização de abertura do curso de Medicina da Universidade Católica de Petrópolis. Conselheiro  
655 **Clóvis** fez a leitura do seu relatório. No documento, o conselheiro justifica a solicitação de vistas ao  
656 parecer da CIRH/CNS, Processo nº 200813021 – sobre pedido de abertura do curso de medicina (60  
657 vagas) da Universidade Católica de Petrópolis, por entender que a CIRH desconsiderou informações  
658 do processo na emissão do seu parecer. Em sua avaliação, o processo analisado deixou de considerar  
659 o relatório aprovado pelo Departamento de Supervisão do Ensino Superior - DESUP, que enviou nos  
660 termos disposto do Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, manifestação de diligência a fim de que  
661 fossem esclarecidos uma série de elementos pertinentes ao Projeto Político Pedagógico de Curso-  
662 PPC. Neste relatório, a DESUP afirma que “considerando-se o cumprimento da diligência, o Projeto  
663 Pedagógico de Curso - PPC, para Autorização, atende ao Disposto no art. 35, § 1º do Decreto  
664 nº 5.773/06, às Diretrizes Curriculares Nacionais e legislação correlata”. A resposta da diligência por  
665 parte da UCP é datada de 23/04/2009 e consta de 4 documentos anexados que são pertencentes ao  
666 processo em tela e que deveriam ter sido analisados e considerados no parecer da CIRH, em

particular o documento intitulado "Perfil do curso de Medicina da UCP-Resposta Diligência.pdf". Este documento é um relatório abordando entre outros, os itens da Resolução 350/2005 que são atendidos pela UCP, de modo especial com relação aos indicadores para constatar a necessidade social de criação do curso de Medicina, e a relação de todos os convênios firmados entre a UCP e gestores do SUS de Petrópolis e região por duração mínima de dez anos. I. Prazos – o conselheiro afirma que, inicialmente, consultou a tramitação do processo desde seu início e verificou atraso em relação ao prazo estimado para a manifestação do Conselho Nacional de Saúde. O prazo previsto no parágrafo 3º do Artigo 28, do Decreto nº 5.773 de 9 de maio de 2006, já se esgotou em 28 de maio de 2009 e, pela sua compreensão, nada consta que foi solicitada a prorrogação prevista. II. Resposta à diligência instaurada pelo MEC - A UCP, questionada acerca das características apresentadas em seu perfil do curso na documentação apresentada inicialmente, fez um trabalho com os critérios exigidos pela Resolução 350/2005 que constam do documento de resposta à diligência instaurada pelo MEC, que por justiça e coerência não pode deixar de ser apreciado pelo CNS, uma vez que o documento é parte integrante do processo no E-MEC. Entendo que o trabalho da CIRH foi prejudicado, em parte devido aos inúmeros processos em pauta, e por dificuldades no acesso às informações completas inscritas no E-MEC, citadas no referido anexo de resposta da diligência por parte da UCP, datada de 23/04/2009 e que consta de quatro documentos. Portanto, as conclusões do parecer da CIRH, na visão do conselheiro, equivocam-se em três pontos fundamentais, e em um deles a Comissão emite parecer sobre uma competência específica do MEC, ou seja, fixar e estabelecer parâmetros para o número de preceptores e tutores por aluno no curso. Listou, desse modo, os pontos considerados equivocados e que merecem revisão: O documento de resposta da diligência expressa as seguintes considerações acerca desta afirmativa elaborada erroneamente pela CIRH: "Justificativa do Curso Baseado no diagnóstico situacional da saúde de Petrópolis e região", elaborado a partir das informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis (Relatório de Gestão Anual /2007), Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, e dados colhidos junto ao DATASUS é possível identificar quatro aspectos que fundamentam e valorizam a implantação do Curso de Medicina da Universidade Católica de Petrópolis - UCP: a busca de soluções para os problemas de saúde da Região; a constituição de parcerias entre a UCP e os Municípios da Região pela adequação e qualificação do SUS; o enfrentamento da baixa resolubilidade dos serviços ambulatoriais e hospitalares e o compromisso com uma nova visão de formação profissional para a saúde." Como seria possível firmar-se uma parceria com a SMS de Petrópolis em torno da instalação de um novo curso de medicina se de antemão não houvesse capacidade instalada do SUS na cidade e região para absorvê-lo em suas práticas? Estaria a CIRH em seu parecer pressupondo que as instâncias gestoras do SUS de Petrópolis firmariam convênios e cederiam instalações para práticas em ambientes inexistentes ou insuficientes para a instalação do novo curso? Como a CIRH pode fazer tal inferência sem visitar *in loco* e conhecer as condições locais da parceria estabelecida? No item "Estágio Curricular" que consta no relatório E-MEC original e provavelmente consultado pela CIRH para emissão do seu parecer consta a relação dos equipamentos de saúde que serão utilizados pela UCP e que nos dias atuais não estão sendo utilizados por nenhuma outra instituição de ensino local. O documento cita "Nas atividades de formação do futuro profissional médico, estão previstas práticas inseridas no "mundo do trabalho" desde o início do curso". Estas práticas são distribuídas ao longo do processo iniciando-se no âmbito da atenção primária à saúde por meio de ações junto à rede básica, durante as atividades do PIESF, passam pelos ambulatórios secundários instalados em anexo ao Hospital, Unidade de Urgências e Emergências ligada à SMS - Petrópolis e enfermarias clínicas e cirúrgicas do Hospital "Casa Providência". A utilização destes espaços de prática tem sustentação legal através de termos de convênio estabelecidos entre a mantenedora da UCP, Secretaria Municipal de Saúde e Mantenedora do Hospital ligada à Associação São Vicente de Paulo. No documento "Perfil do Curso" que consta anexo à resposta de diligência da UCP dirigida ao MEC e que é parte integrante do processo e que não foi devidamente analisada, ou considerada pela CIRH, cita e qualifica a parceria com a SMS. O corpo docente para os três primeiros anos do curso é formado por dezessete profissionais: um graduado, dois especialistas; cinco mestres e nove doutores. Quanto ao regime de trabalho, são seis em regime de tempo parcial e onze em regime de tempo integral, resultando em uma relação vagas/docente equivalente a tempo integral de 1/13. A Portaria 474-MEC, de 14 de abril de 2008, que trata do instrumento de avaliação para autorização de cursos de medicina no âmbito do SINAES, na Dimensão 2 que trata do "Corpo Docente", item 2.3.1 (número de alunos de graduação por docente equivalente em tempo integral no curso) prevê que para uma instituição tirar nota máxima de 5 deve ter uma relação docente/aluno de no mínimo de 1/20, o que deixa o curso da UCP com nota máxima neste item e com folga. Além disso, o questionamento concernente ao número de docentes está fora da alçada deste conselho e não pode contradizer as recomendações do próprio MEC no que se refere ao número e carga horária contratual docente. Equívocos menores foram cometidos na contextualização do projeto, pois a utilização pura e simples dos indicadores citados como IDH (0,80),

728 número de médicos por habitantes (2,7 /1000) e distância de outros centros que já possuem faculdade  
729 de Medicina, como Teresópolis e a própria cidade de Petrópolis não refletem as condições de saúde  
730 da população inserida na área de abrangência da faculdade proposta, pois nos documentos enviados  
731 há citações importantes que foram omitidas no parecer tais como: "em estudo recente realizado por  
732 Néri e colaboradores do Centro de Políticas Sociais da FGV – Rio de Janeiro (2008) mostrou que  
733 embora a relação médico/habitantes tenha caído, as transformações do mundo do trabalho envolvendo  
734 aporte de novas tecnologias e demandas do mercado compensaram de forma inversa as tendências  
735 de incremento de oferta observadas. Assim sendo, do ponto de vista do mercado de trabalho e dos  
736 usuários dos serviços de saúde há falta de médicos. Complementarmente, nos dados do censo 2000,  
737 os médicos ocupam a liderança da escassez em todos os principais indicadores trabalhistas como taxa  
738 de ocupação, salário e jornada de trabalho. A pesquisa demonstra que as respostas acerca das  
739 perguntas se faltam médicos além de contemplar várias respostas afirmativas em nível nacional, a  
740 assimétrica distribuição espacial de médicos não se dá apenas entre os estados, mas também no  
741 interior dos mesmos. Exemplo desta situação é o Estado do Rio de Janeiro, que se destaca por abrigar  
742 cidades ao mesmo tempo com as maiores e com as menores razões de médicos por habitantes. Outro  
743 ponto importante é que boa parte dos médicos que se formam atualmente apresentam perfil e  
744 interesse prioritariamente orientados para a atenção à saúde da população que dispõe de planos e  
745 seguros de saúde privados. "Faltam médicos para o SUS do ponto de vista qualitativo e quantitativo".  
746 Ainda dentro da contextualização, nota-se a citação da cidade de Teresópolis para efeito de  
747 comparação. Embora Petrópolis esteja a 58 km de Teresópolis, historicamente suas origens e  
748 desenvolvimento são totalmente dissociadas. Isto também caracteriza sua cultura, sua economia e, por  
749 consequência, seus serviços de saúde. Assim, torna-se temerário qualquer comparação entre o  
750 município onde se pretende instalar a referida faculdade e sua área de abrangência com outros  
751 municípios do Estado do Rio de Janeiro. Outro ponto a destacar é que ainda na contextualização do  
752 Estado onde o curso se insere o relatório E-MEC preenchido pela UCP cita: "é fundamental que o  
753 curso tenha como base territorial para a formação, os serviços de saúde da região de Petrópolis,  
754 caracterizada por ser pólo regional de concentração de recursos tecnológicos no setor.  
755 Paradoxalmente a essa situação, a região de Petrópolis apresenta uma população que adoece e morre  
756 devido a problemas de saúde comuns e de soluções por vezes não tão complexas. Além disso,  
757 Petrópolis pertence ao Estado do Rio de Janeiro que apesar de ser a terceira unidade da federação em  
758 oferta de vagas em cursos de medicina/100.000 habitantes é o Estado brasileiro que em 2008  
759 apresentou maior número de casos de pacientes com dengue e mortes por dengue hemorrágica em  
760 todo o país, durante toda sua história, sendo necessário o deslocamento de médicos de outras regiões  
761 do país para o atendimento à população doente, tendo em vista a escassez de profissionais  
762 capacitados e treinados para esse tipo de situação". Em suma, tratando de Petrópolis e sua região,  
763 além da área de abrangência do Estado do Rio de Janeiro como um todo, há uma dissociação entre os  
764 indicadores econômicos, sociais e os da saúde, pois esses estão aquém do esperado para os  
765 indicadores utilizados. Em relação ao número de vagas propostas para este curso (60/ano), ele não  
766 alterará a relação médico/habitante atualmente existente no estado do Rio de Janeiro (2652  
767 vagas/ano), citado no item 7 da contextualização do relatório, mesmo considerando que os futuros  
768 médicos formados pela faculdade proposta serão oriundos da região e permanecerão trabalhando na  
769 mesma após sua formação. Portanto, o curso de Medicina complementará o projeto de  
770 desenvolvimento da instituição na área da saúde e permitirá um avanço nas carências da saúde na  
771 sua área de abrangência, objetivos estes explicitados pela instituição no item 3 do "Informações do  
772 PPC - perfil do curso - Justificativa da oferta do curso", com os quais o conselheiro concorda. Por que a  
773 revisão do parecer da CIRH? Porque efetivamente a UCP anexou todos os documentos exigidos, tanto  
774 pelo MEC quanto pela Res. 350/2005, e para tanto, pediu licença para considerá-los na revisão deste  
775 parecer. Finalmente, em relação ao questionamento concernente ao número de docentes, no entender  
776 do conselheiro, fora da alçada deste conselho, a IES capacitou-os em número suficiente para atender  
777 à demanda do Curso de Medicina em relação ao número de alunos/ano (60). A relação docente,  
778 tutores e/ou preceptores e o número de alunos encontra-se registrada nos referidos documentos e é de  
779 13/1, conforme citado no relatório E-MEC. A instituição apresenta neste item toda a qualificação deste  
780 corpo docente de acordo com as exigências do MEC. De acordo com as exigências citadas na Portaria  
781 MEC 474/2008, em sua Dimensão 2 no item 2.3.1, que trata do número de alunos da graduação por  
782 docente equivalente em Tempo Integral no curso, estabelece para o conceito máximo (5) que esta  
783 relação para os três primeiros anos do curso deve ser no máximo 20/1. Portanto, a IES disponibiliza  
784 corpo docente além do solicitado. O quadro de docentes do curso de Medicina descrito atenderá aos  
785 três primeiros anos do curso. Como previsto no PPC, neste período haverá capacitações para novos  
786 docentes que serão recrutados entre os docentes da instituição envolvidos com outros cursos da área  
787 da saúde e entre os médicos da rede pública e hospitais de ensino conveniados. Conclusão: 1. Nos  
788 termos das normas legais, o CNS deveria devolver o presente processo ao MEC, pois não cumpriu os

789 prazos legais previstos; e no caso do plenário decidir contrariamente, 2. Emitir parecer favorável a  
790 abertura do curso de Medicina da UCP, considerando que a UCP comprovou de forma satisfatória  
791 todos os requisitos exigidos pela Resolução 350/2005 e que o curso de Medicina complementa de  
792 forma apropriada o projeto pedagógico institucional. Assim, o relator propõe aos conselheiros votar  
793 pelo acolhimento do projeto de Medicina da UCP sugerindo ao MEC sua continuidade, tendo em vista  
794 que todos os convênios e exigências foram cumpridas e a instalação do curso de Medicina virá, sem  
795 dúvida, colaborar para melhorar as condições de atendimento com qualidade de todas as ações na  
796 área de saúde. Finalizada a apresentação do relatório de vistas, Conselheira **Graciara Matos de**  
797 **Azevedo** fez a leitura do documento da CIRH em resposta ao parecer do Conselheiro Clóvis Boufleur.  
798 No documento, a CIRH, após análise criteriosa da documentação e exaustiva discussão, solicita ao  
799 Pleno do CNS considerar o parecer insatisfatório ao pedido da FAMINAS a partir dos seguintes  
800 argumentos: em que o argumento apresentado pelo relator sobre a existência de outros documentos  
801 encaminhados pela instituição, com dados mais recentes, esses após análises, não foram  
802 considerados de relevância para a alteração do parecer da Comissão. Não foi observado, mesmo com  
803 as análises do documento apresentado pela instituição, em 23 de abril de 2009, em resposta à  
804 diligência do MEC, significativa inovação para formação, bem como relevância social, uma vez que se  
805 trata de uma escola de natureza privada, com pouca inserção social nessa instituição. Conforme  
806 descrito no parecer inicial da CIRH sobre o processo em questão, o município de Petrópolis conta com  
807 uma população de 306.645 habitantes e dispõe de um contingente de médicos muito acima da maioria  
808 dos municípios brasileiros desse porte. O argumento apresentado pelo conselheiro em relação à  
809 necessidade social que se prende ao fato de ser o Estado de Rio de Janeiro onde se apresenta os  
810 maiores índices de dengue e outras doenças do mesmo porte e argumenta que isso demonstraria uma  
811 necessidade forte de médicos necessários, também não respondem à argumentação apresentada pelo  
812 relator. Os dados relativos ao número de profissionais médicos, cenários de prática, necessidade de  
813 médicos para a região, número de empregos para médicos e outros, foram reavaliados e não foram  
814 observadas diferenças significativas e de relevância que justificasse a alteração do parecer da CIRH.  
815 Os dados reafirmam que não há necessidade social de novo curso de Medicina na região, uma vez  
816 que a localidade é amplamente servida por outras faculdades, na própria sede, e outras próximas. Ante  
817 o exposto, a CIRH mantém o seu parecer insatisfatório à abertura do curso de Medicina da Faculdade  
818 de Minas - FAMINAS. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que o Decreto 5.773/06,  
819 art.28, define o prazo de sessenta para emissão de parecer do CNS. Diante dessa definição,  
820 perguntou se o descumprimento desse prazo, por parte do CNS, pode ser utilizado como argumento  
821 para ações na justiça, por parte das instituições, contra o parecer do Conselho. Conselheiro **Antônio**  
822 **Alves de Souza** respondeu que, no caso de ações judiciais, cabe à parte interessada definir os  
823 argumentos a serem utilizados. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** ponderou que o Pleno deve  
824 avaliar se há necessidade social para abertura do curso de Medicina em Petrópolis. Encaminhando,  
825 Conselheiro **Antônio Alves de Souza** clarificou que a primeira proposta do Conselheiro Clóvis  
826 Boufleur - devolver o processo ao MEC diante do descumprimento dos prazos legais previstos – estava  
827 prejudicada, haja vista o acordo entre MEC e Ministério da Saúde a respeito dos prazos. Portanto,  
828 seriam votados o parecer da CIRH e a proposta 2 do relatório de vistas. Conselheiro **Clóvis Boufleur**  
829 solicitou a votação da primeira proposta, por entender que o acordo entre a CIRH e o MEC a respeito  
830 dos prazos precisa ser referendado pelo Pleno do CNS. Conselheira **Maria Helena Machado**  
831 esclareceu que o arquivamento é utilizado quando se constata a falta de documentação necessária à  
832 análise do processo. Disse que esse procedimento não prejudica a instituição de ensino e possibilita a  
833 reapresentação do processo posteriormente. Frisou ainda que, até aquele momento, o CNS não  
834 adotou o procedimento de solicitar o arquivamento do processo por não cumprimento do prazo para  
835 manifestação do Conselho. Apelou ao CNS para que isso não fosse feito, sob o risco de rever todo o  
836 processo da Comissão e prejudicar o bom andamento dos trabalhos do Conselho. Enfatizou que o  
837 CNS tem se esforçado para não descumprir o prazo para manifestação. Por fim, disse que não poderia  
838 responder ao questionamento sobre a possibilidade de utilização, por parte de instituição de ensino, do  
839 não cumprimento do prazo para manifestação do CNS, considerando não ser representante do MEC,  
840 nem jurista. Conselheira **Jurema Werneck** enfatizou que é consenso a necessidade de aprimorar o  
841 processo e, nessa lógica, manifestou satisfação com a iniciativa da Comissão de rediscutir questões  
842 operacionais. Além disso, ratificou que a necessidade social é o eixo norteador do Conselho na análise  
843 dos processos de abertura de cursos e o CNS não pode deixar-se ficar preso pela burocracia.  
844 Conselheiro **Antônio Alves de Souza** clarificou que colocaria em apreciação, primeiro, a proposta do  
845 Conselheiro Clóvis Boufleur de devolução do processo ao MEC e, em um segundo momento, a  
846 depender do resultado, o parecer da CIRH e a segunda proposta do relatório de vistas. Conselheira  
847 **Graciara Matos de Azevedo** explicou que, conforme a portaria normativa do MEC sobre o processo  
848 de devolução de processos, o não cumprimento do prazo para manifestação do CNS não é um critério  
849 para devolução do processo. Conselheiro **Clóvis Boufleur** esclareceu que o Decreto 5.773/06, art.28,

