



MINISTÉRIO DA SAÚDE CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos trinta e um dias do mês de julho e primeiro dia do mês de agosto de dois mil e oito, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos cumprimentando a todos. A reunião foi oferecida ao ex-Conselheiro do CNS, Jorge Nascimento Pereira, que faleceu há 21 dias vítima de acidente. Iniciando, o Presidente do CNS informou que havia sido distribuída a programação da Caravana Estudantil da Saúde, promovida pela União Nacional de Estudantes - UNE, com o tema “Saúde, Educação e Cultura”, a realizar-se de 11 de agosto a 27 de novembro de 2008. Disse que a Presidente da UNE se faria presente para convidar o Conselho a se envolver nessa atividade. Feito esse informe, passou ao primeiro item da pauta. **ITEM 1 – RELATÓRIO DA REUNIÃO DA MESA DIRETORA COM OS COORDENADORES DAS COMISSÕES – PROPOSTA DE REALIZAÇÃO DOS SEMINÁRIOS NACIONAIS DO CNS** – O Presidente convidou a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, para apresentação do relatório da reunião da Mesa Diretora com os coordenadores das Comissões do CNS, realizada no dia 23 de julho de 2008 e da proposta de realização dos seminários nacionais do CNS. A Secretária-Executiva iniciou detalhando os critérios para realização dos seminários nacionais do CNS com a presença dos coordenadores das Comissões. Explicou que o objetivo geral é realizar todas as atividades aprovadas pelo Pleno até agosto de 2009 (prazo de conclusão das atividades definidas no planejamento do CNS), além de aliar planejamento do CNS com plano de trabalho das Comissões. Para isso, deverá ser realizado simpósio do Conselho Nacional de Saúde que reúna as seguintes atividades: 1) Seminário Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (inserir Comunicação e Informação em Saúde na Pauta); Oficina “Gênero e Controle Social”; Seminário de Alimentação e Nutrição; Seminário de Saúde Mental; Seminário de Orçamento e Financiamento; Seminário de Saúde e Meio Ambiente; Seminário sobre Saúde no MERCOSUL; e Seminário sobre Saúde da População Negra. Disse que o simpósio contaria com a participação de mil a 1.200 pessoas, com orçamento do CNS, tendo por sugestões de data: 24 a 28 de novembro e 1 a 5 de dezembro. Também destacou as atividades que antecederão as reuniões do CNS dirigidas a Conselheiros Nacionais de Saúde: setembro – Oficina de Educação Permanente; outubro – Seminário de Atenção Básica em Saúde; e novembro – oficina sobre Desprecarização do Trabalho no SUS. Citou ainda atividades com financiamento/parceria em andamento: Seminário sobre SISNEP – novembro ou dezembro, financiado pelo CNS, aprovado na 185ª RO; Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador que ocorrerá em dezembro financiado pela Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador/MS; Seminário Nacional de Saúde Indígena que ocorrerá na 1ª quinzena de setembro na Região Norte; Oficina sobre a Política Nacional de Vigilância Sanitária, durante SIMBRAVISA, de 22 a 25 de novembro; realizar, caso se estabeleçam parcerias e se viabilizem datas, Oficina Regional na Região Sul atendendo as demandas de atividades regionais de Saúde e Meio Ambiente e Orçamento e Financiamento; Seminário sobre Regulação de Profissões, data a definir de acordo com calendário do Congresso Nacional, em 2008; e Oficina sobre o Cuidador da Pessoa Idosa. Detalhou, para conhecimento, que estavam ainda previstas outras duas atividades: Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, proposta para 25 a 27 de novembro, a ser financiado pela SGEP, e Conferência Mundial sobre Sistemas Universais de Saúde, na primeira quinzena de dezembro. Falou das Conferências Temáticas que aguardam definição no que se refere à realização: Saúde e Meio Ambiente, aprovada a realização na 187ª; Saúde Mental; Ciência e Tecnologia; Saúde Bucal; Saúde da População Negra; Alimentação e Nutrição; e demais aprovadas na 12ª