850 define o prazo de sessenta dias para emissão de parecer do CNS. Todavia, há um acordo entre a  
851 Comissão e o MEC no caso de descumprimento desse prazo. Desse modo, defendeu que o Pleno  
852 aprecie a proposta de devolver o processo ao MEC, por conta do não cumprimento dos prazos legais  
853 previstos, como uma forma de ratificar o acordo entre CIRH e MEC. Conselheiro **Fernando Donato**  
854 **Vasconcelos** avaliou que, ao discutir uma questão de prazo, no sentido de julgar a sua competência  
855 ou não, o Conselho vai além desse debate. Portanto, essa discussão não cabia naquele momento.  
856 Acrescentou que a parte interessada poderia questionar a decisão do Conselho, por conta do  
857 descumprimento de prazo, no MEC. Diante desse esclarecimento, a mesa colocou em votação as  
858 propostas: 1) parecer da CIRH insatisfatório ao Processo nº 200813021, Universidade Católica de  
859 Petrópolis, Autorização do Curso de Medicina; e 2) parecer favorável ao Processo nº 200813021,  
860 Universidade Católica de Petrópolis, Autorização do Curso de Medicina. **Deliberação: o Pleno**  
861 **aprovou o parecer da CIRH insatisfatório ao Processo nº 200813021, Universidade Católica de**  
862 **Petrópolis, Autorização do Curso de Medicina, com 22 votos. O parecer 2 recebeu seis votos.**  
863 **Três abstenções.** Conselheiro **Volmir Raimondi** declarou que se absteve da votação e continuará a  
864 fazê-lo até que se defina critérios objetivos de avaliação de cursos. Conselheira **Maria Helena**  
865 **Machado** agradeceu a todos e solicitou ajuda ao árduo trabalho da CIRH. Inversão de pauta. **ITEM 5 –**  
866 **CIPCSUS – RECOMENDAÇÕES; CISI – RECOMENDAÇÃO; CICIS – DOCUMENTOS DO CNS**  
867 **PARA A CONFERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO; SISTEMA DO DATASUS PARA REGISTRO DE**  
868 **CONSELHEIROS; CIPAF – INDICAÇÃO DE UMA VAGA SUPLENCIA; E INFORMES E**  
869 **INDICAÇÕES** - Coordenação: Conselheiro **Volmir Raimondi**, Mesa Diretora do CNS. Apresentação:  
870 **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. **CIPCSUS – Recomendações** -  
871 Conselheiro **Willen Heil**, antes de proceder à apresentação das recomendações, saudou os  
872 fisioterapeutas e os terapeutas ocupacionais pelo dia 13 de outubro que se comemorou os quarenta  
873 anos de regulamentação da profissão. Disse que, em comemoração, foi realizado congresso brasileiro  
874 de fisioterapia, no Rio de Janeiro, que bateu recorde mundial de participação e de trabalhos científicos.  
875 Feito esse registro, passou a apresentação das recomendações que foram analisadas uma a uma. 1ª -  
876 Recomenda à Agência nacional de Saúde Suplementar que as operadoras de saúde que oferecem  
877 estes serviços incluam os profissionais de nível superior com especialidade em Acupuntura (cirurgiões  
878 dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais e demais  
879 reconhecidos como especialistas), no quadro de profissionais credenciados junto àquelas operadoras,  
880 de acordo com o que prevê a legislação em vigor, ou seja, as Portarias do MS nº 156 e 971.  
881 **Deliberação: recomendação aprovada.** 2ª - Recomenda à Agência Nacional de Vigilância Sanitária:  
882 a) empenho e celeridade na finalização e publicação da Norma que Regulamenta Farmácias Vivas; e  
883 b) a revisão, na seqüência, da RDC nº 67/2007 na sua aplicação no setor público. **Deliberação:**  
884 **recomendação aprovada.** 3ª - Recomenda à Secretaria de Vigilância Sanitária, por meio do  
885 Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Programa Nacional para Prevenção e Controle das  
886 Hepatites Virais do Ministério da Saúde que proceda a inserção das Práticas Integrativas e  
887 Complementares, compreendendo a MTC/Acupuntura, Homeopatia, Medicina Antroposófica,  
888 Fitoterapia e Plantas Medicinais, nos editais referentes às pesquisas na área. **Deliberação:**  
889 **recomendação aprovada com a sugestão de excluir o termo “individuais” do segundo**  
890 **considerando.** 4ª - Recomenda à Agência Nacional de Vigilância Sanitária a formulação de Ato  
891 Normativo relativo ao uso de luvas de procedimento e de agulhas descartáveis nos atendimentos de  
892 Acupuntura, pelo risco que oferece aos profissionais de saúde no exercício dessa terapia, bem como  
893 aos pacientes que a ela se submetem. **Deliberação: recomendação aprovada.** 5ª - Recomenda ao  
894 Ministério da Saúde que estabeleça diretrizes para a construção de um protocolo de pesquisa e  
895 tratamento com homeopatia para as doenças epidêmicas, a ser utilizado no SUS, com a participação  
896 das entidades homeopáticas, de ensino e de pesquisa. **Deliberação: recomendação aprovada com**  
897 **as sugestões de excluir a expressão “pela mídia” do segundo considerando e o termo**  
898 **“tratamento”.** **INFORME DA COMISSÃO ELEITORAL SOBRE A ELEIÇÃO DO CNS.** Convidados:  
899 **Zênite da Graça Freitas**, Presidente da Comissão Eleitoral; e **Carlos Alberto Duarte**, Secretário da  
900 Comissão Eleitoral. A Presidente da Comissão Eleitoral iniciou a sua fala informando que o edital de  
901 convocação foi publicado em 21 de setembro de 2009. Explicou que a Comissão Eleitoral aprovou em  
902 reunião no dia 28 de setembro de 2009 os formulários para inscrição, tendo como referência a eleição  
903 Triênio 2006/2009 com as adequações da Resolução CNS nº 424/2009 (modelo de requerimento,  
904 fichas de inscrição, entre outros). Ressaltou que, até aquele momento, a Comissão recebeu apenas  
905 cinco inscrições. Portanto, solicitou que as entidades façam a inscrição com a máxima antecedência  
906 para possibilitar, se for o caso, a complementação de documento. Também informou que o CNS  
907 disponibilizou na sua página eletrônica um link para divulgação do processo eleitoral, onde os  
908 interessados poderão buscar todas as informações e instrumentos legais (decretos, resoluções e  
909 portaria), Regimento Interno do CNS e calendário eleitoral. Explicou que a Comissão Eleitoral recebeu  
910 a Recomendação do CNS nº. 017/2009 e a debateu nas duas reuniões já realizadas. Detalhou que a

911 Comissão solicitou parecer jurídico que foi aprovado e concluiu pelo não acatamento do item 2 da  
912 Resolução. Frisou que cabe à Comissão Eleitoral dar materialidade ao processo eleitoral  
913 fundamentado nos instrumentos legais disponibilizados pelo CNS: 1) a Recomendação CNS nº  
914 017/2009 no item 2, recomenda: “A Comissão Eleitoral deve elaborar um modelo de requerimento no  
915 qual o solicitante de inscrição para a eleição indique seu segmento como entidade de profissionais de  
916 saúde ou de usuários, considerando o artigo 6º § 2º e artigo 8º da Resolução CNS nº 424/2009, com  
917 as seguintes classificações de representatividade para o segmento de usuários:” (lista quatorze  
918 diferentes categorizações); 2) o Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006 dispõe sobre a organização,  
919 atribuições e o processo eleitoral do CNS e dá outras providências. Os artigos 3º, 4º e 5º discorrem  
920 sobre a composição, forma de escolha e definição de representação. A partir daí, cabe ao CNS  
921 regulamentar o processo eleitoral a cada três anos; 3) a Resolução nº 361/2006 regulamentou o  
922 processo eleitoral do CNS para o triênio 2006/2009 e define em seu art. 5º - inciso I - alíneas de “a” até  
923 “o”, as vagas para representação de usuários classificando-as em subsegmentos; e 4) a Resolução nº  
924 424/2009, ao regulamentar o processo eleitoral para o triênio 2009/2012, definiu no art. 5º as vagas de  
925 representação para o CNS em conformidade com o Decreto nº 5.839/2006, sem classificá-las em sub-  
926 segmentos. Disse que o CNS, por meio da Secretaria Executiva, disponibilizará estrutura física (salas)  
927 para que as entidades possam se reunir e articular de acordo com suas especificidades, cumprindo o  
928 parágrafo único, art. 10 da Resolução CNS nº. 424/09. Explicou que, na avaliação da Comissão  
929 Eleitoral, estão inseridas em um processo eleitoral, em especial do CNS, dimensões políticas, éticas e  
930 sociais a exigir de todos os atores investimento para superação dos desafios próprios das instâncias  
931 do controle social. Mas também um avanço na consolidação democrática da construção do controle  
932 social que, inclusive, propõe contribuir na superação da fragmentação em subsegmentos, um dos  
933 grandes avanços para qualificar a representação no controle social. Finalizando, ressaltou que cabe à  
934 Comissão Eleitoral a responsabilidade de aplicar com atenção os instrumentos legais que normatizam  
935 a eleição de forma a garantir lisura, transparência e ética em todo o processo, no sentido de afastar  
936 toda e qualquer possibilidade de questionamentos que venham inviabilizá-lo. O Secretário da  
937 Comissão Eleitoral, **Carlos Ebeling**, enfatizou que a Recomendação do CNS nº. 017/2009 foi objeto  
938 de amplo debate da Comissão e a decisão de não acatá-la visa evitar possíveis questionamentos ao  
939 processo eleitoral. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o segmento dos usuários discutiu o  
940 assunto e não endossa o parecer jurídico aprovado pela Comissão Eleitoral. Além disso, questionou o  
941 parecer jurídico considerando que a explicitação da composição do segmento em ficha de inscrição  
942 contribuiu para o bom andamento do processo eleitoral e que a recomendação do CNS possui  
943 sustentação legal. Por fim, solicitou maiores esclarecimentos a respeito do advogado responsável pela  
944 emissão do parecer jurídico. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,  
945 esclareceu que o advogado assessor da comissão eleitoral, Derocy Giacomo Cirillo da Silva,  
946 responsável por emitir parecer, participou da primeira eleição do CNS. Além disso, informou que foi  
947 solicitado parecer jurídico externo e a manifestação também foi pelo não acatamento da  
948 Recomendação do CNS nº. 017/2009. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** lembrou que as  
949 recomendações do CNS podem ser acatadas ou não e, no caso da nº. 17/09, endossou a decisão da  
950 Comissão Eleitoral de não acatá-la, visando não inviabilizar a eleição. Conselheira **Jurema Werneck**  
951 justificou que o objetivo da recomendação não é definir vaga cativa, mas sim garantir a conquista da  
952 diversidade da composição do segmento dos usuários do Conselho. No mais, ponderou que o  
953 processo eleitoral deve resguardar os avanços e não permitir retrocessos. Conselheiro **Francisco**  
954 **Batista Júnior** destacou que o desafio do processo é politizar o debate e o grande momento político  
955 será o dia da eleição. Registrhou que concorda com o pleito do segmento dos usuários, por considerá-lo  
956 legítimo, sintonizado com a Resolução nº. 333 e por possibilitar a qualificação do processo até o dia da  
957 eleição. Desse modo, ressaltou que a sua posição é absolutamente contrária à posição da Comissão  
958 Eleitoral. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** perguntou como se dará o processo diante da  
959 recusa da Recomendação do CNS nº. 17/09. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** registrou que  
960 pleito do segmento dos usuários é legítimo. Conselheira **Rosângela Santos** solicitou esclarecimentos  
961 da Comissão Eleitoral sobre a obrigatoriedade ou não de apresentação de relatório anual de gestão  
962 para inscrição, por parte das entidades e perguntou quais os critérios de avaliação desses relatórios.  
963 **Retorno da mesa.** A Presidente da Comissão Eleitoral, **Zenite Graça**, explicou que a Comissão  
964 Eleitoral debateu exaustivamente a Recomendação do CNS nº. 17/2009 e o desafio é garantir um  
965 processo amplo capaz de garantir a diversidade do Conselho. Destacou que a Resolução nº. 424 é o  
966 eixo balizador para definir os segmentos do CNS, portanto, os segmentos devem articular-se no  
967 debate político para garantir essa diversidade. O Secretário da Comissão Eleitoral, **Carlos Alberto**  
968 **Duarte**, explicou que a recomendação foi um dos temas de maior debate da Comissão e a posição não  
969 foi por consenso. Clarificou que a definição da composição dos segmentos deveria ter sido incluída na  
970 Resolução CNS nº 424/09, a qual define que a inscrição se dá por segmento. Disse que responderá  
971 por escrito aos questionamentos sobre o relatório de gestão. Além disso, solicitou que as dúvidas

972       sejam encaminhadas por escrito à Comissão Eleitoral para serem esclarecidas. Conselheiro **Rildo**  
973       **Mendes** explicou que o termo de inscrição impede a participação das entidades indígenas no processo  
974       eleitoral, pois essa representação não atende ao requisito de estar presente em três regiões do país.  
975       Em sendo assim, solicitou a manifestação da Comissão Eleitoral a esse respeito. A Presidente da  
976       Comissão Eleitoral, **Zenite Graça**, esclareceu que o termo de inscrição reproduz o art. 7º da  
977       Resolução nº. 424, que lista os critérios para inscrição. De todo modo, solicitou às entidades indígenas  
978       o envio do pleito à Comissão Eleitoral para ser apreciado. O Secretário da Comissão Eleitoral, **Carlos**  
979       **Alberto Duarte**, acrescentou que o art. 5º do Decreto nº. 5.839/06 também define o critério de estar  
980       presente em três regiões do Brasil. De qualquer forma, considerando a especificidade da  
981       representação indígena, disse que a Comissão buscará uma saída para o caso. Conselheiro **Antônio**  
982       **Alves de Souza** informou que a Lei 9.836/99, art. 1º, garante vaga para as entidades indígenas no  
983       CNS e nos conselhos estaduais e municípios de saúde. Conselheiro **Clóvis Boufleur** propôs à  
984       Secretaria-Executiva do CNS e à Comissão Eleitoral que, no ato do credenciamento dos delegados,  
985       seja apresentada opção de classificação para que os inscritos se definam nos subsegmentos com  
986       vistas a facilitar a pactuação política dos grupos. A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela**  
987       **Fernandes Camapum**, informou que a SE/CNS fará a classificação à medida que as inscrições  
988       ocorram, a fim de entregar ao segmento dos usuários a lista dos inscritos antes do dia da eleição.  
989       Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que, conforme o Regimento Eleitoral do CNS, cabe à comissão  
990       eleitoral indicar a mesa coordenadora das sessões plenárias dos segmentos (coordenador, secretário  
991       e relator). Em sendo assim, demandou que a mesa coordenadora da Plenária dos Usuários seja eleita  
992       pelos representantes dos usuários, no dia da eleição. O Secretário da Comissão Eleitoral, **Carlos**  
993       **Alberto Duarte**, disse que a Comissão analisará o pleito do conselheiro Clóvis Boufleur, considerando  
994       eventuais problemas que esse processo possa causar. Ponderou que a mesa coordenadora pode ser  
995       indicada pelo segmento dos usuários antes do dia da eleição. **Deliberação: a Comissão Eleitoral**  
996       **responderá, por escrito, às demandas das entidades indígenas a respeito da sua participação**  
997       **no processo eleitoral; e analisará a proposta de eleição da mesa coordenadora da plenária dos**  
998       **usuários, no dia da eleição. (O segmento dos usuários encaminhará sugestões de nomes para**  
999       **coordenar a plenária de segmento dos usuários à Comissão Eleitoral)**. Antes de suspender para o  
1000       lanche, a Secretaria-Executiva anunciou os aniversariantes do mês. Retomando, Conselheiro **Volmir**  
1001       **Raimondi**, na coordenação dos trabalhos, informou que o Item 4 – Plano Nacional de Saúde  
1002       2008/2011 e Relatório de Gestão 2008 foi transferido para o segundo dia de reunião, às 11 horas e o  
1003       Item 7 – Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento, também previsto para o segundo dia,  
1004       seria antecipado. Conselheira **Cândida Maria Carvalheira** informou que o Ministro da Saúde, em  
1005       atendimento à solicitação do Vice-Presidente da República, comprometeu-se a assinar a Portaria da  
1006       Política de Assistência à Pessoa Ostomizada no dia 17 de novembro de 2009. Portanto, convidou os  
1007       conselheiros a participar dessa solenidade no Senado Federal. Conselheira **Graciara Matos de**  
1008       **Azevedo** cumprimentou a Conselheira Cândida pela conquista, que é resultado de expressiva de luta.  
1009       Na seqüência, a coordenação retomou os informes e indicações. **RECOMENDAÇÕES DA CISI** –  
1010       Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou minuta de recomendação, elaborada pela CISI, que  
1011       recomenda aos deputados federais a rejeição do Projeto de Lei nº 1.057/2007, de autoria do Deputado  
1012       Henrique Afonso, que dispõe sobre o combate a práticas tradicionais nocivas e a proteção dos direitos  
1013       fundamentais de crianças indígenas. Os conselheiros fizeram considerações a respeito da minuta, com  
1014       manifestação, inclusive, a favor do PL nº. 1.057/2007. **Deliberação: o Pleno decidiu buscar maiores**  
1015       **subsídios e votar a minuta de recomendação na próxima do CNS. Para subsidiar a decisão do**  
1016       **Pleno, deverá ser solicitado um parecer sobre o PL nº 1.057/2007 ao Conselho Nacional dos**  
1017       **Direitos da Criança e do Adolescente e disponibilizado o parecer das representações indígenas**  
1018       **sobre esse Projeto. Além disso, deverá ser solicitada informação sobre a tramitação do PL no**  
1019       **Congresso Nacional**. Em seguida, Conselheiro **Valdenir França** submeteu à apreciação do Pleno  
1020       uma minuta de recomendação ao Ministério da Saúde e à Funasa que: a) verifiquem a capacidade  
1021       instalada e os recursos humanos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas para depois,  
1022       considerando a realidade de cada um, iniciar o processo da autonomia; b) apresentem no CNS o Plano  
1023       de Transição do Subsistema de Saúde Indígena da Funasa para o Ministério da Saúde. **Deliberação:**  
1024       **recomendação aprovada com as seguintes sugestões: primeiro considerando “incluir a decisão**  
1025       **do Ministro de Estado da Saúde”; segundo considerando “retificar que o Decreto nº 6.878, de 18**  
1026       **de junho de 2009, garante a constituição dos DSEIs como unidade gestora autônoma”; e alínea**  
1027       **“a”: substituir “verifiquem a capacidade instalada” por “apresente ao CNS a capacidade**  
1028       **instalada”**. **CICIS – DOCUMENTOS DO CNS PARA A CONFERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO** –  
1029       Conselheira **Silvia Casagrande** informou que o CNS não obteve resposta à solicitação de participar da  
1030       comissão organizadora da Conferência. Devido ao adiantado da hora, o Pleno decidiu adiar para o  
1031       segundo dia a apresentação do documento, elaborado pela CICIS, com propostas elaboradas no  
1032       âmbito do Conselho Nacional de Saúde sobre a I Conferência Nacional de Comunicação. A Secretária-

1033 Executiva do CNS solicitou que os conselheiros fizessem a leitura do documento com a máxima  
1034 atenção para votá-lo no dia seguinte. Além disso, informou que a etapa nacional da Conferência foi  
1035 modificada para 14 a 17 de dezembro de 2009. **SISTEMA DO DATASUS PARA REGISTRO DE**  
1036 **CONSELHEIROS** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou a  
1037 proposta de implantação de um sistema digital de registro da presença de conselheiros, elaborado pelo  
1038 DATASUS. Explicou que esse sistema seria implantado em substituição ao livro de presença, com  
1039 vistas a garantir maior segurança no registro dos conselheiros e participantes da reunião. Disse que,  
1040 para a implantação, seria necessário adquirir quatro aparelhos ao custo de R\$ 250 cada. Conselheira  
1041 **Jurema Werneck** perguntou se é possível disponibilizar os dados gerados pelo sistema para eventuais  
1042 consultas. A Secretaria-Executiva do CNS respondeu que isso é possível. Conselheiro **Alexandre**  
1043 **Magno** quis saber como será feito o registro no caso da presença do conselheiro titular e do suplente  
1044 na reunião. A Secretaria-Executiva do CNS explicou que em toda a reunião é definido titular e, no caso  
1045 da presença do suplente, o Conselho permite rodízio. Disse ainda que o sistema faz o registro de  
1046 acordo com a definição do Pleno, podendo registrar, por exemplo, titulares, suplentes e convidados.  
1047 Conselheiro **Alexandre Magno** defendeu que o Sistema registre a presença dos suplentes.  
1048 Conselheira **Gysélla Saddi Tannous** enfatizou a importância de dar publicidade à participação dos  
1049 conselheiros em atividades além das reuniões plenárias do Conselho. Conselheira **Cândida Maria**  
1050 **Carvalheira** sugeriu a elaboração de relatório anual de atuação dos conselheiros do CNS no sentido  
1051 de dar publicidade à atuação do colegiado. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** perguntou se é possível  
1052 fazer o levantamento da presença dos integrantes das Comissões do CNS na perspectiva de substituir  
1053 os componentes ausentes em três reuniões consecutivas sem justificativa, conforme prevê o  
1054 Regimento Interno do Conselho. Também sugeriu que houvesse um mecanismo de alerta aos que  
1055 faltassem a segunda reunião seguida. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** propôs que esse sistema  
1056 fosse instalado também para registrar a presença nas reuniões das comissões. Lembrou, inclusive,  
1057 que na presença do titular, o suplente não terá direito a voz e voto. Conselheiro **Artur Custódio de**  
1058 **Souza** defendeu o registro dos conselheiros e, progressivamente, dos participantes das reuniões das  
1059 comissões. Conselheira **Maria Laura Bicca** ponderou ao Pleno a implantação do sistema na próxima  
1060 gestão do CNS. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** discordou da proposta e defendeu a  
1061 implantação do sistema o mais breve possível. Conselheiro **Alexandre Magno** registrou o seu protesto  
1062 à definição do Regimento Interno de não garantir ao conselheiro suplente o direito a voz na presença  
1063 do titular. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que, para ampliar a participação no CNS,  
1064 as suplências, no caso do segmento dos trabalhadores da saúde, não são da mesma entidade que  
1065 ocupa a titularidade. Também rebateu que o Regimento Interno do CNS, art. 15, § 6º, prevê que, no  
1066 caso de ausência, o titular será substituído pelo primeiro e segundo suplente, sucessivamente, e a  
1067 substituição deverá ser comunicada à mesa no decorrer da reunião. **Deliberação:** o Pleno aprovou o  
1068 sistema, com o indicativo de registro dos conselheiros titulares e dos suplentes e dos  
1069 participantes. Após a implantação do sistema, o Pleno avaliará os resultados. **CIPAF –**  
1070 **INDICAÇÃO DE UMA VAGA SUPLÊNCIA - Deliberação:** pautar esse tema para deliberação após  
1071 o processo eleitoral do CNS. **CARAVANAS EM DEFESA DO SUS DO MÊS DE NOVEMBRO** – A  
1072 Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, solicitou a indicação de nomes para  
1073 as Caravanas em Defesa do SUS do mês de novembro – 1) Salvador-BA. Dia 4 – **Indicações:** **Luiz**  
1074 **Vieira Titiah; Lucimar Batista, um nome a indicar** (a Secretaria-Executiva fará contato com  
1075 conselheiros para indicação). 2) Porto Alegre-RS- Dia 6 – **Indicações:** **Arilson da Silva; José Eri**  
1076 **Medeiros; Wilson Valério; Nelci Dias da Silva; Valdirlei Castagna; Tania Maria Onzi Pietrobelli;**  
1077 **Luiz Augusto Facchini; Maria Laura Bicca; Silvia Martins Casagrande; e Volmir Raimondi.** 3)  
1078 Aracaju- SE - Dia 9 – **Indicações:** **Raimundo Sotero; Carmen Lúcia Luiz; e Artur Custódio.** 4)  
1079 Macapá-AP- Dia 17 – **Indicações:** **Marisa Fúria; Warderley; e Valdenir França.** 5) Cuiabá-MT- Dia  
1080 20 – **Indicações:** **José Marcos; dois nomes a indicar** (a Secretaria-Executiva do CNS consultará  
1081 os conselheiros). 6) Campo Grande-MS- Dia 27 – **Indicações:** **Gysélla Saddi; Maria Thereza**  
1082 **Antunes; e Ruth Ribeiro Bittencourt.** 7) Florianópolis-SC - Dia 30 – **Indicações:** **Rildo Mendes;**  
1083 **Carmen Lúcia Luiz; Luana Cotroffi; Clair Castilho; José Caetano Rodrigues; Marcelo Henrique**  
1084 **Pereira; e Ronald Ferreira dos Santos.** 8) Goiânia – não haverá caravana. **1ª CONFERÊNCIA**  
1085 **NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL**. Data: 9 a 12 de dezembro de 2009, em Brasília-DF - 20 vagas  
1086 para o CNS. Proposta: doze vagas para a CISAMA e oito indicados pelo Pleno. O Pleno decidiu fazer  
1087 as indicações no dia seguinte, a fim de verificar os componentes da CISAMA na Comissão  
1088 Organizadora. **CONEP- III ENCONTRO NACIONAL DE COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA**. Data:  
1089 20 a 22 de novembro, em São Paulo/SP. Proposta de participantes: membros atuais e os eleitos da  
1090 Comissão; técnicos da CONEP; e três conselheiros indicados pelo Pleno. Conselheira **Gysélla Saddi**  
1091 **Tannous** explicou que o III ENCEP contará com 1.200 participantes e definirá políticas para o sistema  
1092 CEP/CONEP a serem aprovadas no CNS. Enfatizou que se trata de um evento político e a participação  
1093 dos conselheiros é de extrema importância. **Deliberação:** aprovada a participação no III ENCEP dos

1094 membros atuais e os eleitos da Comissão, dos técnicos da CONEP e de três conselheiros  
1095 indicados pelo Pleno. (Será discutida a possibilidade de vagas para observadores no caso de  
1096 vacâncias – definir critérios de participação). **CONVITES** – 1) ALAMES- Convite da Associação  
1097 Latinoamericana de Medicina Social para o XI Congresso Latinoamericana de Medicina Social e de  
1098 Saúde Coletiva. Data: 14 a 15 de Novembro. Local: Bogotá- Colômbia. **Deliberação: aprovada a**  
1099 **indicação do Conselheiro Francisco Batista Júnior, Presidente do CNS para participar do**  
1100 **Congresso e divulgar a Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais**  
1101 **de Seguridade Social.** 2) O Movimento Nacional pela Saúde e Seguridade Social convida o CNS para  
1102 o III Congresso Nacional pela Saúde e Seguridade Social. Data: 12 a 14 de novembro. Local: Bogotá-  
1103 Colômbia. Intenção: divulgar a Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais  
1104 de Seguridade Social. **Deliberação: aprovada a indicação do Sr. Armando de Negri, da Comissão**  
1105 **de Trauma e Violência do CNS, para participar do Congresso e divulgar a Conferência Mundial**  
1106 **sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social.** **IX CONGRESSO**  
1107 **BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA.** Data: de 31 de outubro a 4 de novembro de 2009. Local:  
1108 Recife/PE. A Secretaria-Executiva do CNS detalhou a programação do Congresso. Oficinas: 1 –  
1109 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa: - “Plataforma Brasil – Aprimoramento do Controle Social  
1110 nos Instrumentos Tecnológicos de Proteção dos Sujeitos de Pesquisa” - 8h30 às 18h. Coordenador:  
1111 Dalton Luiz de Paula Ramos. 2 – Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no  
1112 SUS – CIPICSUS e Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente – CISAMA - “Saberes  
1113 Tecnológicos Tradicionais e Populares em Saúde - Contribuições do Controle Social”; Debate -  
1114 “Proteção de Sujeitos de Pesquisa: a experiência do Conselho Nacional de Saúde: seus avanços e  
1115 desafios”. Painel - “Controle Social para garantia do direito à saúde e da Inovação em Ciência e  
1116 Tecnologia”. Stand. Além disso, informou que recebeu as seguintes solicitações para acompanhar o  
1117 Congresso: CICIS - Silvia Casagrande; Geraldo Vasconcelos; Maria Betânia Regino; CIRH - Maria  
1118 Tereza Antunes; Marisa Fúria; Ruth Ribeiro Bittencourt; CICT - Raimundo Sotero; e CIEPCSSUS -  
1119 Eufrásia Cadorin. Diante dessa solicitação, disse que participariam do Congresso quatorze  
1120 conselheiros, sendo seis para as oficinas e oito de comissões com eventos afins. Explicou que a SGEP  
1121 arcaria com o custo do stand e da inscrição dos quatorze conselheiros (R\$ 16.085,00) e o CNS pagaria  
1122 as passagens e diárias (R\$ 53.418,00). Conselheiro **Antônio Alves de Souza** perguntou sobre a  
1123 situação das finanças do CNS. A Secretaria-Executiva do CNS informou que o CNS possui um déficit  
1124 de R\$ 800 mil, porque o gasto com o III ENCEP não constou no orçamento do Conselho 2009. Disse  
1125 que negociaria esse valor com o Ministério da Saúde. Os conselheiros manifestaram preocupação com  
1126 esse déficit do Conselho e lembraram, inclusive, que o Pleno deliberou por suspender atividades  
1127 importantes por conta de contenção de gastos. A Secretaria-Executiva do CNS lembrou que o gasto  
1128 com o Congresso da ABRASCO está previsto no orçamento do CNS. Além disso, destacou que o  
1129 custo aumentou porque houve aumento do valor das diárias. **Deliberação: aprovada a participação**  
1130 **de quatorze conselheiros nacionais no III ENCEP (seis para as oficinas e oito de Comissões**  
1131 **com eventos afins).** **CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS**  
1132 **UNIVERSAIS DE SEGURIDADE SOCIAL** - Data: 22 e 26 de março de 2010. A Secretaria-Executiva  
1133 do CNS informou que a Conferência contará com 1.300 participantes entre delegados, convidados e  
1134 observadores de diferentes países dos cinco continentes, representando governos e sociedade civil.  
1135 Detalhou que a delegação brasileira será composta por 88 delegados (50% da sociedade civil e 50%  
1136 do governo) que serão indicados no Seminário Nacional Preparatório para a Conferência Mundial  
1137 sobre os Sistemas Universais de Seguridade Social. Explicou que o seminário será realizado de 4 e 6  
1138 de dezembro de 2009 e contará com trezentos representantes indicados pelos estados (50% da  
1139 sociedade civil e 50% de gestores). Por fim, disse que os conselheiros interessados poderiam  
1140 participar como relatores e coordenadores de mesas. **Manifestações.** Nas falas, foi levantada a  
1141 importância de a Comissão Organizadora da Conferência considerar o princípio da universalidade na  
1142 organização do evento e garantir a diversidade, inclusive, na composição das mesas. Em resposta, a  
1143 mesa explicou que a diversidade seria garantida nos grupos. Em que pese a importância do tema, o  
1144 Pleno não aprofundou o debate por conta do adiantado da hora. Acordou-se que o tema seria  
1145 retomado posteriormente. **Deliberação: solicitar à Comissão Organizadora da Conferência que, na**  
1146 **próxima reunião, discuta a coordenação das mesas do Seminário Nacional na perspectiva de**  
1147 **contemplar as diversidades; e verificar a possibilidade de pautar o tema na próxima reunião do**  
1148 **CNS.** **CADASTRO DE CONSELHEIROS DO CNS** – A Secretaria-Executiva do CNS solicitou o  
1149 preenchimento do cadastro para não inviabilizar a vinda dos conselheiros para a próxima reunião do  
1150 Conselho. **DENÚNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TIMÓTEO-MG - Deliberação:**  
1151 **enviar à Mesa Diretora do CNS para os devidos encaminhamentos.** **INFORME** – Setor de emissão  
1152 de passagem do CNS – A Secretaria-Executiva do CNS informou que não é possível escolher  
1153 aeroporto, pois o sistema elimina os vôos mais caros, optando pelos econômicos. Além disso, solicitou  
1154 aos conselheiros que enviem planilhas com atividades previstas a cada mês, a fim de facilitar o

1155 trabalho da Secretaria-Executiva. A mesa registrou a solicitação de retificação no e-mail da  
1156 Conselheira Graciara Matos. Os demais pontos do item 5 seriam tratados no segundo dia de reunião  
1157 se houvesse espaço. Com essa definição, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram  
1158 presentes – **Titulares**: **Adson Roberto França dos Santos, Ailton dos Santos, Afonso Magalhães,**  
1159 **Antônio Alves de Souza, Artur Custódio M. de Souza, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira,**  
1160 **Carmen Lúcia Luiz, Clóvis Boufleur, Eufrásia Santos Cadorin, Fernando Luiz Eliotério,**  
1161 **Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi**  
1162 **Tannous, João Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, José Luiz Spigolon, José Rubens**  
1163 **Rebelatto, José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Luiz Antônio da Silva Neves, Maria**  
1164 **Goretti David Lopes, Maria Helena Machado, Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade,**  
1165 **Ronald Ferreira dos Santos, Rosângela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins**  
1166 **Casagrande, Ubiratan Cassano Santos, Valdenir Andrade França, Volmir Raimondi e Wilen Heil**  
1167 **e Silva. Suplentes: Alceu José Peixoto Pimentel, Alexandre Magno Lins Soares, Armando**  
1168 **Martinho Bardou Raggio, Denise Torreão Corrêa da Silva, Eline Jonas, Fernanda Lussan,**  
1169 **Fernando Donato Vasconcelos, Jorge Alves de Almeida Venâncio, Jovita José Rosa, Juares**  
1170 **Pires de Souza, Lauro Moretto, Lílian Aliche, Lucimar Batista da Costa, Luiz Alberto Catanoce,**  
1171 **Maria Ermínia Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Thereza Almeida Antunes, Marinho**  
1172 **Romário Valente, Nelci Dias da Silva, Noemy Yamagishi Tomita, Paulo Roberto Venâncio**  
1173 **Carvalho, Paulo Teixeira Filho, Rildo Mendes, Sérgio Metzger e Tânia Maria Lessa Athayde**  
1174 **Sampaio.** Iniciando o segundo dia de reunião, a Secretaria-Executiva do CNS apresentou três novos  
1175 funcionários do CNS. **ITEM 6 – ELEIÇÃO DA CONEP E RECOMENDAÇÃO** - *Coordenação:*  
1176 Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, Mesa Diretora do CNS; e Secretária-executiva do CNS,  
1177 **Rozângela Fernandes**. *Apresentação*: Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, Coordenadora da  
1178 CONEP/CNS. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** iniciou com um balanço das atividades da  
1179 CONEP, sob a sua coordenação. Lembrou que uma das metas da Comissão, definidas no plano de  
1180 trabalho, referia-se a instauração de amplo processo de fiscalização dos CEPs (atualmente, são 602  
1181 Comitês credenciados no Sistema CEP/CONEP, concentrados nas Regiões Sul e Sudeste). No sentido  
1182 de cumprir essa meta, lembrou que o Pleno do CNS aprovou, na reunião ordinária de setembro de  
1183 2009, uma norma operacional para recredenciamento dos comitês visando qualificá-los. Ressaltou que  
1184 essa norma entrou em vigor em setembro e será iniciado processo de fiscalização *in loco*, com a  
1185 contribuição dos conselheiros nacionais de saúde. Por outro lado, disse que não foi possível realizar as  
1186 oficinas regionais para revisão da Resolução nº. 240, que dispõe sobre a participação dos usuários  
1187 nos Comitês. Enfatizou que esse processo de revisão é essencial no sentido de fortalecer a  
1188 participação de usuários nos CEPs. Também informou que a SGEP conseguiu empenho dos recursos  
1189 para o programa de capacitação à distância, com turma de 600 alunos, carga horária de 180 horas e  
1190 seis meses de duração. Disse que o material para essa primeira turma possibilitará novas  
1191 capacitações com custo reduzido. Lembrou que a proposta de capacitação foi acompanhada pelo GT  
1192 do CNS e por integrantes da CONEP. Também destacou que a Comissão cumpriu a meta de fazer  
1193 avançar a Plataforma Brasil e, a propósito, comunicou que seriam lançados novos módulos no III  
1194 ENCEP. Nesse ponto, agradeceu ao coordenador adjunto da CONEP, Dr. **Dalton Luiz de Paula**  
1195 **Ramos** e ao Sr. **José Araujo Lima Filho** pela condução do GT da Plataforma Brasil. Sobre a  
1196 renovação da CONEP, explicou que a eleição deveria ocorrer naquele momento porque o mandato  
1197 encerra-se em outubro de 2009. Lembrou, inclusive, que diante da renovação do Conselho, os  
1198 membros do CNS poderiam ser re-indicados a qualquer tempo, permanecendo os eleitos dos CEPs.  
1199 Ressaltou que o Pleno revisou o Regimento Interno e a Resolução nº. 196, com a aprovação da  
1200 Resolução nº. 421 que garante a participação de representantes dos trabalhadores (um titular e um  
1201 suplente) e mais um representante dos usuários (um titular e um suplente, totalizando seis membros  
1202 do CNS (três titulares e três suplentes), por indicação do Pleno. Nesse ponto, também agradeceu a  
1203 Conselheira Cleuza Carvalho pela atuação na CONEP. Enfatizou que a ética, matéria que trata a  
1204 Comissão, é subjetiva a diversos fatores, por isso, é um desafio diário enfrentar os conflitos de  
1205 interesse envolvidos nesse trabalho. Considerando esse desafio, agradeceu a confiança depositada  
1206 para coordenar a Comissão e o apoio ao trabalho. Finalizando, informou que a CONEP elaborou  
1207 minuta de recomendação para o processo eleitoral com vistas a evitar situações de conflitos de  
1208 interesse. Detalhou que a minuta recomenda que os representantes selecionados na reunião eleitoral  
1209 sejam instados a declarar todas as relações de trabalho, representação ou outras relações que  
1210 impliquem em possíveis conflitos de interesses para o exercício autônomo da função de membro da  
1211 CONEP. **Manifestações**. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, considerando tratar-se de um tema  
1212 de interesse do Conselho, disse que o Pleno deveria deliberar sobre essa matéria por meio de  
1213 resolução, inclusive com definição de critérios para impedir a participação de pessoas que possam  
1214 colocar sob suspeição o trabalho da CONEP. Conselheiro **Clóvis Boufleur** propôs que o Pleno do  
1215 CNS aprove a minuta na forma de resolução, considerando até mesmo o pouco efeito prático das