e 13ª Conferência Nacionais de Saúde. Por fim, listou as atividades previstas para 2009: Oficinas Regionais da COFIN, CONEP, CIST, CISAMA; Fórum Social Mundial, janeiro de 2009 (A CISAMA sugeriu realizar Seminário Regional Norte neste período); Oficina Nacional da CONEP referente à Resolução nº. 240 (sugestão de agregar a III ENCEP); e III Encontro Nacional de CEPs. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Pleno. Nesse primeiro bloco de intervenções, foram colocadas as seguintes questões: foi enviado e-mail aos conselheiros para formar a comissão organizadora da Conferência de Saúde e Meio Ambiente (os interessados deverão procurar a Conselheira Doroty Martos); foi solicitada a transferência do Seminário Nacional de Saúde Indígena; está contemplado na proposta o curso de informação e comunicação em saúde para o controle social?; solicitada a inclusão, dentre as atividades para 2009, da proposta de realização de seminário nacional sobre a Política Nacional de Pessoa com Deficiência; preocupação com a quantidade de atividades previstas até o final de 2008, em especial a concentração de eventos em novembro de 2008 e a capacidade estrutural da SE/CNS para organizá-las; incluir no planejamento o Seminário sobre Patologias; resgatar a deliberação do CNS de não realizar conferências temáticas em 2008; realizar o Seminário sobre Regulação de Profissões no início de 2009; necessidade de avaliar os objetivos dos seminários propostos e discutir os custos dessas atividades; é importante promover ampla discussão sobre as conferências temáticas; o CNS deve chamar para si o debate sobre vigilância sanitária, com viés da saúde ambiental; definir cronograma de quatro anos para realização das conferências temáticas, priorizando as que estão não ocorrem há mais tempo; sugestão de realizar o seminário de regulação das profissões no início dos trabalhos legislativos; delimitar número de seminários regionais e nacionais, com avaliação prévia daqueles já realizados; realizar a oficina sobre a profissão de cuidador de idosos, ainda que seja dissociado da Seminário sobre Regulação de Profissões; defesa pela realização da II Conferência de Vigilância Sanitária; a CISM/CNS decidiu realizar apenas um seminário nacional, sem seminários regionais e a Área Técnica de saúde mental contribuiria com o financiamento da atividade; defesa pela realização das conferências temáticas, principalmente daquelas que não ocorriam há tempo; é preciso garantir a realização das conferências temáticas, pois representam resposta à solicitação da sociedade; apoio do IDEC à Conferência de Vigilância Sanitária para discutir as questões colocadas para a sociedade; proposta de instituir comissão para discutir metodologia para as conferências de saúde; e apoio à realização das conferências temáticas. Concluídas as intervenções, a palavra retornou à mesa para considerações. Em relação às conferências temáticas, a Secretária-Executiva **Eliane Aparecida** destacou que o Pleno deveria definir a periodicidade das conferências temáticas, pois poderia ser um dos critérios para definição de cronograma. Avaliou também que na 13ª Conferência, com a discussão dos eixos temáticos, foram debatidos temas das conferências temáticas. Nessa lógica, salientou a necessidade de avaliar os encaminhamentos da 13ª. Em sua opinião, deveria ser elaborada planilha com as cerca de trinta conferências temáticas a serem realizadas, conforme aprovado nas duas últimas conferências nacionais de saúde. O Presidente do CNS resgatou que o Conselho decidiu não realizar conferências temáticas até setembro