1216 recomendações do Conselho. A respeito do texto da minuta, sugeriu incluir um item prevendo a  
1217 reavaliação da permanência de integrante na Comissão identificado conflito de interesse (avaliação  
1218 pode ser feita a qualquer momento). Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** ponderou que o termo  
1219 de conflito de interesse poderia ser aplicado às demais Comissões do CNS. Conselheiro **José Marcos**  
1220 **de Oliveira** destacou que essa proposta merece ser discutida em profundidade em outro momento.  
1221 Diante das sugestões, Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** apresentou proposta de texto de  
1222 resolução, com o seguinte teor: resolve que os representantes selecionados na reunião eleitoral sejam  
1223 instados a declarar todas as relações de trabalho, representação ou outras relações que impliquem em  
1224 possíveis conflitos de interesses para o exercício autônomo da função de membro da CONEP, tanto no  
1225 momento de início de suas atividades como a qualquer tempo de sua participação. Caso fique  
1226 comprovado o conflito de interesse, o representante integrante será desligado da CONEP.  
1227 **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade.** Definido esse ponto, a coordenadora da  
1228 CONEP procedeu ao processo eleitoral da Comissão. Informou que foi disponibilizada aos  
1229 conselheiros uma lista elaborada a partir da indicação dos CEPs onde consta 333 nomes  
1230 homologados. Explicou que não foram incluídos na lista 49 nomes indicados não homologados por  
1231 decurso do prazo de inscrição ou documentação incompleta. Esclareceu que a Resolução define a  
1232 renovação de metade dos membros da Comissão, a cada processo eleitoral, sendo uma parte por  
1233 sorteio e a outra por indicação. Feitos esses esclarecimentos, o Pleno iniciou o processo eleitoral com  
1234 o sorteio de dois titulares e três suplentes (uma vaga por conta da ausência injustificada de um  
1235 membro da Comissão). **Foram sorteados os seguintes nomes: Titulares: Valdete Marques Arnault**  
1236 **Antiqueira, Enfermeira, MT, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT; Ana Maria**  
1237 **Pellegrini, Professora de Educação Física, SP, Instituto de Biociências - Universidade Estadual**  
1238 **Paulista - UNESP - Campus Rio Claro. Suplentes: Ana Luiza Lima Souza, Enfermeira, GO, Pró-**  
1239 **Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - Universidade Federal de Goiás; José Carlos Tavares**  
1240 **Carvalho, Farmacêutico, AP, Universidade Federal do Amapá; e Luiz Gonzaga de Moura Júnior,**  
1241 **fisioterapeuta, RS, Universidade de Caxias do Sul - RS.** Encerrado o sorteio, o Pleno constituiu GT  
1242 paritário para analisar a lista dos indicados pelos CEPs e apresentar indicações posteriormente (quatro  
1243 nomes – três titulares e um suplente). **Foram indicados os seguintes nomes para o GT:**  
1244 **Conselheiro Clóvis Boufleur, Conselheira Lílian Aliche, Conselheiro Luiz Antônio Neves e**  
1245 **Conselheiro Armando Raggio.** Em Plenário, foram feitas indicações e os nomes entregues, por  
1246 escrito, ao Grupo. Após essa etapa, o processo eleitoral foi interrompido e o GT retirou-se do Pleno  
1247 para fazer as indicações. Acordou-se que ainda no período da manhã o Grupo submeteria os nomes à  
1248 apreciação do Pleno. Além disso, os segmentos se reuniriam no intervalo do almoço para indicar os  
1249 nomes dos conselheiros para a CONEP. Continuando, a Secretaria-Executiva do CNS retomou a  
1250 apresentação dos informes e indicações. **1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL –**  
1251 **indicação de nomes para ocupar as vinte vagas.** Após considerações, o Pleno deliberou por dividir  
1252 as vagas da seguinte maneira: nove para a CISAMA/CNS; quatro para os suplentes da comissão  
1253 organizadora; e sete nomes indicados pelo Pleno. As indicações seriam feitas posteriormente.  
1254 **RESOLUÇÃO DO CNS N°. 425/2009** – A Secretaria-Executiva do CNS historiou que, no debate sobre  
1255 a situação do Distrito Federal, o CNS aprovou resolução solicitando a suspensão do repasse de verba  
1256 federal para o DF. O Ministro da Saúde não homologou a Resolução e solicitou ao CNS que  
1257 aguardasse a auditoria do DENASUS e a manifestação do Judiciário do DF. Disse que, após consulta  
1258 ao Judiciário, verificou-se que a ação poderia levar anos para ser julgada. Portanto, o Pleno promoveu  
1259 um segundo debate sobre o tema e alterou a resolução propondo a suspensão da autonomia  
1260 administrativa do DF na gestão dos recursos federais. Ressaltou que a resolução foi enviada ao  
1261 Ministro da Saúde e retornou ao CNS não homologada. Após esse histórico, fez a leitura da resposta  
1262 do Ministro da Saúde com a justificativa de não homologação da Resolução n°. 425/09. Na avaliação  
1263 do Ministério da Saúde, a Resolução não apresenta a devida sustentação constitucional e a adoção de  
1264 qualquer medida sobre a questão teria que ser precedida do equacionamento dela junto às instâncias  
1265 responsáveis pela fiscalização da aplicação de recursos da União sob pena de consequências  
1266 desastrosas para os usuários do SUS e descontinuidade aos serviços de atenção à saúde da  
1267 população do DF. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** solicitou que a Resolução n°. 425 fosse  
1268 disponibilizada aos conselheiros para subsidiar o debate. Além disso, enfatizou ser importante a sua  
1269 leitura no Pleno, considerando que identificou impropriedades inclusive na sua fundamentação. A mesa  
1270 acatou a solicitação. Enquanto se aguardava a inclusão da Resolução e dos pareceres nos arquivos da  
1271 reunião, a mesa continuou com demais itens dos informes e indicações. **CISPLGBT -**  
1272 **RECOMENDAÇÕES E MOÇÃO** – Apresentação: Conselheira **Carmen Lúcia Luiz.** 1ª - Moção de  
1273 repúdio às declarações públicas do Governador do Mato Grosso do Sul, André Puccinelli, feitas no dia  
1274 22 de setembro de 2009, a respeito do Ministro do Meio Ambiente Carlos Minc, com utilização de  
1275 expressões inadequadas e anúncio público de que cometará o crime de estupro contra o Ministro.  
1276 **Deliberação: a moção foi aprovada.** Recomendações – 1ª) Recomenda ao Ministério Público

1277 Estadual, Tribunal de Justiça e Assembléia de Mato Grosso do Sul e ao Supremo Tribunal Federal a  
1278 cassação do mandato do governador André Puccinelli pela declaração pública de que cometerá o  
1279 crime de estupro contra o Ministro do Meio Ambiente Carlos Minc e por utilizar expressões  
1280 inadequadas em relação a esse Ministro contrariando a dignidade humana apregoada pela CF/88.  
1281 **Deliberação: o Plenário aprovou o mérito da recomendação e indicou a re-elaboração do texto**  
1282 **no sentido de recomendar aos órgãos citados que adotem as providências cabíveis diante da**  
1283 **situação. Além disso, o CNS fará movimento na Caravana em Defesa do SUS de Mato Grosso do**  
1284 **Sul a esse respeito.** 2<sup>a</sup>) Recomenda às Secretarias de Vigilância em Saúde – SVS/MS, de Atenção à  
1285 Saúde – SAS/MS e de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS a realização de campanha de  
1286 prevenção de AIDS, hepatites, HTLH, HPV, sífilis e outras DST, com abrangência nacional, utilizando  
1287 todos os meios de comunicação de massa, direcionada especialmente aos homens que fazem sexo  
1288 com homens, gays e travestis. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com a inclusão do**  
1289 **CONASS e CONASEMS entre os atores.** 3<sup>a</sup>) Recomenda à Secretaria de Gestão Estratégica e  
1290 Participativa – SGEP, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGETS e a  
1291 Secretaria de Vigilância Sanitária – SVS, por meio da Política Nacional de Educação Permanente para  
1292 o controle Social, em parceria com a Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle  
1293 Social e a Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT, que realizem nas três esferas de  
1294 governo seminários de sensibilização sobre a Política Integral da População LGBT para gestores e  
1295 trabalhadores públicos de forma intersetorial com as demais políticas públicas sociais. **Deliberação:**  
1296 **recomendação aprovada com a inclusão de CONASS, CONASEMS, CAPDA/CNS e CISMU/CNS.**  
1297 **O documento deverá ser enviado às entidades que compõem o CNS para divulgação.**  
1298 Conselheiro **Volmir Raimondi** reivindicou que o CNS, por meio da CICIS, recomende aos ministérios  
1299 do Executivo que adotem o Decreto 5.296, que dispõe sobre a acessibilidade dos segmentos da área  
1300 de deficiência, nas campanhas de mídia. Conselheira **Silvia Casagrande** informou que a CICIS/CNS  
1301 incluiu o Decreto 5.296 no texto com contribuições à 1<sup>a</sup> Conferência de Comunicação. Definido esse  
1302 ponto, o Pleno retomou o debate da Resolução do CNS nº. 425. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**  
1303 iniciou a sua fala destacando que uma das suas grandes preocupações e do Pleno como um todo se  
1304 refere à proteção das decisões do Conselho. Nessa linha, frisou que as resoluções devem ser  
1305 elaboradas de forma a evitar questionamentos jurídicos. Em relação ao texto da resolução, destacou o  
1306 inciso X do art.17 da Lei nº. 8.080, citado como um dos fundamentos (“cabe à direção estadual do SUS  
1307 a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam  
1308 na sua organização administrativa”), para colocar o seu entendimento de que está sob a  
1309 responsabilidade da direção estadual a gestão das unidades de hemocentros e dos laboratórios de  
1310 saúde pública. Também fez referência ao art. 4º da Lei nº. 8.142/90 para enfatizar que não tem  
1311 conhecimento se o DF cumpre os requisitos listados para solicitar, no caso de descumprimento, a  
1312 suspensão da autonomia administrativa na gestão dos recursos federais. Diante do exposto, ponderou  
1313 que o embasamento jurídico da Resolução não se coaduna com a legislação, portanto, essa norma é  
1314 passível de questionamento. Como encaminhamento, solicitou que fosse feita consulta jurídica sobre o  
1315 art. 4º da Lei nº. 8.142/90, a fim de dirimir eventuais dúvidas sobre a interpretação. Conselheiro  
1316 **Francisco Batista Júnior** frisou que esse debate é um dos mais importantes da história recente do  
1317 CNS e que é preciso clarificar algumas questões levantadas a fim de evitar questionamentos.  
1318 Destacou que a sua interpretação a respeito do inciso X do art.17 da Lei nº. 8.080 é diferente da  
1319 colocada pelo Conselheiro Antônio Alves. No seu entendimento, a Lei é clara ao definir que é dever do  
1320 ente público gerir e, por conseguinte, administrar, os serviços que fazem parte da sua organização  
1321 administrativa. Portanto, a administração e a gerência dos serviços na organização administrativa do  
1322 DF não podem ser transferidas para outro ator, particularmente privado. Também destacou que,  
1323 segundo a Lei nº. 8.142, os recursos depositados pelo Ministério da Saúde no Fundo de Saúde do DF  
1324 são destinados a investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial ambulatorial e hospital e  
1325 demais ações de saúde. Além disso, a referida lei define que os recursos serão repassados de acordo  
1326 com os critérios estabelecidos no art. 35 da Lei 8.080/90 (art. 35, § 6º, define que o disposto no parágrafo  
1327 anterior – que trata dos repasses – não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e  
1328 nem a aplicação de penalidades previstas em Lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão  
1329 dos recursos transferidos). Acrescentou ainda que a decisão do CNS está corroborada pelo inciso IV  
1330 do art.4º (relatório de gestão que permita o controle de que trata o § 4º do art. 36 da Lei nº. 8.080 – o  
1331 Ministério da Saúde acompanhará através do seu sistema de auditoria a conformidade e a  
1332 programação da aplicação dos recursos repassados a estados e municípios. Constatada a  
1333 malversação, desvio e não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas  
1334 previstas em lei). Enfatizou que o governo do Distrito Federal descumpre a lei ao repassar a gestão de  
1335 um hospital público para uma empresa privada. Nesse caso, constatada a malversação, desvio e não  
1336 aplicação dos recursos, cabe ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei, sendo a  
1337 suspensão da autonomia administrativa do DF na gestão dos recursos federais. Finalizando disse que

1338 a argumentação apresentada pelo Ministro da Saúde não procede, tendo em vista que o Pacto de  
1339 Gestão não pode justificar toda e qualquer atitude dos gestores. Rebateu ainda que, em nenhum  
1340 momento, o Conselho propôs a suspensão do repasse de recursos ao Distrito Federal, mas sim a  
1341 suspensão da autonomia administrativa do DF na gestão dos recursos federais. Devido a presença dos  
1342 convidados para tratar do item 4 da pauta, o Pleno interrompeu o debate da Resolução nº. 425. Esse  
1343 tema seria retomado posteriormente. **ITEM 4 – PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2008/2011 E**  
1344 **RELATÓRIO DE GESTÃO 2008** - Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Mesa  
1345 Diretora do CNS. Convidados: **Ayrton Galiciani Martinello**, Coordenador Geral de Planejamento  
1346 SPO/SE/MS; e **Márcia Muniz**, SPO/MS. Apresentação: Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**.  
1347 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** recuperou que, no mês de agosto de 2009, o Ministério da  
1348 Saúde apresentou ao Pleno do CNS a proposta do Plano Nacional de Saúde 2008-2011. Após a  
1349 apresentação, o Pleno estabeleceu o prazo de 30 dias para contribuições e constituiu um Grupo de  
1350 Trabalho, formado por quatro conselheiros para sistematizar as sugestões e apresentá-las na Reunião  
1351 Ordinária de outubro de 2009. Contudo, no prazo estabelecido para contribuições, o GT recebeu  
1352 apenas três sugestões. Por essa razão, esse prazo foi prorrogado até 18 de setembro de 2009. Após  
1353 esse resgate, Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** fez um informe do trabalho do Grupo,  
1354 composto pelos conselheiros Alexandre Magno Lins Soares, Ronald Ferreira dos Santos, Jurandi  
1355 Frutuoso Silva e Luís Augusto Facchini. Explicou que o grupo reuniu-se no dia 22 de setembro, com a  
1356 ausência justificada do conselheiro Facchini. Como resultado do debate, o GT elaborou nota técnica  
1357 sobre o Plano Nacional de Saúde. Explicou que, na reunião ordinária do CNS do dia 8 de outubro de  
1358 2007, o Ministro do Estado apresentou a Política Nacional de Saúde PAC – Saúde, estando integrado  
1359 ao Pacto pela saúde e ao Processo de Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde. Conforme  
1360 declaração do Ministro, tratava-se de uma visão geral, estratégica e política. Nessa oportunidade, o  
1361 Ministro da Saúde comprometeu-se a apresentar a proposta ao CNS tão logo fosse aprovada pelo  
1362 Presidente Lula. Continuando, lembrou que entre os dias 14 e 18 de novembro de 2007 ocorreu a  
1363 etapa nacional da 13ª Conferência Nacional de Saúde e no dia 5 de dezembro de 2007, nas  
1364 dependências no Palácio do Planalto, foi lançado o Programa Mais Saúde 2008-2011. No dia 13 de  
1365 dezembro de 2007, o Senado Federal decretou o fim da CPMF e é enviado ao Conselho Nacional de  
1366 Saúde o Relatório Preliminar da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Explicou que no mês de agosto  
1367 de 2009, o Ministério da Saúde encaminhou ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde, a proposta do  
1368 Plano Nacional de Saúde 2008-2011, como produto do seu trabalho na construção do Sistema de  
1369 Planejamento do SUS – PlanejaSUS. Detalhou que o Plano ancora-se em documentos norteadores,  
1370 como o Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde, Pacto pela Saúde, Avaliação do Plano  
1371 Plurianual 2004-2007, Avaliação do PNS 2004-2007, PAC Mais Saúde 2008-2011, Objetivos do  
1372 Milênio para 2015, dentre outros. Esses documentos serviram de fundamentação para a formulação de  
1373 quatro objetivos, doze diretrizes e 71 metas. Lembrou que, após a apresentação do Plano, o Pleno do  
1374 CNS estabeleceu o prazo de trinta dias para que os conselheiros apresentassem suas contribuições,  
1375 as quais deveriam ser sistematizadas por um Grupo de Trabalho, formado por quatro conselheiros, e  
1376 apreciadas na reunião ordinária do mês de outubro de 2009. Relatou que o GT discutiu a proposta de  
1377 Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011 e o Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde,  
1378 além das contribuições apresentadas pelos seguintes atores: CIST/CNS; Saúde Bucal; Movimento de  
1379 AIDS; Movimento de Patologias (Celíacos); Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição  
1380 (CGPAN)/Departamento de Atenção Básica – DAB – Secretaria de Atenção à Saúde; e Comissão do  
1381 Idoso. Diante das considerações anteriores e levando em conta a análise efetuada pelos membros do  
1382 GT acerca do PNS, explicou que o GT verificou a necessidade de uma participação mais aprofundada  
1383 do conjunto dos atores do CNS, pois as ações e metas possuíam por sustentação pressupostos já  
1384 superados (as bases de referência são de 2007). Além disso, o grupo identificou uma gritante  
1385 desvinculação com as proposições da 13ª Conferência Nacional de Saúde e algumas metas sem  
1386 mensuração definidas (metas nº 17, 18, 58, 59 e 60). Em face dessas constatações, explicou que o GT  
1387 decidiu apresentar ao Plenário as seguintes propostas de encaminhamento: submeter o Plano  
1388 Nacional de Saúde à apreciação das comissões do CNS após reestruturação das mesmas (período  
1389 pós-eleitoral), sugerindo prazo máximo de até março de 2010; analisar o instrumento que estabelece  
1390 as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de  
1391 Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes para a pactuação do biênio 2010-2011, como subsídio  
1392 essencial para basear a contribuição do CNS ao PNS; e solicitar ao Ministério da Saúde que apresente  
1393 ao CNS o Relatório de Gestão do ano de 2008, tendo como referência o Programa Mais Saúde 2008-  
1394 2011 e o Pacto pela Saúde e o Pacto pela Gestão. **Manifestações**. Conselheiro **Antônio Alves de**  
1395 **Souza** discordou do encaminhamento do GT de protelar a votação do Plano Nacional de Saúde, tendo  
1396 em vista os prejuízos desse adiamento. Acrescentou que esse encaminhamento contradiz o processo  
1397 de pressão do CNS junto ao Ministério da Saúde para a apresentação do documento. Por fim, lembrou  
1398 que as comissões tiveram prazo para apresentar contribuições ao Plano e não o fizeram. Conselheira

1399 **Graciara Matos de Azevedo** discordou da proposta de ampliação do prazo para análise do Plano e  
1400 defendeu a inclusão das propostas apresentadas que visam ampliar a visão de saúde bucal. Ainda  
1401 sobre a saúde bucal, disse que as propostas do Plano estão de acordo com as deliberações da 13ª  
1402 Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** disse que a diretoria do CEBES não  
1403 conseguiu promover um debate aprofundado sobre o Plano e, por essa razão, não apresentou  
1404 propostas. Como encaminhamento, propôs a aprovação do Plano com as contribuições apresentadas  
1405 e a ressalva de apreciá-lo novamente no mês de março de 2010 no sentido de incluir novas  
1406 contribuições das Comissões. Conselheiro **Adson França** avaliou que a apresentação do Plano  
1407 Nacional de Saúde é uma vitória para o CNS, portanto, defendeu a sua votação naquele momento.  
1408 Conselheira **Maria Isabel da Silva** explicou que a CIST analisou e apresentou sugestões ao Plano,  
1409 mas nem todas as comissões do CNS puderam reunir-se para fazer o mesmo. Chamou a atenção para  
1410 o fato de documentos de extrema importância serem apresentados ao CNS de forma extemporânea  
1411 com cobranças ao Pleno de brevidade na votação. Concordou com a proposta de pautar novo debate  
1412 do Plano em 2010 e de solicitar ao Ministério da Saúde a apresentação do Relatório de Gestão 2008.  
1413 Para subsidiar as comissões, solicitou que fossem disponibilizadas as contribuições das Comissões do  
1414 CNS e das entidades/movimentos ao Plano. Conselheiro **Clóvis Boufleur** avaliou que, em linhas  
1415 gerais, o Plano atende as expectativas na área da saúde. Também concordou com a proposta de  
1416 rediscutir o Plano em março de 2010, considerando se tratar de um documento aberto à revisão e  
1417 atualização. Conselheiro **José Luiz Spigolon**, em sendo aprovada a proposta de analisar o Plano em  
1418 março de 2010, perguntou ao Coordenador Geral de Planejamento sobre a possibilidade de agregar  
1419 informações sobre o impacto financeiro das políticas e das metas estabelecidas. **Retorno da mesa.** O  
1420 Coordenador Geral de Planejamento SPO/SE/MS, **Ayrton Galiciani Martinello**, explicou que o  
1421 Ministério da Saúde, ao construir o Plano Nacional de Saúde, buscou elaborar um instrumento de  
1422 planejamento estratégico e não apenas um simples normativo para cumprir a burocracia. Nessa lógica,  
1423 explicou que a Programação Anual de Saúde, o Relatório de Gestão e o Plano Nacional de Saúde são  
1424 instrumentos interdependentes, portanto, a aprovação do PNS é imprescindível. Explicou que o Plano  
1425 Nacional de Saúde pressupõe revisão periódica, logo, é possível rediscuti-lo em 2010. Clarificou que  
1426 há limitações orçamentárias, portanto as políticas sem impacto orçamentário podem ser incorporadas  
1427 em 2009 e, em relação às demais, verificar a possibilidade de contemplar na previsão orçamentária  
1428 2010. Disse que é possível incorporar as sugestões já apresentadas pelas comissões e  
1429 entidades/movimentos ao Plano, desde que a votação desse instrumento não seja adiada para 2010,  
1430 pois essa prorrogação impossibilitaria a implementação no ano seguinte. A respeito das metas sem  
1431 mensuração, informou que as áreas não conseguiram elaborar mensuração, mas, por serem metas  
1432 importantes, foram incluídas. Disse que é possível definir prazo para a apresentação, se não, podem  
1433 ser excluídas do documento. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, primeiro, colocou em discussão a  
1434 proposta do GT de submeter o Plano Nacional de Saúde à apreciação das comissões do CNS após  
1435 reestruturação das mesmas (período pós-eleitoral), sugerindo prazo máximo de até março de 2010.  
1436 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que é possível acatar a proposta do conselheiro  
1437 Luiz Antônio, desde que o objeto central do CNS nos próximos meses seja a revisão do Plano Nacional  
1438 de Saúde. Conselheiro **Alexandre Magno** disse que o GT propôs debate aprofundado do Plano  
1439 entendendo que o documento foi apresentado ao CNS de forma verticalizada com prazo escasso para  
1440 apreciação. Além disso, reiterou a preocupação do GT com o fato de o Plano reproduzir literalmente as  
1441 metas do PAC mais Saúde. Feitas essas considerações, a mesa passou aos encaminhamentos.  
**Deliberação: o Pleno aprovou o Plano Nacional de Saúde, por unanimidade, com as seguintes**  
1442 **ressalvas: análise periódica e debate do documento nas comissões do Conselho (tratar na**  
1443 **Mesa Diretora do CNS).** Com esse encaminhamento, o entendimento da mesa de coordenação é  
1444 que está contemplada a proposta de analisar o instrumento que estabelece as prioridades,  
1445 objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão,  
1446 e as orientações, prazos e diretrizes para a pactuação do biênio 2010-2011, como subsídio  
1447 essencial para basear a contribuição do CNS ao PNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**  
1448 perguntou o prazo para a incorporação das sugestões já apresentadas. O Coordenador Geral de  
1449 Planejamento SPO/SE/MS, primeiro, agradeceu a aprovação do Plano Nacional de Saúde. Esclareceu  
1450 que o Programa Mais Saúde é a agenda estratégica do Ministério da Saúde, por isso, o Plano Nacional  
1451 de Saúde reproduz as suas metas. Em seguida, fez uma breve apresentação do Relatório Anual de  
1452 Gestão/RAG 2008. Explicou que o Relatório foi elaborado com base no Plano Nacional de Saúde  
1453 2008/2011, mas ainda não é o desejável. Detalhou que o Relatório é composto por: Introdução,  
1454 Demonstrativo da execução orçamentária em 2008, Demonstrativo da execução anual das ações e  
1455 resultados, Observações e considerações finais. Após essas breves considerações, a mesa passou  
1456 aos encaminhamentos. **Deliberação: remeter o Relatório Anual de Gestão/RAG 2008 à análise da**  
1457 **COFIN, na próxima reunião. Os conselheiros poderão enviar contribuições ao Relatório para a**  
1458 **assessoria técnica da Comissão a fim de serem debatidas na próxima reunião.** Com esse  
1459

1460 encaminhamento, a mesa agradeceu os convidados e encerrou esse ponto. **ITEM 7 – COMISSÃO**  
1461 **PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO** - Coordenação: Conselheiro **José Marcos de**  
1462 **Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação: Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**,  
1463 Coordenador da COFIN. Devido à exigüidade de tempo, o coordenador da COFIN/CNS apenas fez um  
1464 informe sobre a Oficina Regional do NE II (PE, SE, AL, BA), realizada em Recife, que contou com cem  
1465 participantes. Disse que essa foi a última oficina regional e o encontro nacional será realizado em  
1466 Brasília, no dia 9 de novembro de 2009 (quatro representantes – dois custeados pelo CNS e dois pelo  
1467 Estado). Comunicou ainda que foram disponibilizadas aos conselheiros planilhas da execução  
1468 orçamentária relativa ao mês de setembro de 2009 e de Restos a Pagar. Desse modo, solicitou  
1469 avaliação dessas planilhas junto com o Relatório Anual de Gestão. Também informou que na próxima  
1470 reunião do CNS será apresentada a análise qualitativa dos recursos alocados no combate à pandemia  
1471 de influenza em comparação com os recursos alocados no combate à dengue e a execução  
1472 orçamentária dos três trimestres de 2009. Além disso, disse que a COFIN está preparando material  
1473 sobre o Cartão SUS para apresentar na próxima reunião. Finalizou com agradecimentos aos que  
1474 contribuíram para realização da Oficina Regional do NE II. Em seguida, Conselheiro **Valdenir França**  
1475 solicitou a autorização do Pleno para, junto com o Conselheiro **Rildo Mendes**, permanecer em Brasília  
1476 por mais um dia para participar da reunião do Fórum dos Presidentes dos Conselhos de Saúde  
1477 Indígena. **Deliberação: o Pleno autorizou a participação dos conselheiros Valdenir França e**  
1478 **Rildo Mendes na reunião do Fórum dos presidentes dos Conselhos de Saúde Indígena.** Na  
1479 seqüência, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** assumiu a coordenação dos trabalhos e retomou o  
1480 processo eleitoral da CONEP. Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou os resultados do Grupo de  
1481 Trabalho constituído pelo Pleno para indicar integrantes para a Comissão. Explicou que o Grupo fez  
1482 uma análise do currículo dos nomes indicados pelos conselheiros e propôs os seguintes nomes para  
1483 compor a Comissão: **Dalton Luiz de Paula Ramos**, Professor, SP, Faculdade de Odontologia da  
1484 Universidade de São Paulo; **Cláudio Fortes Garcia Lourenço**, Médico, DF, Faculdade de Ciências da  
1485 Saúde – UnB; **José Araújo Lima Filho**, consultor, SP, Secretaria Municipal de Saúde/SP; e **Maria**  
1486 **Mercedez de Almeida**, bióloga, RS, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/SMSPA.  
1487 **Deliberação: o Pleno aprovou a indicação dos seguintes nomes para a CONEP: Dalton Luiz de**  
1488 **Paula Ramos – titular; José Araújo Lima Filho – titular; Cláudio Fortes Garcia Lourenço – titular;**  
1489 **e Maria Mercedez de Almeida – suplente.** A coordenadora da CONEP agradeceu e destacou a  
1490 recondução dos Srs. **Dalton Luiz de Paula Ramos e José Araújo Lima Filho**, tendo em vista a  
1491 contribuição deles nos trabalhos da Comissão. As indicações dos segmentos e da coordenação da  
1492 CONEP seriam apreciadas no período da tarde. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** registrou a  
1493 distribuição do Caderno Destaques – Ações e programas do Governo Federal – set/out 2009.  
1494 Continuando, a mesa retomou o debate da Resolução nº. 425. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**  
1495 reiterou a solicitação de que fosse feita consulta jurídica sobre a interpretação do art. 4º da Lei nº.  
1496 8.142/90. Também frisou que o Relatório final do DENASUS sobre a matéria ainda não está  
1497 concluído. Conselheiro **Volmir Raimondi**, diante das denúncias sobre a gestão do sistema, perguntou  
1498 que resposta o Ministério da Saúde dará do ponto de vista da gestão pública e da proteção do SUS,  
1499 com vistas a proteger os usuários. Também quis saber quais as atitudes efetivas a serem tomadas  
1500 pelo CONASS em relação aos problemas de gestão que ocorrem em vários estados. Conselheiro  
1501 **Arilson Cardoso** concordou que é preciso buscar assessoria jurídica a fim de evitar questionamentos  
1502 ao mérito da resolução do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, apesar de concordar com a  
1503 necessidade de atenção às questões jurídicas, lembrou que é fundamental às resoluções do CNS a  
1504 decisão política. Concordou com a preocupação do Conselheiro Antônio Alves em subsidiar a  
1505 resolução com o inciso X, art. 17 da Lei 8.080/90, e, como contraproposta, propôs que seja  
1506 fundamentada no inciso IX que determina “identificar estabelecimentos hospitalares de referência e  
1507 gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional”. Conselheira **Jurema**  
1508 **Werneck** concordou com as preocupações levantadas e ratificou que, por meio da Resolução nº. 425  
1509 há reconhecimento que, diante da inadimplência de uma esfera de gestão, a esfera superior passa a  
1510 ser responsável por resguardar o direito da sociedade brasileira. Conselheiro **Alexandre Magno**  
1511 solicitou a atenção do CNS sobre a possibilidade de o jurídico avocar o princípio da reserva do  
1512 possível, para justificar a não homologação da Resolução. Além disso, sugeriu que sejam incluídos na  
1513 fundamentação da Resolução os art. 4º e 10 da Lei 8.429, improbidade administrativa. Conselheiro  
1514 **Clóvis Boufleur** propôs acordo entre os conselheiros sobre a necessidade de submeter as resoluções  
1515 do CNS à análise jurídica. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** frisou que as decisões do CNS  
1516 possuem caráter político e visam salvaguardar os direitos da sociedade. Desse modo, apelou ao Pleno  
1517 que não adote o “legalismo” como regra. Conselheiro **Armando Raggio** corroborou com a  
1518 preocupação dos gestores e solicitou cautela, visando a valorização do caráter deliberativo do CNS,  
1519 sem banalizar as decisões e sem omissão quando necessário posicionar-se. Destacou que a gestão é  
1520 indelegável, todavia, o gestor pode contratar terceiros, diante dos dispositivos legais vigentes. Frisou

ainda que o CONASS é uma associação que representa deliberações colegiadas dos seus membros e não possui autoridade corregedora sobre os seus membros. Acrescentou que a instituição corregedora é a instância tripartite, que representa a gestão plena do sistema compartilhado pelas três instâncias de poder. Portanto, na Tripartite pode haver e há comissão responsável pelo papel de corregedoria. Conselheira **Cândida Carvalheira** propôs que também fosse solicitado parecer do Tribunal de Contas da União sobre a Resolução nº. 425. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, primeiro, destacou que cada esfera atua de acordo com as regras próprias, como TCU, conselhos. Também enfatizou que não se deve confundir complementaridade de ações com privatização de gerência dos serviços, por se tratarem de questões distintas. Diante das preocupações levantadas, sugeriu que a mesa consultasse o Pleno sobre a necessidade de uma assessoria jurídica. Caso esse fosse o entendimento, propôs que o Plenário se manifestasse após o parecer jurídico. No caso de o Pleno entender que não é necessária consulta jurídica, defendeu que o CNS respondesse ao Ministro da Saúde que não concorda com a argumentação e utilizasse na contra-argumentação o inciso IX, art. 17 da Lei nº. 8.080/90 e outros aspectos da Lei. Após esclarecimentos, a mesa passou aos encaminhamentos. Primeiro, a mesa colocou em apreciação a resposta do Ministro da Saúde a respeito da Resolução nº. 425, com os devidos encaminhamentos. **Resultado: quatro conselheiros manifestaram-se favoráveis à resposta do Ministro da Saúde. Dezenove conselheiros manifestaram-se contrários. Duas abstenções.** Conselheiro **Arilson Cardoso** declarou que se absteve da votação por entender que o Pleno deveria manter a Resolução e retificar os pontos com impedimento legal, conforme explicitado na resposta do Ministro da Saúde ao CNS. Em seguida, houve uma rodada sobre os encaminhamentos a serem votados com as devidas justificativas. **Deliberação: o Pleno decidiu reelaborar o texto da resolução, aprofundando a fundamentação legal e enviá-la ao Gabinete do Ministro da Saúde para apreciação.** Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do segundo dia de reunião. Nesse intervalo, os segmentos se reuniram para fazer indicações. Iniciando os trabalhos do período da tarde, Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, na coordenação dos trabalhos, retomou o processo eleitoral da CONEP. Primeiro, abriu a palavra para o anúncio dos nomes indicados pelos segmentos dos usuários e trabalhadores em saúde para compor a Comissão. Foram indicados pelos segmentos dos usuários e trabalhadores em saúde, respectivamente: **Gysélle Saddi Tannous** e **Valdenir França** – titulares e **Cleuza de Carvalho Miguel e Eline Jonas** – suplentes; **Ruth Ribeiro Bittencourt** – titular; e **Denise Torreão** – suplente. **Deliberação: não havendo destaques, o Pleno aprovou os nomes indicados pelos segmentos dos usuários e dos trabalhadores em saúde para compor a CONEP.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou como fica a composição da CONEP diante da renovação do Conselho. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** explicou que, no caso dos conselheiros, a indicação pode ser feita a qualquer momento. Na sequência, procedeu-se à definição da coordenação da CONEP. **Deliberação: o Pleno aprovou a recondução da Conselheira Gysélle Saddi Tannous na coordenação da CONEP. A coordenação-adjunta será debatida na Comissão e trazida ao Pleno para referendo.** Além disso, acordou-se que os dois nomes mais votados pelo GT do CNS serão considerados para eventuais substituições no caso de vacância. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** registrou a sua satisfação por conviver e trabalhar junto de pessoas como a coordenadora da CONEP. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** agradeceu a confiança do CNS por reconduzi-la na coordenação da CONEP, as palavras elogiosas e o apoio do Pleno ao trabalho da Comissão. A seguir, a mesa solicitou a indicação de nomes para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. **Deliberação: as vinte vagas foram assim distribuídas: nove para a CISAMA/CNS; quatro para os suplentes da comissão organizadora (Arlison Cardoso, Carmen Lúcia, Paulo Roberto Venâncio e Sérgio Metzger); e sete nomes indicados pelo Pleno (Eline Jonas; Arnaldo Marcolino; Alexandre Magno; Artur Custódio – suplência; Ronald Ferreira dos Santos; Noemy Yamaguishi; e Paulo César Augusto de Souza- suplência).** **GT DO RIO DE JANEIRO** – reunião entre o Secretário de Saúde do Rio de Janeiro, o Presidente do CNS e o GT do Conselho. A Secretaria-Executiva do CNS informou que a intenção é antecipar a reunião do dia 10 de novembro para o dia 5. O Presidente do CNS relatou que, durante a caravana do Rio de Janeiro, teve a oportunidade de conversar com representantes do CES/RJ e entidades sindicais. Relatou que a partir dessa conversa a secretária-executiva do Conselho comprometeu-se a fazer contato com o Secretário de Saúde do Rio de Janeiro. Relatou que possivelmente há dificuldades entre representantes do CES e as entidades sindicais. Disse que, em conversa telefônica, o Secretário de Saúde comprometeu-se a não implantar fundação de direito privado até que o CNS defina essa questão. Além disso, o Secretário informou que marcaria reunião com o CES para tratar da situação. Dessa forma, disse que a intenção é marcar reunião no Rio de Janeiro com os envolvidos na questão a fim de firmar acordo para solucionar o impasse local. **ITEM 8 – OS IMPACTOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NOS INDICADORES DE SAÚDE** - Coordenação: Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**, Mesa Diretora do CNS. Apresentação: **Eduardo Augusto Fernandes Nilson**, Coordenador-Substituto da CGPAN/DAB/SAS/MS; **Kathleen**

1582 **Sousa Oliveira**, Consultora Técnica da CGPAN/DAB/SAS/MS; e **Camile Mesquita**, Diretora do  
1583 Departamento de Gestão de Condicionalidades. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**, iniciou  
1584 explicando que, em 16 de outubro de cada ano, a FAO, Organização das Nações Unidas para  
1585 Agricultura e Alimentação, comemora o Dia Mundial da Alimentação. Explicou que, este ano, a data é  
1586 dedicada ao tema "alcançar a segurança alimentar em época de crise". Com esse tema, a FAO  
1587 pretende estimular uma reflexão a respeito do quadro atual de insegurança alimentar mundial. Dessa  
1588 maneira, destacou que o debate dos impactos do Programa Bolsa Família nos indicadores de saúde  
1589 nesse momento é extremamente oportuno. Destacou que a CIAN debateu o tema em fevereiro em  
1590 2009 e solicitou que fosse pautado no CNS. Explicou que o Programa foi instituído pela Lei nº.  
1591 10.836/04, destinando as ações de transferência de renda considerada condicionalidade. Além disso, o  
1592 Programa prioriza a participação efetiva das famílias em um processo educacional e nos programas de  
1593 saúde para promoção da melhoria das condições de vida na perspectiva da inclusão social, com a  
1594 gestão descentralizada, intersetorial, focalizada, condicionada e livre utilização com o objetivo de alívio  
1595 imediato da pobreza. Disse que uma pesquisa realizada em 2008 demonstrou que: 87% das famílias  
1596 beneficiadas utilizam o benefício com alimentação; os municípios com cobertura da saúde família  
1597 possuem o melhor acompanhamento do Programa; e 60 mil famílias entregaram na época os cartões  
1598 espontaneamente por não mais necessitarem do benefício. Nesse sentido, ressaltou que é necessário  
1599 conhecer os atuais resultados do Programa. Primeiro, a Diretora do Departamento de Gestão de  
1600 Condicionalidades/MDS, **Camile Mesquita**, fez uma apresentação geral do Programa Bolsa Família.  
1601 Iniciou agradecendo o convite para tratar do tema no CNS e discutir o Programa como uma política  
1602 intersetorial e transversal, com interface com a saúde. Iniciou a explanação explicando que o Programa  
1603 Bolsa Família está centrado em três dimensões: alívio imediato da pobreza, por meio da transferência  
1604 direta de renda às famílias mais pobres; ruptura do ciclo intergeracional da pobreza, por meio do  
1605 reforço aos direitos sociais básicos; e desenvolvimento de capacidades das famílias, com a articulação  
1606 de programas e ações voltadas para as famílias. Sobre a cobertura (até setembro de 2009), explicou  
1607 que são 11,9 milhões de famílias beneficiárias, com estimativa de 12,9 milhões de famílias pobres e  
1608 5.564 Municípios. Disse que o orçamento anual do Programa é de R\$ 12 bilhões, com impacto fiscal  
1609 de 0,4% PIB e custo operacional de 5%. Detalhou que as principais características do Programa são:  
1610 atendimento da família e não dos seus membros isoladamente; contrapartidas das famílias e do  
1611 governo nas áreas de saúde, educação e assistência social; pagamento direto à família, sem  
1612 intermediação de qualquer natureza; benefício preferencialmente pago à mulher; autonomia da família  
1613 no uso do recurso financeiro; atendimento de famílias pobres e extremamente pobres; inexistência de  
1614 prazo de permanência: a família permanece no Programa enquanto tiver renda abaixo do critério de  
1615 elegibilidade; gestão compartilhada entre esferas de governo; participação da sociedade; e  
1616 abrangência nacional, com base em estimativa de famílias pobres. Explicou que os tipos de benefícios  
1617 do Programa são: Benefício Básico - no valor de R\$ 68,00, pago exclusivamente para famílias com  
1618 renda mensal *per capita* de até R\$ 70,00; Benefício Variável (BV) - no valor de R\$ 22,00, pago para as  
1619 famílias com crianças e adolescentes até 15 anos de idade. Cada família pode receber até, no  
1620 máximo, três benefícios deste tipo, totalizando R\$ 66,00; e Benefício Variável Jovem (BVJ) - no valor  
1621 de R\$ 33,00, pago às famílias com jovens de 16 e 17 anos. Cada família pode receber até no máximo  
1622 dpos benefícios deste tipo, totalizando R\$ 66,00. Acrescentou que o valor do benefício varia de R\$  
1623 22,00 a R\$ 200,00, sendo o valor médio de R\$ 94,66. Falou das condicionalidades – identificação de  
1624 vulnerabilidades, explicando que são compromissos do poder público e das famílias. Esclareceu que o  
1625 acompanhamento das condicionalidades tem como objetivos: reforçar o direito de acesso das famílias  
1626 aos serviços de saúde e de educação e responsabilizar o poder público pelo atendimento; monitorar o  
1627 cumprimento de compromissos pelas famílias beneficiárias; e identificar, nos casos de não  
1628 cumprimento, situações de maior vulnerabilidade, de forma a orientar as ações do poder público para o  
1629 acompanhamento destas famílias. Ainda sobre as condicionalidades, no que se refere à integração de  
1630 políticas, citou, no caso da educação, o auxílio no combate à evasão escolar e a promoção da  
1631 participação dos pais na vida escolar e, na saúde, a promoção da segurança alimentar, auxílio no  
1632 combate à mortalidade infantil e à desnutrição infantil, auxílio na promoção da saúde da mulher e  
1633 informação para a definição de outras ações de saúde. Detalhou que os condicionalidades do  
1634 Programa são: saúde - acompanhamento do calendário vacinal, do crescimento e do desenvolvimento  
1635 das crianças – público: crianças menores de 7 anos; pré-natal para gestantes e acompanhamento de  
1636 nutrizes – público: gestantes e nutrizes; educação: matrícula e freqüência escolar mensal mínima de  
1637 85% – público: crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos; matrícula e freqüência escolar mensal  
1638 mínima de 75% – público: jovens de 16 e 17 anos; assistência social - serviços sócio-educativos e de  
1639 convivência – público: crianças integrantes do Peti. Clarificou que as condicionalidades são  
1640 acompanhadas com base em calendário estabelecido, sendo no caso da educação, cinco períodos de  
1641 acompanhamento e, no caso da saúde, dois períodos. Continuando, mostrou gráficos com os  
1642 seguintes dados: educação – 15 milhões de alunos de 6 a 15 anos em acompanhamento nominal e