de 2009, por conta das demandas internas e externas nesse período, dentre elas, a preparação do processo eleitoral do Conselho que ocorrerá em 2009. Explicou que a única exceção à decisão do Pleno é a Conferência de Saúde Ambiental que foi aprovada com caráter intersetorial (Ministério da Educação, Ministério do Trabalho, Meio Ambiente, Ministério das Cidades e Ministério da Saúde). Acrescentou que nenhuma outra conferência temática possui essa abrangência intersetorial. Como encaminhamento, defendeu que fosse pautado debate para tratar das conferências temáticas de saúde, detalhando forma de organização, prioridades e calendários. A seguir, houve uma rodada de encaminhamentos. Dentre as propostas, destacam-se: realizar Conferência de Vigilância Sanitária e Ambiental no lugar da Conferência de Saúde Ambiental; reivindicar a inclusão de rubrica no orçamento do Ministério da Saúde para realização de conferências de saúde; e realizar jornada de conferências temáticas em julho ou agosto de 2009. Em relação à conferência de saúde ambiental, foi retirada a proposta de realizar Conferência de Vigilância Sanitária e Ambiental, porque já havia acordo sobre o tema da Conferência de Saúde Ambiental. Houve acordo sobre a participação da SGE, da SVS e da ANVISA na Comissão Organizadora da Conferência de Saúde Ambiental. Assim, a representação da ANVISA discutirá os temas relativos à vigilância sanitária no que diz respeito à saúde ambiental. Encaminhando, a mesa colocou em votação as duas propostas que emergiram do debate e que não tiveram consenso: 1) realizar a Conferência de Vigilância Sanitária; e 2) **constituir comissão para estabelecer critérios, calendário, custo e prioridades para realização de**

conferências temáticas de saúde. Foi vencedora a proposta 2 que recebeu a maioria dos votos. Uma abstenção. A Comissão aprovada será paritária, composta por quatro representantes. Foram indicados os seguintes nomes: **Conselheira Jurema Werneck e Conselheiro Alexandre Magno (usuários); um do segmento dos trabalhadores (a indicar); e um dos gestores e prestadores de serviço (a indicar).** Respondendo às intervenções, a Secretária-Executiva **Eliane Aparecida** informou que há condições de realizar o simpósio na data proposta. Disse que apresentaria à Mesa Diretora, no mês de agosto, os termos de referência para a realização das atividades. Também informou o calendário dos cursos de capacitação do Projeto de Inclusão Digital, promovidos pela ENSP e SGEF. Disse, ainda, que, conforme indicação do Pleno, seriam incluídos no simpósio os seminários de patologias e de deficiência. Ressaltou ainda que apresentaria sugestão de rubrica para realização das conferências de saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que os seminários seriam realizados na perspectiva de analisar as políticas da área correspondente. Feitas essas considerações, foi aberta discussão sobre a data do simpósio. **O Pleno aprovou a realização do simpósio de 24 a 28 de novembro e recomendou dialogar com a organização do Seminário do Projeto de Inclusão Digital para verificar a possibilidade de realizar a atividade em março de 2009.** Acordou-se ainda que o seminário de saúde mental será definido após reunião com a área técnica do Ministério da Saúde. Definido esse ponto, procedeu-se à discussão do segundo item da pauta. **ITEM 2 – INFORMES E INDICAÇÕES - 1)** Solicitação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de indicação de representante para constituir a Comissão de Estudo para elaboração de uma Política de Recursos Humanos para o Subsistema de Saúde Indígena. **Decisão: não houve indicação atendendo à definição de que o CNS não participa de Comissões e GTs externos. 