1643 informações sobre 14 milhões; quase dois milhões de jovens de 16 e 17 anos em acompanhamento, com informações de 75% deles; e saúde – quase 10 milhões de famílias em acompanhamento, das quais 63% com informações nominais. Também explicou que o Programa adota o conceito de  
1644 repercussão gradativa que é o efeito que ocorre no benefício da família em decorrência do  
1645 descumprimento da condicionalidade. Esse efeito pode ser a advertência, o bloqueio, a suspensão ou  
1646 o cancelamento do benefício. Ressaltou que, no âmbito da concepção de condicionalidades, o  
1647 Departamento de Gestão de Condisionalidades vem construindo junto com a área de assistência  
1648 social, de saúde e de educação a proposta de acompanhamento familiar intersetorial. Explicou que  
1649 essa proposta consiste no acompanhamento socioassistencial (proteção social básica e proteção  
1650 social especial) de famílias em situação de descumprimento de condicionalidades pelo Sistema Único  
1651 de Assistência Social. Ressaltou que, para o Programa Bolsa Família, as famílias que descumprem  
1652 condicionalidades são consideradas as mais vulneráveis. Portanto, o acompanhamento familiar tem  
1653 como objetivo realizar trabalho socioassistencial com as famílias para promover a redução das  
1654 vulnerabilidades e o acesso aos serviços de educação e de saúde. Detalhou que está em processo de  
1655 finalização o Protocolo de Gestão Integrada para Acompanhamento Familiar, a ser entregue aos  
1656 municípios, para registro das famílias em situação de acompanhamento familiar. Com essa ferramenta,  
1657 o gestor identifica as famílias em situação de descumprimento, analisa o motivo que levou ao  
1658 descumprimento, insere a família em atividade específica, regista no Sistema Integrado de Gestão de  
1659 Condisionalidades do Programa Bolsa Família - Sicon e por seis meses a família poderá não ter  
1660 repercussão e avaliação periódica e renovação com relatório. Seguindo, disse que o modelo de Gestão  
1661 do PBF é definido com base na intersetorialidade e busca unir agentes públicos e a sociedade civil em  
1662 torno de uma prioridade ética: erradicar a fome e reduzir a pobreza e a desigualdade. A respeito do  
1663 modelo de Gestão do PBF - desenho federativo, disse que se trata de uma estratégia de proteção e  
1664 promoção social e envolve a União, Estados, Municípios e Distrito Federal, com cooperação e  
1665 responsabilidades compartilhadas. Nessa linha, falou das atribuições dos entes federados em relação  
1666 ao Programa: Municípios: identificação e cadastramento das famílias (Cadastro Único),  
1667 acompanhamento das condisionalidades, oferta de serviços públicos e de programas complementares;  
1668 Estados: apoio técnico e capacitação dos municípios, oferta de serviços públicos e de programas  
1669 complementares; e União: financiamento dos benefícios, elaboração de diretrizes operacionais do  
1670 programa, apoio financeiro aos estados e municípios para a gestão do PBF por meio do Índice de  
1671 Gestão Descentralizada (IGD). Disse que, em 2008, foram transferidos R\$ 250 milhões aos municípios  
1672 para apoio à gestão local do PBF. Nessa linha, falou do Índice de Gestão Descentralizada (IGD), que  
1673 se trata de um instrumento de apoio financeiro do governo federal aos municípios que auxilia a  
1674 operacionalização do programa nos municípios e possibilita a intersetorialidade entre as três as áreas  
1675 mais diretamente responsáveis pelo Programa – educação, saúde e desenvolvimento social. Listou os  
1676 indicadores considerados: qualidade da informação no Cadastro Único; atualização dos cadastros;  
1677 informação do acompanhamento da freqüência escolar; e informação do acompanhamento da agenda  
1678 de saúde. Em termos orçamentários, disse que estão previstos R\$ 360 milhões para repasse.  
1679 Também, aproveitou a oportunidade para falar brevemente do Cadastro Único, considerando ser um  
1680 instrumento fundamental de formulação de políticas sociais. Explicou que o Cadastro Único consiste  
1681 em um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias pobres (30 milhões  
1682 de famílias registradas). Esclareceu que o público alvo do Cadastro é famílias com renda familiar  
1683 mensal *per capita* de até meio salário mínimo. Ressaltou que os objetivos do Cadastro são: identificar  
1684 famílias e todos os seus componentes individualmente, por meio do Número Único de Identificação  
1685 Social (NIS). Este padrão de identificação também é utilizado por outras políticas públicas do Governo  
1686 Federal; identificar atributos e características das famílias pobres; Política de acesso às informações:  
1687 uso exclusivo para gestão e acompanhamento de políticas públicas. Preservação de sigilo e  
1688 privacidade no uso das informações. Diante da importância, ressaltou que é necessário aprofundar o  
1689 debate do cadastro. Finalizou com a agenda 2009, que está em curso: revisão cadastral dos  
1690 beneficiários do PBF; implementação do novo formulário do Cadastro Único; implementação da versão  
1691 7.0 do Cadastro Único; fortalecimento do Cadastro Único para a formulação de programas e ações;  
1692 expansão do número de famílias beneficiárias, com prioridade para a inclusão dos mais excluídos;  
1693 fortalecimento do Controle Social; aumento da informação de condisionalidades; articulação entre o  
1694 monitoramento das condisionalidades e estratégias de acompanhamento das famílias, em especial as  
1695 mais vulneráveis; e aprimoramento da gestão compartilhada do Programa. Fechou destacando que o  
1696 CNS é um espaço fundamental de discussão para fazer avançar o Programa. Continuando, a  
1697 Consultora Técnica da CGPAN/DAB/SAS/MS, **Kathleen Sousa Oliveira**, fez uma abordagem sobre  
1698 nutrição na Atenção Básica e gestão das Condisionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família.  
1699 Explicou que o Programa está inserido no contexto de desafio para a nutrição no SUS e visa trabalhar  
1700 obesidade, infecções, desnutrição e deficiências de micronutrientes. Mostrou gráficos que apresentam  
1701 os seguintes dados: diminuição do baixo peso para idade (menores de 5 anos); e aumento da  
1702

1704 prevalência do peso elevado para estatura (menores de 5 anos). Nesse panorama, disse que foram  
1705 definidas as seguintes ações prioritárias (PNAN): vigilância alimentar e nutricional; combate às  
1706 deficiências por micronutrientes; e promoção da alimentação saudável. Explicou que as essas ações  
1707 são desenvolvidas na atenção básica, tendo os NASFs como importante articulador. Detalhou que as  
1708 condicionalidades do PBF, no que se refere à saúde, são: acompanhamento do crescimento e  
1709 desenvolvimento infantil, por meio da vigilância alimentar e nutricional; vacinação para crianças  
1710 menores de 7 anos; e assistência pré-natal e pós-parto. Falou da evolução do PBF na Saúde (2006 a  
1711 2009), destacando que a saúde acompanha 9,7 milhões de famílias (mulheres em idade fértil e  
1712 crianças menores de 7 anos). Das famílias acompanhadas, destacou o aumento da cobertura, de 30%  
1713 em 2006 para 63% em 2009. Ressaltou que, diante dos dados, observa-se que o problema da saúde  
1714 é de acesso e dificuldade de registro de informações. Explicou que uma comparação entre a cobertura  
1715 do Programa e a Estratégica Bolsa Família demonstrou que, quanto maior a cobertura da Estratégia,  
1716 maior o acompanhamento em termos de número de beneficiários. Destacou que foram criados  
1717 diversos mecanismos para dar transparência das informações de saúde e o principal deles é o portal  
1718 do Programa - <http://bolsafamilia.datasus.gov.br>. Disse que esse instrumento permite à população em  
1719 geral acompanhar a execução do Programa, em relação à saúde. Frisou ainda que os indicadores de  
1720 acompanhamento de cobertura foram pactuados no Pacto pela Saúde: 2008 e 2009. Também  
1721 informou que, desde o início de 2009, é oferecido curso de Educação à distância – Universus, que tem  
1722 como objetivo qualificar principalmente os profissionais de saúde para a gestão do Programa. Também  
1723 destacou que estão em desenvolvimento pesquisas e há grupos de trabalho intersetoriais. A respeito  
1724 da comunicação e informação, destacou os seguintes instrumentos: Agenda da família; Manual para o  
1725 ACS; e Protocolo intersetorial. Comentou o estudo da Aquareas, Universidade de Pelotas, sobre O SUS  
1726 e intersetorialidade: perfil epidemiológico dos beneficiários do Programa Bolsa Família e desempenho  
1727 dos serviços de saúde. Segundo esse estudo, cerca de 40% das crianças estudadas estavam em  
1728 famílias de renda *per capita* muito baixa e metade referiu receber o benefício do Programa. Então,  
1729 seguindo os critérios de inclusão do BF, entre os menores de 5 anos, a cobertura é próxima de 50%  
1730 das crianças “elegíveis”. Ainda assim, a política se mostra focada ao incluir efetivamente as crianças  
1731 mais pobres da população, sendo bastante raras as inclusões fora de critério. Detalhou os dados do  
1732 estudo sobre o perfil de crianças e mães do BF: maioria crianças pobres, negras e pardas - 85% tem  
1733 renda familiar *per capita* menor que meio salário mínimo; a maioria das crianças apresentaram diarréia  
1734 e tiveram internação hospitalar (último ano); maior percentual de mães com receita de sulfato ferroso e  
1735 orientação para amamentação até 6 meses na UBS; duração do aleitamento materno similar a de  
1736 grupos com maior renda; maior percentual de mães com início do pré-natal até 12<sup>a</sup> semana, exames  
1737 de mama, ginecológico, HIV e ultrassom no pré-natal; menor percentual de crianças com início precoce  
1738 da puericultura e consulta médica nos últimos três meses; elevada utilização de serviços de pronto  
1739 socorro, similar a de crianças com maior renda; aumento do percentual de crianças atendidas no  
1740 domicílio e relato de melhoria após atendimento. Em síntese, disse que a pesquisa demonstrou que:  
1741 as crianças do Programa são mais pobres, negras e pardas, mais doentes, mas com padrão similar de  
1742 aleitamento materno. As Mães possuem mais prescrição de sulfato ferroso, mas fazem menos exames  
1743 no pré-natal. As crianças iniciam puericultura mais tarde, utilizam menos os serviços médicos, mas  
1744 recebem mais atendimento em casa. Prosseguindo, o Coordenador-Substituto da  
1745 CGPAN/DAB/SAS/MS, **Eduardo Augusto Fernandes Nilson**, falou sobre o estado nutricional das  
1746 crianças beneficiárias do Programa. Iniciou destacando que o Sistema de vigilância Alimentar e  
1747 Nutricional está inserido em um conjunto de estratégias de vigilância epidemiológica, sendo um dos  
1748 elementos, o Sistema Informatizado de Vigilância Alimentar e Nutricional somando-se a inquéritos  
1749 populacionais periódicos, acesso à produção científica e análise e cruzamento de informações  
1750 coletadas por outros sistemas da saúde. Ressaltou que essas informações somam-se para demonstrar  
1751 o estado nutricional da população. Nessa linha, apresentou gráficos sobre o estado nutricional de  
1752 beneficiários do PBF a partir de três indicadores principais (índices Peso por idade, Altura por idade e  
1753 Peso por altura). As conclusões são: os dados referentes aos beneficiários do Programa Bolsa Família  
1754 mostraram que o Brasil ainda apresenta prevalências consideráveis de desnutrição, principalmente na  
1755 Região Norte (mais do dobro da prevalência nacional das crianças beneficiárias do PBF). A Região  
1756 Nordeste também apresenta estados com déficits elevados; em todo o Brasil, as maiores prevalências  
1757 de déficits são encontradas no indicador altura para idade que representa o histórico nutricional  
1758 pregresso dessas crianças; e prevalências crescentes de excesso de peso por estatura entre as  
1759 crianças brasileiras nos últimos quatro anos. Esta situação afetava 12% das crianças beneficiárias do  
1760 PBF. As regiões que apresentam as maiores prevalências são as regiões Sudeste e Nordeste, embora  
1761 a prevalência se apresente crescente em todas as regiões do país. Finalizando, disse que é importante  
1762 articulação setorial para trabalhar os indicadores, mas é essencial olhar focado na saúde para  
1763 dimensionar ações de nutrição para esse público que, além da vulnerabilidade, enfrenta problema de  
1764 acesso aos serviços. **Manifestações**. Conselheiro **Alexandre Magno** perguntou se as populações

1765 indígenas estão contempladas pelo Programa, considerando que a taxa de mortalidade infantil nessas  
1766 populações é superior a dos não-indígenas. Além disso, perguntou como erradicar a mortalidade  
1767 ampliando o contingente de alimentação da população e evitar que o Programa seja utilizado como  
1768 “troca de moeda”. Conselheiro **Clóvis Boufleur** cumprimentou os convidados pela apresentação e  
1769 parabenizou o Ministério da Saúde pela pesquisa realizada em parceria com a Universidade Federal  
1770 de Pelotas. Pontuou que os mais miseráveis adoecem mais e morrem mais cedo por falta de acesso  
1771 ao alimento. Também perguntou que as ações estão previstas para garantir a qualidade do pré-natal  
1772 oferecido à população, de forma a evitar mortes de crianças por causas perinatais. Além disso, quis  
1773 saber se existe esforço para unificação de cadastro (Cadastro Único com o Cartão SUS) para até  
1774 mesmo minimizar custos. Conselheiro **Arilson Cardoso** salientou que os dados apresentados  
1775 demonstram a importância do Programa Bolsa Família e os condicionantes auxiliam as equipes do  
1776 PSF a identificar a população beneficiária do PBF. Também falou do repasse aos municípios (IGD) e  
1777 destacou que esses entes enfrentam dificuldades por não receber recurso para contratação de pessoal  
1778 para operacionalizar e alimentar os sistemas com informações dos programas implantados.  
1779 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou os expositores e perguntou por quantos anos as  
1780 mães e as crianças beneficiárias do Programa deverão ser acompanhadas. Também enfatizou a  
1781 necessidade de melhorar os serviços de saúde para garantir a assistência prolongada que o Programa  
1782 exige. Conselheira **Eline Jonas**, primeiro, chamou a atenção para a importância dos dados, tendo em  
1783 vista que possibilitam a definição de políticas específicas. Também perguntou como se dá a interface  
1784 do Programa com as condições ambientais da população, tendo em vista a interface da questão  
1785 ambiental com a saúde. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** perguntou sobre a possibilidade de o  
1786 Programa Bolsa Família contemplar os egressos de hospitais psiquiátricos que fazem parte do  
1787 Programa de Volta para Casa, posto que essa população, a exemplo de outras contempladas no Bolsa  
1788 Família, está em situação de exclusão social. Conselheira **Jurema Werneck** cumprimentou os  
1789 expositores por apresentar dados que confirmam que o racismo opera na produção da fome e da  
1790 iniquidade do país. Também destacou que se deve utilizar “pretos e pardos” a “negros e pardos”, a fim  
1791 de não incorrer em dúvidas. Por fim, como desafio, perguntou como abordar as causas estruturais da  
1792 iniquidade. Conselheiro **Jorge Venâncio** saudou os expositores e perguntou sobre as dificuldades  
1793 para estender o Bolsa Família à população que necessita do benefício. Nessa linha, quis saber se há  
1794 estimativa do Ministério da Saúde sobre o percentual da população com o perfil do Programa que não  
1795 é atendida. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** saudou os expositores e, a respeito da  
1796 intersetorialidade, perguntou se o Programa prevê ações relativas à saúde bucal – educação,  
1797 prevenção, promoção, atendimento. Conselheiro **Valdenir França** reforçou a solicitação de  
1798 informações sobre as populações indígenas no que se refere ao Programa. Conselheiro **Ronald  
1799 Ferreira dos Santos** perguntou qual a contribuição da área no processo de elaboração do Plano  
1800 Nacional de Saúde 2008/2011, posto que esse Plano possui apenas uma meta a respeito da redução  
1801 da desnutrição. Também indagou sobre a possibilidade de unificação de cadastros, com a definição de  
1802 um cartão da segurança social. **Retorno da mesa.** A Diretora **Camile Mesquita**, primeiro, agradeceu  
1803 as perguntas e enfatizou a importância desse amplo debate, tendo em vista que as discussões acerca  
1804 do Programa são particularizadas. Informou que o Programa tem buscado diminuir o risco de sua  
1805 utilização como “moeda de troca” com medidas como centralização do processo, universalização do  
1806 benefício para as populações dentro do critério de renda e fiscalização por meio de auditorias, inclusive  
1807 criminalizando esse tipo de ação. Além disso, pontuou que existe uma grande mobilização da  
1808 sociedade e do controle em relação a esse Programa. Também informou que foi solicitada a ampliação  
1809 de estimativa de família de baixa renda para ampliar a concessão do benefício para as famílias com o  
1810 perfil do Programa. Disse que a perspectiva é atender todas as famílias dentro do perfil de R\$ 140,00.  
1811 Ressaltou ainda que existe articulação com o Ministério do Desenvolvimento Agrário e a SEPPIR para  
1812 atender o grupo de indígenas, quilombolas e assentados. No caso dos povos indígenas, explicou que  
1813 se trata de um grupo prioritário atendido pelo Programa e o benefício é concedido após o  
1814 cadastramento, sem nenhum outro tipo de verificação de cobertura de atendimento. Disse ainda que o  
1815 Programa é uma porta de entrada para outras possibilidades e é necessário considerar que há um  
1816 prazo para garantir a inserção das famílias. Ressaltou que o Programa busca fazer articulação com  
1817 outros ministérios e deu visibilidade às famílias vulneráveis. Considerou, por outro lado, que o  
1818 Programa tem limitações e é mais uma ação no sistema de proteção social. A respeito do IGB,  
1819 esclareceu que a média de repasse é de 77%, portanto, há espaço para ampliação de recursos.  
1820 Explicou que o Programa aponta uma nova necessidade de gestão – informação de dados,  
1821 consolidação de informações, estruturação do sistema – e existe limitação, pois o recurso não pode ser  
1822 utilizado para contratação de pessoal. A consultora técnica da CGPAN **Kathleen Sousa Oliveira**,  
1823 explicou que o CONSEA discute as questões relacionais às populações indígenas e tradicionais,  
1824 fatores estruturantes e meio ambiente. Desse modo, enfatizou ser necessária aproximação entre CNS  
1825 e CONSEA para discutir questões estruturais com impacto na saúde. A respeito da intersetorialidade,

1826 explicou que as informações geradas pelo Programa são informadas a outras áreas e secretarias no  
1827 sentido de qualificar as ações voltadas a esse público. Sobre a saúde bucal, comunicou que foi  
1828 constituído módulo para registro do primeiro atendimento odontológico, mas ainda não há resultados.  
1829 No que se refere à qualidade do pré-natal, destacou o baixo percentual de mulheres com pré-natal em  
1830 dia e número de gestantes registradas inferior ao número total. Finalizou destacando que o Programa  
1831 aponta dados para a tomada de decisões e definição de ações. Por fim, agradeceu a oportunidade de  
1832 discutir esse tema com o CNS. Primeiro, o Coordenador-Substituto da CGPAN/DAB/SAS/MS,  
1833 **Eduardo Augusto Fernandes Nilson**, agradeceu a oportunidade. A respeito do Plano Nacional de  
1834 Saúde, explicou que o indicador foi considerado com base nos dados do SISVAN Web. Também  
1835 informou que está sendo realizada pesquisa para trabalhar a interação da Estratégia Saúde da Família  
1836 com o Programa. Após as considerações finais da mesa, a coordenação passou aos  
1837 encaminhamentos. **Deliberação: estreitar a relação do CNS e CONSEA para discutir questões**  
1838 **estruturais com impacto na saúde; e propor que o benefício do Programa Bolsa Família seja**  
1839 **estendido aos egressos de hospitais psiquiátricos inseridos no Programa de Volta para Casa.**  
1840 Com esse encaminhamento, Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** agradeceu a presença dos  
1841 convidados e encerrou a discussão desse item. **ITEM 9 – RELATÓRIO E PRESTAÇÃO DE CONTAS**  
1842 **DO PROGRAMA DE INCLUSÃO DIGITAL E APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE EAD -**  
1843 **Coordenação:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:**  
1844 Conselheira **Silva Casagrande**, coordenadora da CICIS/CNS; **Sheila Torres Nunes**, EAD/ ENSP/  
1845 FIOCRUZ; **Ilara Häammerli Sozzi de Moraes**, Coordenadora pela FIOCRUZ do Projeto de Cooperação  
1846 para Formação Permanente de Conselheiros de Saúde no âmbito do Programa de Inclusão Digital; e  
1847 **Marcos Ivan Neves de Carvalho**, Gerente de Projetos da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP  
1848 da FIOCRUZ. Primeiro, Conselheira **Silva Casagrande**, coordenadora da CICIS/CNS, fez um histórico  
1849 do debate do Programa de Inclusão Digital no CNS. Recuperou que, em junho de 2006, o Plano de  
1850 Trabalho da CICIS e o PID aprovados por unanimidade. Em agosto de 2006, foi feita uma  
1851 apresentação mais detalhada do PID e foi solicitada disponibilização de recurso para 2007, que foi  
1852 aprovada. Também foi feito informe da interrupção do processo de entrega dos computadores dentro  
1853 do período eleitoral. Em 2007, foi iniciada a execução do Programa de Inclusão Digital/CNS. Explicou  
1854 que o PID/CNS pressupõe o estabelecimento de um cuidadoso cronograma que articule seus três  
1855 eixos: 1º) Distribuição de Computadores: SGEP está cumprindo a meta na distribuição e instalação; 2º)  
1856 Conectividade: SGEP está em entendimentos com o Ministério das Comunicações; e 3º) Educação  
1857 permanente: introdução à informática – entendimentos com o DATASUS para instituição de Curso de  
1858 Introdução à Informática; Informação/Saúde/Controle Social – CICIS, SGEP e ENSP (Relatório dos 18  
1859 meses); Modalidade presencial – meta 100% cumprida; e Modalidade educação à distância –  
1860 especificações – apresentação ao Pleno. Continuando, fez um informe das análises e propostas de  
1861 consenso da reunião conjunta sobre o desenvolvimento do Programa de Inclusão Digital do Conselho  
1862 Nacional de Saúde, realizada em 17 e 18 de setembro/2009. A reunião contou com a participação das  
1863 seguintes representações: Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde - CICIS  
1864 (coordenação); Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS –  
1865 CIEPCSS; Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento – COFIN; Secretaria de Gestão  
1866 Estratégica e Participativa – SGEP/MS; e Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz/MS. Detalhou que  
1867 os principais pontos de consenso da reunião foram: 1) o PID/CNS constitui uma inovação ao ser a  
1868 expressão de um produtivo processo de exercício do controle social - está sendo formulado e  
1869 acompanhado desde seu início envolvendo diretamente: o CNS, através de suas Comissões (em  
1870 especial a CICIS) e o pleno do CNS; a SGEP/MS, que acolheu a demanda do CNS e está  
1871 acompanhando e financiando o Programa; e a ENSP/FIOCRUZ/MS, instituição parceira responsável  
1872 pela execução do componente de formação permanente 'Informação/Saúde/Controle Social'; 2) o  
1873 PID/CNS constitui uma oportunidade estratégica para a inclusão digital dos Conselheiros, portanto, é  
1874 prioritária a definição de mecanismos de intensa mobilização junto aos Conselhos de Saúde,  
1875 coordenados pelo CNS; 3) O processo de implementação do PID, realizado pela CICIS, pela SGEP e  
1876 pela ENSP/FIOCRUZ, está de acordo com o deliberado pelo Pleno/CNS em relação ao projeto  
1877 aprovado; 4) A etapa de educação à distância (EAD) será levada ao Pleno/CNS na reunião ordinária  
1878 de outubro. Além disso, dentre os principais pontos de consenso da reunião, recomendou-se estudo da  
1879 validade e relevância da existência de momentos presenciais, no decorrer do curso de EAD, por meio  
1880 de parcerias/articulação com Conselho Nacional; Conselhos Estaduais; Conselhos Municipais e  
1881 Secretarias de Saúde (estaduais e/ou municipais), que permitam momentos de monitoramento. Na  
1882 seqüência, a Coordenadora pela FIOCRUZ do Projeto, **Ilara Häammerli Sozzi de Moraes**, manifestou  
1883 satisfação por apresentar ao Pleno os primeiros resultados do processo iniciado há dezoito meses.  
1884 Após essas considerações, passou à apresentação do Relatório Técnico relativo aos 18 meses do  
1885 Projeto ((2008 e 1º. Semestre 2009). Contextualizou que a construção do Projeto é fruto de um  
1886 trabalho conjunto, após aprovação pela CICIS e pelo Pleno do CNS e pela Secretaria de Gestão

1887 Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, no âmbito do Programa de Inclusão Digital para  
1888 Conselheiros de Saúde. Acrescentou que o eixo condutor do Projeto é a construção coletiva e  
1889 participativa. Explicou que, na avaliação de 2008 a junho de 2009, evidenciou-se ser fundamental o  
1890 cuidado da equipe/ENSP em relação às seguintes questões: 1) Respeito ao universo e linguagem dos  
1891 conselheiros; 2) Proposta pedagógica adotada: participativa e construtivista; e 3) Abordagem reflexiva  
1892 e de estímulo ao pensamento crítico frente às novas tecnologias de informação e comunicação: “saber  
1893 usar computador e internet”, por si só, não significa inclusão digital, alcançável somente: na vivência da  
1894 apropriação do significado político da informação e comunicação em saúde; com seu uso crítico no  
1895 exercício do Controle Social; e ao participar da definição da Política de Informação, Comunicação e  
1896 Informática em Saúde: política pública estratégica para o SUS. Dentre os vários desafios pedagógicos,  
1897 destacou os seguintes: 1) diversidade das peculiaridades regionais; 2) heterogeneidade do perfil; 3)  
1898 diferentes segmentos; e 4) esfera de governo de atuação. Diante desse quadro, disse que as opções  
1899 adotadas foram: Desenho Pedagógico - processo de ensino e aprendizagem que rompe com uma  
1900 visão “bancária” (Paulo Freire): considerar a realidade/experiências de vida dos participantes; e  
1901 trabalhar com os conselheiros organizados por sua esfera de atuação - em modalidades diferentes: 1)  
1902 Presencial: para conselheiros de saúde que atuam nos CES, por região e Conselheiros da Plenária  
1903 Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde: Curso “Saúde, Informação e Comunicação em  
1904 Saúde”; e 2) Educação à distância: para os conselheiros de saúde que atuam na dimensão municipal:  
1905 Curso “Informação e Comunicação em Saúde a serviço do Controle Social”. A respeito do contexto do  
1906 projeto em andamento, explicou que a discussão trazida é, na avaliação dos 18 meses iniciais, se o  
1907 processo de formação permanente no âmbito do PID, está no caminho correto. Na avaliação acerca do  
1908 alcance dos objetivos e cumprimento das metas e produtos do Projeto, destacou que a meta de  
1909 formação presencial foi 100% cumprida. Seguindo, detalhou que o conteúdo programático do curso  
1910 presencial: O Mito da Neutralidade da Informação em Saúde; Impactos positivos e negativos das  
1911 tecnologias de informação e comunicação (TIC) no cotidiano dos cidadãos e para o exercício do  
1912 Controle Social; Acesso e uso da informação em saúde: condições de vida e situação de saúde; Micro-  
1913 dados e indicadores de saúde: fontes; Democratização e qualidade da informação em saúde; Saúde e  
1914 EGov: acesso e uso no Controle Social; Uso da Informação e a Ética na defesa da privacidade; e  
1915 Possibilidades de uso democrático e participativo das TIC. Detalhou as oito turmas do curso: Plenária  
1916 Nacional de Saúde - 38 participantes, maio/2008; Região Nordeste I - 39 participantes, setembro/2008;  
1917 Região Norte - 43 participantes, em outubro/2008; Região Sul - 30 participantes, em novembro/2008;  
1918 Região Nordeste II - 43 participantes, em dezembro/2008; Região Centro-Oeste - 39 participantes, em  
1919 março/2009; Região Sudeste - 42 participantes, em junho/2009; e Conselho Nacional de Saúde - 35  
1920 participantes, maio/2009. Prosseguindo, apresentou balanço da modalidade Educação à Distância nos  
1921 dezoito meses. Primeiro, pontuou que o objetivo geral curso de educação à distância é expandir para  
1922 um número maior de conselheiros de saúde o conteúdo do Curso presencial realizado no âmbito do  
1923 PID, garantindo a ampliação do alcance de seu objetivo. Explicou que, nesse período, foi feito debate  
1924 sobre a proposta de ambiente virtual de ensino e aprendizagem. Nos estudos iniciais, optou-se por  
1925 utilizar o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) do Programa de EAD/ENSP-FIOCRUZ que possui  
1926 estabilidade alcançada após dez anos de contínuos aperfeiçoamentos e atualizações e suporta  
1927 quantitativo suficiente de acessos simultâneos. Disse que, para adaptação do conteúdo programático  
1928 já definido para a formação presencial, foi realizado ciclo de oficinas com conselheiros de saúde:  
1929 metodologia participativa, em um contexto pedagógico de aprendizagem significativa. Disse que as  
1930 oficinas contaram com a participação de conselheiros de saúde das três esferas e a metodologia  
1931 utilizada foi a pesquisa qualitativa - Grupos Focais com conselheiros de saúde (usuários, gestores,  
1932 prestadores e trabalhadores). Além disso, explicou que foi realizado ciclo de oficinas com especialistas  
1933 e reuniões técnicas com o Programa EAD/ENSP. Considerando o ciclo de oficinas com conselheiros, a  
1934 interlocução com participantes da experiência-piloto, da CICIS/CNS e da SGEP/MS, elaborou-se  
1935 proposta de especificações e detalhamento para ser discutida e aprovada pelo Pleno/CNS. A seguir,  
1936 falou da avaliação realizada pelos participantes, destacando que 99,2% do total dos conselheiros do  
1937 curso presencial avaliaram que o objetivo do curso foi atingido; 98,8% do total de conselheiros  
1938 avaliaram que o curso influenciou de alguma forma a sua maneira de pensar sobre “saúde, informação  
1939 e comunicação; e 90% declararam que o conteúdo do curso é totalmente válido. Finalizando,  
1940 apresentou as evidências desse processo: o desafio da inclusão digital de conselheiros de saúde pode  
1941 ser enfrentado se estiver ancorado a um processo de formação permanente em um contexto de  
1942 exercício do pensamento crítico; essa experiência merece e deve ser compartilhada com outras  
1943 instituições parceiras que queiram aliar-se a esse movimento, motivadas pela esperança de uma  
1944 sociedade onde a inclusão digital seja instrumento de estímulo ao pensamento crítico, superando a  
1945 mera expansão de um mercado sedento de novos consumidores de hardware e software; e um  
1946 processo de inclusão digital vinculado à construção de uma sociedade democrática e emancipadora.  
1947 Por fim, agradeceu aos Conselheiros pela oportunidade de aprendizagem para a Equipe/ENSP e aos

1948 parceiros da SGEP/MS e da CICIS/CNS que contribuíram substantivamente para que o Projeto  
1949 trilhasse o caminho do alcance de seus objetivos, a partir da riqueza de suas experiências,  
1950 conhecimentos e ao adotarem uma atitude respeitosa e acolhedora, que permitiu o estabelecimento da  
1951 troca de idéias, com debates criativos, colaborativos e fraternos. Na seqüência, a assessora  
1952 pedagógica do curso, **Sheila Nunes**, fez uma abordagem sobre a proposta de estratégia pedagógica  
1953 da modalidade educação à distância. Antes de iniciar sua apresentação, manifestou a sua alegria e  
1954 satisfação por estar no CNS. Primeiro, destacou a proposta de perfil esperado, explicando que o grupo  
1955 a ser alcançado são conselheiros de saúde das três esferas (usuários, trabalhadores, gestores e/ou  
1956 prestadores), indicados pelos Conselhos de Saúde inclusos no Cadastro Nacional de Conselhos de  
1957 Saúde do CNS: meta 6.000 Conselheiros. Detalhou o perfil a ser alcançado: compreender e apropriar-  
1958 se do significado, das potencialidades e das limitações existentes na produção, gestão, uso e  
1959 disseminação das informações em saúde fundamentais para o controle social; utilizar mecanismos de  
1960 busca na internet, em especial os de governo eletrônico (E-gov: DENASUS, SPO, SIOPS, FNS, FBO,  
1961 sites estaduais e municipais, portal da transparência, portal Brasil, portais de ONGs, entre outros),  
1962 relevantes ao campo da saúde para o exercício do controle social no SUS; contribuir para a atuação na  
1963 formulação, implementação, monitoramento e avaliação da política de saúde, ampliando seu acesso e  
1964 uso crítico às informações; destacar as informações que evidenciam as relações entre condições de  
1965 vida e condições de saúde/doença/cuidado; atuar na formulação, implementação, monitoramento e  
1966 avaliação da política de informação e comunicação em saúde, favorecendo sua capacidade política no  
1967 exercício do controle social; e reconhecer os limites entre a transparência do Estado para a sociedade  
1968 e o respeito à privacidade do cidadão no âmbito do SUS. Explicou que a proposta de matriz de  
1969 habilidades e atitudes a serem alcançados pelos participantes ao final do curso é: compreender o  
1970 significado do conteúdo da informação e sua história; identificar e problematizar lacunas de informação  
1971 em saúde; conhecer a potencialidade de acesso a conteúdos de informações relevantes por meio da  
1972 internet, incluindo as atribuições e funções de Conselheiros de Saúde; conhecer e usar informações  
1973 relevantes em saúde, como subsídio para a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de  
1974 políticas públicas; identificar situações de saúde em diferentes áreas geográficas e sua relação com  
1975 condições de vida – visualização da desigualdade social/em saúde; conhecer e usar os indicadores de  
1976 saúde relevantes para acompanhar a situação de saúde; conhecer e usar espaços de governo  
1977 eletrônico (E-gov), incorporando uma visão crítica na formulação e implementação, monitoramento e  
1978 avaliação da política de informação e comunicação em saúde; e reconhecer a existência da  
1979 complexidade na relação entre transparência das ações de Estado e respeito à privacidade do  
1980 cidadão. Continuando, falou da proposta de estratégia pedagógica, explicando que as principais  
1981 estratégias e ferramentas a serem empregadas no processo de ensino-aprendizagem ao longo do  
1982 curso são situações-problema, exercícios que promovam reflexões individuais e coletivas, após  
1983 avaliação do tempo de transferência pela internet e autorização de isenção de pagamento de direitos  
1984 autorais, implementação do conceito de aluno-equipe (exercícios em grupo), criação de estratégias  
1985 que pressupõem atividades em grupo (leitura de textos coletivamente e o envio de atividades por um  
1986 relator) e, no futuro, procurar prover o curso com acessibilidade para deficientes visuais e auditivos.  
1987 Explicou que as opções tecnológicas foram ambiente Virtual de aprendizagem e conexão: Banda  
1988 larga/CD/DVD/PEN DRIVE. Falou da proposta de parâmetros de referência, explicando que a carga  
1989 horária total estimada é de 60 horas e a carga horária média estimada de dedicação do conselheiro de  
1990 saúde necessária é de cinco horas por semana. Com isso, para percorrer o conteúdo do curso,  
1991 cumprindo os exercícios e estudos propostos, o Conselheiro de Saúde ocupará em média três meses.  
1992 Acrescentou que o número médio de alunos por turma/tutor é 40, assim, em um ano, serão  
1993 necessárias 151 turmas para o alcance da meta. Sobre os critérios de participação, enumerou os  
1994 requisitos para o Conselho de Saúde indicar conselheiro: informações atualizadas no Cadastro  
1995 Nacional de Conselhos de Saúde/CNS; instalação do equipamento compatível para o curso no espaço  
1996 do Conselho (computadores distribuídos pela SGEP); e ter conectividade no espaço do Conselho.  
1997 Detalhou que os requisitos para o conselheiro de saúde são: noção básica de internet; carta de  
1998 indicação do Pleno do Conselho estadual/municipal; carta de compromisso do Conselheiro de concluir  
1999 o curso e de dispor de, no mínimo, 5 horas de dedicação semanal para o curso; e estratégia de  
2000 implantação: iniciar com 27 turmas, uma para cada unidade federada. Destacou que na reunião dos  
2001 dias 17 e 18 setembro recomendou-se a inscrição de, pelo menos, cinco conselheiros estaduais em  
2002 cada uma destas turmas por unidade federada, com a seguinte inserção no Conselho Estadual de  
2003 Saúde: pelo menos quatro deles serem participantes da COFIN, CICIS, CIEPCSS e Secretaria  
2004 Executiva/CES. Continuando, tratou da proposta de sistema de apoio docente. Em relação aos tutores,  
2005 disse que, inicialmente, serão necessários 38. Para a seleção, considerar-se-á a proporção  
2006 regionalizada dos tutores, de acordo com o número de alunos/região. Disse que os pré-requisitos para  
2007 tutores são: disponibilidade de 20 horas semanais, nível superior, comprovação de conhecimento no  
2008 conteúdo do curso (informação em saúde e inclusão digital) e vivência no controle social no SUS,

2009 domínio de informática, não ser ocupante de cargo público de gestor, ser aprovado na seleção e fazer  
2010 treinamento presencial do Programa EAD/ENSP. Em relação ao orientador de aprendizagem (o  
2011 modelo de educação à distância prevê que cada grupo de tutores tenha um orientador de  
2012 aprendizagem a fim de possibilitar maior qualidade de cursos), explicou que serão necessários três  
2013 profissionais. Disse que o pré-requisito para o orientador de aprendizagem é, no mínimo, mestrado em  
2014 áreas afetas à saúde pública/saúde coletiva e experiência docente em formação na modalidade EAD.  
2015 Acrescentou que a seleção de tutores é feita a partir de análise de currículo e entrevista. Ressaltou que  
2016 a ENSP sugere que o edital de seleção seja elaborado com a participação de componentes da CICIS,  
2017 CIEPCSS, COFIN e SGEP/MS. Segundo, a Coordenadora do Projeto pela FIOCRUZ, **Ilara Häggerli**  
2018 **Sozzi de Moraes**, fez uma apresentação sobre as unidades de aprendizagem e seus conteúdos.  
2019 Iniciou explicando que foi elaborada proposta pedagógica de adaptação do conteúdo da modalidade  
2020 presencial para a modalidade EAD, que contempla seis Unidades. Na seqüência, detalhou cada uma  
2021 delas. Unidade 1: Exercício do Controle Social/Ação Informada. Habilidades: compreender o contexto  
2022 do curso e sua inserção no PID no exercício de sua função de conselheiro de saúde. Módulos: Idéia-  
2023 força e estruturante do curso: "Exercício do Controle Social/Ação Informada", Apresentação do PID e  
2024 Contextualização do Curso. Unidade 2: Informação em Saúde e o Mito da Neutralidade. Habilidades:  
2025 Compreender e apropriar-se do significado do conteúdo da informação e sua construção histórica;  
2026 Identificar e problematizar lacunas de informação em saúde; Conhecer a potencialidade de acesso a  
2027 conteúdos informacionais relevantes por meio da internet, incluindo as atribuições e funções de  
2028 Conselheiros de Saúde. Módulos: Informação em Saúde e o Mito da neutralidade; Democratização da  
2029 Informação em Saúde - Informação em Saúde na perspectiva do Controle Social; Comunicação em  
2030 Saúde; e Impactos positivos e negativos das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no  
2031 cotidiano dos cidadãos e para o exercício do Controle Social. Unidade 3: Processo de  
2032 saúde/doença/cuidado e determinantes sociais da saúde. Habilidades: Conhecer e usar informações  
2033 relevantes em saúde, como subsídio para a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de  
2034 políticas públicas; e Identificar situações de saúde em diferentes áreas geográficas e sua relação com  
2035 condições de vida – visualização da desigualdade social/em saúde. Módulos: Determinantes Sociais  
2036 da Doença; Principais problemas de saúde e sua distribuição desigual no Brasil; Acesso e uso da  
2037 informação em saúde: condições de vida e situação de saúde. Unidade 4: Informação para apoiar o  
2038 exercício do Controle Social. Habilidade: Conhecer e usar os indicadores de saúde relevantes para  
2039 acompanhar a situação de saúde. Módulos: Informação processada: indicadores de saúde, indicadores  
2040 compostos, IDB/RIPSA (incluir Ficha de Qualificação); Fontes de dados; Micro-dados e indicadores de  
2041 saúde: fontes; e Democratização e qualidade da informação em saúde. Unidade 5: Tecnologia da  
2042 Informação e Comunicação relevante para o controle social no SUS. Habilidades: Conhecer e usar  
2043 espaços de governo eletrônico (E-gov), incorporando uma visão crítica na formulação e  
2044 implementação, monitoramento e avaliação da política de informação e comunicação em saúde.  
2045 Módulos: O Papel do Estado na Gestão da Tecnologia de Informação em Saúde: estado  
2046 regulador/estado desenvolvedor de softwares, convergência tecnológica e terceirização; Software  
2047 livre/software público/software de domínio público – conceitos e exemplos. O desafio de utilização de  
2048 software livre na saúde; Saúde e EGov: conceituação e importância para o exercício do controle social;  
2049 Acesso e uso a sítios de interesse para o exercício do controle social; Informações científicas e  
2050 tecnológicas em saúde: Biblioteca Virtual em Saúde, Descritores de Saúde e DecS. Experiências:  
2051 Scielo, Bireme e outros; e Possibilidades de uso democrático e participativo das TIC. Unidade 6: Ética  
2052 no uso da Informação em Saúde no contexto do SUS. Habilidade: Reconhecer a existência da  
2053 complexidade na relação entre transparência das ações de Estado e respeito à privacidade do  
2054 cidadão. Módulos: Uso da informação: salvaguardas éticas, defesa da privacidade, cidadania e as  
2055 informações nominais: Quais os limites entre a esfera pública e a esfera privada da vida?; e Uso da  
2056 Informação e a Ética na defesa da privacidade. Finalizou a sua explanação com os seguintes  
2057 pensamentos: "O respeito à dignidade humana é o desafio maior, o que inclui o reconhecimento de  
2058 que a informação é um direito de todos e dever do Estado!"; e "Que a luta pela inclusão digital  
2059 permaneça suavizada pela solidariedade, respeito e fraternidade entre os parceiros!". Em seguida, o  
2060 Gerente de Projetos da ENSP da FIOCRUZ, **Marcos Ivan Neves de Carvalho**, apresentou um resumo  
2061 da execução orçamentária e financeira do projeto de cooperação para a formação permanente de  
2062 conselheiros de saúde no âmbito do programa de inclusão digital. Clarificou que optou por uma  
2063 apresentação sintetizada, pois o detalhamento da execução financeira foi encaminhado à COFIN/CNS.  
2064 Clarificou que a execução financeira está de acordo com o programado. Feitas essas considerações,  
2065 explicou que o financiamento do Projeto é feito através das Portarias nºs 041/2006 e 660/2007. Em  
2066 síntese, destacou: Valor orçado: R\$ 2.975.860,00; Empenhado e Transferido FNS: R\$ 2.794.712,71;  
2067 Valor a Transferir pelo FNS: R\$ 181.547,29; Executado pela Fiocruz: R\$ 1.178.473,10; e Saldo para  
2068 conclusão do projeto: R\$ 1.797.386,90. Também informou que foi disponibilizado um quadro síntese  
2069 dos recursos utilizados na modalidade presencial de acordo com as ações. Disse que o saldo será

2070 utilizado inclusive para a modalidade à distância, que possui um gasto maior na primeira fase (ao longo  
2071 do curso os gastos são menores). Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que a COFIN e a  
2072 SGEP analisaram a prestação de contas e manifestaram-se favoráveis. Antes de abrir a palavra aos  
2073 conselheiros, a conselheira desculpou-se por não poder permanecer para o debate, mas registrou o  
2074 seu apoio à proposta. A Coordenadora **Hämmerli Sozzi de Moraes** também se desculpou por não  
2075 poder permanecer para acompanhar o debate, mas informou que a assessora pedagógica do curso,  
2076 **Sheila Nunes**, continuaria para prestar os esclarecimentos necessários. **Manifestações.** Conselheiro  
2077 **José Marcos de Oliveira** cumprimentou a exposição e, na lógica de expandir o curso, solicitou que a  
2078 equipe priorize a acessibilidade das pessoas com deficiência. Perguntou como está a distribuição dos  
2079 computadores aos conselhos de saúde. Também manifestou preocupação com a exigência de  
2080 formação superior dentre os pré-requisitos para tutores, pois conselheiros de saúde que não têm nível  
2081 superior possuem acúmulo de experiência em controle social para participar do curso. Conselheiro  
2082 **Volmir Raimondi** destacou que é importante incluir as deficiências na proposta EAD, considerando  
2083 inclusive o Decreto nº. 5.296. Conselheiro **Geraldo Adão** chamou a atenção para importância dessa  
2084 proposta e reiterou a necessidade de facilitar as condições de acesso. Conselheiro **Fernando Luiz**  
2085 **Eliotério** cumprimentou o trabalho e informou que a COFIN manifestou-se pela aprovação da  
2086 execução orçamentária do PID. Conselheira **Maria Natividade Santana** cumprimentou a equipe pelo  
2087 trabalho e informou que a SGEP acompanha o processo desde o início. Também destacou que as  
2088 contribuições das Comissões e da Secretaria-Executiva do CNS têm favorecido para os resultados  
2089 positivos do Programa. A respeito dos tutores, discordou do critério de não ser ocupante de cargo  
2090 público de gestor, entendendo que os gestores, nas três esferas, desde que não envolvidos na  
2091 execução, podem contribuir. Dessa forma, manifestou o interesse de discutir com mais profundidade  
2092 esse critério. Sobre o Projeto de Inclusão Digital, destacou que, se houver necessidade de informe no  
2093 CNS, será dado. Conselheira **Silvia Casagrande** propôs que ainda na atual gestão seja garantido  
2094 ponto de pauta à SGEP para apresentação dos resultados do Programa de Inclusão Digital. Sobre  
2095 essa questão, acordou-se que a CICIS encaminhará solicitação de pauta à Mesa Diretora. **Retorno da**  
2096 **mesa.** A assessora pedagógica do curso, **Sheila Nunes**, destacou que a FIOCRUZ deve ser  
2097 estimulada por demandas, a fim de fazer estudos e apresentar saídas. Contudo, destacou que até o  
2098 momento a instituição não conseguiu avançar em relação à demanda colocada pelo conselheiro Volmir  
2099 Raimondi. Dessa forma, ressaltou que a escola está à disposição do CNS para trabalhar, em conjunto,  
2100 esse desafio. A respeito da tutoria, disse que os critérios foram definidos de acordo com os parâmetros  
2101 apresentados pelo demandante. Conselheira **Maria Natividade Santana** perguntou se o critério acerca  
2102 da participação de gestor na tutoria foi definido pelo Plenário do CNS ou pela Comissão. No caso de  
2103 ter sido definido pelo Pleno, disse que seria acatado. A integrante da CICIS/CNS, **Maria Thereza**  
2104 **Mendonça**, fez uso da palavra para fazer breves considerações sobre o trabalho da Comissão.  
2105 Conselheira **Silvia Casagrande** explicou que na reunião conjunta sobre o desenvolvimento do  
2106 Programa de Inclusão Digital foram definidas propostas a serem apreciadas pelo Pleno. A assessora  
2107 pedagógica do curso, **Sheila Nunes**, explicou que a ENSP é quem possui a qualificação junto ao MEC  
2108 para certificar cursos à distância. Desse modo, a exigência de formação em nível superior para tutores  
2109 é uma exigência legal do Ministério da Educação, considerando que esses profissionais são  
2110 professores provisórios da escola. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** registrou que não concorda  
2111 com a exigência de nível superior para tutor, pois um grande percentual de conselheiros de saúde  
2112 possui acúmulo de experiência em controle social e não tem formação de nível superior. Conselheira  
2113 **Maria Natividade Santana** disse que é preciso encontrar uma forma para diferenciar o saber do  
2114 conselheiro de saúde do saber científico, considerando que essa é uma função de relevância pública e  
2115 de notório saber. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** concordou com a intervenção do conselheiro  
2116 José Marcos. Conselheira **Silvia Casagrande** explicou que esse tema foi discutido no Grupo e causou  
2117 polêmica. A assessora pedagógica do curso, **Sheila Nunes**, como saída, propôs o envio de documento  
2118 do CNS para a ENS/FIOCRUZ, solicitando que o curso saia do rigor acadêmico e, nesse caso, seja  
2119 prevista a participação de conselheiros de saúde que não têm nível superior, mas possuem acúmulo  
2120 de experiência no controle social, na condição de tutor do curso EAD, inclusive com definição de  
2121 percentual para essa demanda. **Deliberação: o Plenário aprovou a proposta de envio de**  
2122 **documento do CNS para a ENS/FIOCRUZ, solicitando que o curso saia do rigor acadêmico e**  
2123 **que, nesse caso, seja prevista a participação de conselheiros de saúde que não tem nível**  
2124 **superior, mas possui acúmulo de experiência no controle social, na condição de tutor do curso**  
2125 **EAD, inclusive com definição de percentual para essa demanda.** Em seguida, a mesa colocou em  
2126 apreciação a proposta de possibilitar a participação de gestores como tutores do curso. Conselheiro  
2127 **Volmir Raimondi** propôs que o Pleno aprofundasse o debate dessa proposta antes da deliberação.  
2128 Conselheira **Clair Castilhos** destacou que existe uma orientação de que os gestores não devem  
2129 participar de capacitação de conselheiros e formação. Conselheira **Maria Natividade Santana** frisou  
2130 que o CNS é composto por três segmentos, portanto, o gestor, na condição de conselheiro, tem o

2131 direito e o dever dos demais. Nesse caso, não pode ser vetada a participação do gestor no Curso  
2132 como tutor. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** também defendeu a proposta de aprofundar o  
2133 debate dessa proposta antes da deliberação. Conselheira **Maria Thereza Mendonça** ressaltou que a  
2134 ENSP definirá o dimensionamento a ser seguido pelo tutor. Dessa forma, o tutor, mesmo na condição  
2135 de gestor, não possui autonomia. A assessora pedagógica do curso, **Sheila Nunes**, explicou que o  
2136 tutor é um facilitador do processo de aprendizagem e não ministra aulas. Também destacou que o tutor  
2137 seguirá o material didático que, inclusive, será submetido à apreciação do CNS. Além disso, frisou que  
2138 o tutor é monitorado pelo EAD e pelo demandante. Após esses esclarecimentos, Conselheira **Graciara**  
2139 **Matos de Azevedo** retirou a sua proposta. Desse modo, a mesa colocou em votação a proposta de  
2140 prever a possibilidade de participação de gestor na condição de tutor no curso EAD. **Deliberação: o**  
2141 **Pleno aprovou, com dois votos contrários, a possibilidade de participação de gestor na**  
2142 **condição de tutor no curso EAD, conforme critérios estabelecidos.** Conselheira **Clair Castilhos**  
2143 propôs a previsão de um controle externo para garantir a isenção do processo. Em seguida, a mesa  
2144 colocou em votação a prestação de contas da execução orçamentária e financeira do Projeto de  
2145 Cooperação para a Formação Permanente de Conselheiros de Saúde no âmbito do Programa de  
2146 Inclusão Digital. **Deliberação: a prestação de contas da execução orçamentária e financeira do**  
2147 **Projeto foi aprovada.** Em seguida, Conselheira **Silvia Casagrande** colocou em discussão o  
2148 documento, elaborado pela CICIS, com propostas para a I Conferência Nacional de Comunicação.  
2149 **Deliberação: devido ao adiantado da hora e da necessidade de aprofundar o debate do texto, o**  
2150 **Pleno decidiu solicitar à Mesa Diretora que priorize ponto de pauta na próxima reunião do CNS**  
2151 **para tratar da 1ª CONFECOM. Nessa oportunidade, o Pleno apreciará o texto.** Definido esse  
2152 ponto, Conselheira **Silvia Casagrande** agradeceu os expositores e encerrou a discussão desse item.  
2153 Além disso, agradeceu a todos que contribuíram e contribuem com o trabalho da CICIS/CNS.  
2154 Conselheira **Clair Castilhos** justificou a sua ausência no primeiro dia de reunião por estar  
2155 representando a CISMU/CNS em audiência pública na Câmara Federal sobre saúde da mulher. Na  
2156 seqüência, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou informe sobre a tentativa de  
2157 intimidação das pesquisadoras Raquel Rigotto, conselheira do CNS e Islene Ferreira Rosa, da UFC,  
2158 por fábrica de agrotóxicos, por conta de estudo que indica a contaminação por substâncias utilizadas  
2159 por essa fábrica. **Deliberação: enviar documento à indústria, autora do processo, na qualidade de**  
2160 **parte envolvida, para que se manifeste; e disponibilizar cópia da denúncia aos conselheiros.** Na  
2161 seqüência, a Secretaria-Executiva do CNS submeteu à apreciação do Pleno o texto re-elaborado da  
2162 recomendação da CISPLGBT, conforme orientação do CNS. O texto recomenda ao Ministério Público  
2163 Estadual, Tribunal de Justiça, Assembléia Legislativa de Mato Grosso do Sul, ao Supremo Tribunal  
2164 Federal e ao Congresso Nacional que tomem as providências cabíveis para a punição do Governador  
2165 Andre Puccinelli, Mato Grosso do Sul, por ter anunciado publicamente que cometerá o crime de  
2166 estupro contra o Ministro do Meio Ambiente Carlos Minc, e usar publicamente as expressões “veado” e  
2167 “maconheiro” para se referir a um cidadão brasileiro e Ministro de Estado, em total contrariedade à  
2168 dignidade humana apregoada pela Constituição Federal. **Deliberação: o texto da recomendação foi**  
2169 **aprovado por unanimidade.** Além disso, apresentou uma nova recomendação como desdobramento  
2170 dessa questão. O documento recomenda encaminhar à Câmara dos Deputados e ao Senado Federal  
2171 a Recomendação de que constitui em quebra de decoro no exercício de função o agente  
2172 político/público que expressar-se de forma que caracterize posição racista, homo-lesbo-transfóbica e  
2173 contrária à equidade de gênero. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade.** Na  
2174 seqüência, Conselheiro **Jorge Venâncio** apresentou proposta de moção de repúdio à nomeação de  
2175 dois diretores da ANS pelo fato de serem provenientes de empresas de planos privados de saúde. No  
2176 texto, o CNS manifesta a sua discordância com as indicações para a Diretoria da Agência Nacional de  
2177 Saúde Suplementar dos Senhores Maurício Ceschin e Leandro Reis Tavares. O primeiro foi diretor da  
2178 Qualicorp e da Medial e o segundo Diretor da Amil. Juntamente com o Senhor Alfredo Cardoso, atual  
2179 Diretor da ANS e também ex-diretor da Amil, conformam uma maioria na diretoria da ANS, que é de  
2180 cinco membros. Neste momento, em que se vinham conseguindo progressos, embora tímidos, na  
2181 regulamentação dos planos de saúde coletivos – que representam 77% do total de planos de saúde –  
2182 e onde acontecem os abusos mais flagrantes por parte das operadoras de planos de saúde contra os  
2183 direitos dos trabalhadores e dos consumidores, repassar aos planos de saúde o controle da ANS, ou  
2184 seja, a regulamentação do setor e a fiscalização de si próprios é um grave retrocesso que precisa ser  
2185 corrigido com urgência. **Deliberação: a moção foi aprovada por consenso.** Conselheiro **Geraldo**  
2186 **Adão** propôs a aprovação de moção de apoio à iniciativa do Senador Romeu Tuma de instalar a CPI  
2187 dos Medicamentos. A esse respeito, acordou-se que o conselheiro apresentará uma proposta na  
2188 próxima reunião do CNS. **ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a tratar, o Presidente do CNS  
2189 encerrou a reunião agradecendo os presentes, os internautas que acompanhavam a reunião, a  
2190 Secretaria-Executiva do CNS e aqueles que contribuíram para a realização da reunião. Estiveram  
2191 presentes os seguintes conselheiros – **Titulares: Adson Roberto França dos Santos, Antônio Alves**

2192 de Souza, Arilson Cardoso, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Clair  
2193 Castilhos Coelho, Clóvis Boufleur, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo  
2194 Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, João Donizeti Scaboli, José  
2195 Caetano Rodrigues, José Luiz Spigolon, José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Luiz  
2196 Antônio da Silva Neves, Maria Helena Machado, Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira  
2197 Andrade, Ronald Ferreira dos Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande,  
2198 Ubiratan Cassano Santos, Valdenir Andrade França e Volmir Raimondi. *Suplentes:* Alceu José  
2199 Peixoto Pimentel, Alexandre Magno Lins Soares, Armando Martinho Bardou Raggio, Arnaldo  
2200 Marcolino, Denise Torreão Corrêa da Silva, Eline Jonas, Fernanda Lussan, Jorge Alves de  
2201 Almeida Venâncio, Jovita José Rosa, Lauro Moretto, Lílian Aliche, Lucimar Batista da Costa,  
2202 Luiz Alberto Catanoce, Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Natividade G. S. T. Santana, Maria  
2203 Thereza Almeida Antunes, Marinho Romário Valente, Nelci Dias da Silva, Noemy Yamaguishi  
2204 Tomita, Rildo Mendes e Tânia Maria Lessa Athayde Sampaio.