2)** Semana Municipal em Comemoração dos 20 anos do SUS no Brasil – o Comitê Organizador da Semana Municipal convida a Conselheira Zilda Arns para ministrar a mesa temática “A Pastoral da Criança e os 20 anos do SUS”. O evento será de 15 a 19 de setembro de 2008, em Montes Claros/MG. **Decisão: solicitação aprovada. 3)** Curso de Capacitação em Educação em Saúde na Área de Diabetes e Hipertensão – o Programa de Doenças Crônicas não Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Boa Vista convida o Conselheiro Raimundo Sotero para participar da abertura e proferir palestra sobre educação em Diabetes. O curso ocorrerá de 25 a 30 de agosto de 2008, em Boa Vista/RR. **Decisão: solicitação aprovada. 4)** II Congresso Catarinense de Saúde Coletiva – a Comissão Organizadora do Congresso convida o CNS para participar da mesa-redonda sobre o tema “Desafios políticos para o SUS”, no dia 12 de novembro de 2008, às 15h. O congresso se realizará nos dias 11, 12, 13 e 14 de novembro de 2008, em Florianópolis/SC. **Indicação: Conselheiro Luís Carlos Bolzan. 5)** I Encontro de Saúde da População Negra do Paraná em DST/HIV/AIDS e Doenças Falciforme – a Rede Mulheres Negras/PR convida o CNS para participar da mesa-redonda: “Implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra”, no dia 16 de agosto, às 10h30. O encontro será realizado nos dias 16, 17, 18 e 19 de agosto de 2008, em Curitiba/PR. **Indicação: Conselheira Jurema Werneck. 6)** III Encontro de CEPs do Município de São Paulo. Data: 22 de agosto de 2008. Local: São Paulo/SP. **Indicação: Conselheiro Artur Custódio de Souza. 7)** Seminário “Tendências Atuais da Pesquisa Clínica no Brasil” – o escritório Trench, Rossi e Watanabe Advogados convida a Conselheira Gysélle Saddi Tannous na qualidade de Palestrante. O Seminário ocorrerá no dia 17 ou 24 de julho, em São Paulo/SP. **Decisão: solicitação aprovada. 8)** Encontro com representantes de Centros de Pesquisa, CROs, indústrias farmacêuticas e da escola assertiva. Convite para Conselheira Gysélle Saddi Tannous. **Decisão: solicitação aprovada. 9)** III Simpósio Internacional de Terapia Celular – convite para Conselheira Gysélle Saddi Tannous participar da mesa redonda “Política para a Terapia Celular”, no dia 3 de outubro, às 8h20. O Simpósio será de 1º a 4 de outubro de 2008, em Curitiba/PR. **Decisão: solicitação aprovada. 10)** Curso Internacional de Pesquisa Clínica em São Paulo – convite para Conselheira Gysélle Saddi Tannous proferir palestra no dia 30 de outubro de 2008, em São Paulo/SP. **Decisão: solicitação aprovada. 11)** Farmapolis – Encontro de farmacêuticos e bioquímicos que acontecerá em Florianópolis, nos dias 26, 27, 28 e 29 de novembro de 2008 – convite para Conselheira Gysélle Saddi Tannous. **Decisão: solicitação aprovada. 12)** Convite da Sociedade de Endocrinologia Americana para Conselheira Gysélle Saddi Tannous participar como palestrante sobre ética em pesquisa com seres humanos, no dia 8 de novembro de 2008, no Rio de Janeiro/RJ. **Decisão: solicitação aprovada. 13)** Seminário Internacional de Vacinas anti-HIV: Pesquisa, Desenvolvimento e Acesso Promotor: Ministério da Saúde. Local: Brasília-DF. Data: 1º a 3 de setembro de 2008.

Representante: José Araújo Lima Filho. Custeio: Passagem e diária. **Decisão: aprovada a participação. 14)** Encontro de CEPs – Debate sobre a Pesquisa em Ciências humanas Sociais e o Sistema CEP-CONEP. Promotor: CEP da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Local: Rio de Janeiro/RJ, 8 de setembro de 2008. Representante: Gysélle Tannous. Custeio: Passagem e diária (Pág.29). **Decisão: aprovada a participação. 15)** I Congresso Científico e IV Jornada de Iniciação Científica do IMIP – Mesa Bioética e Pesquisa. Promotor: IMIP. Local: Recife-PE. Data: 15 de setembro de 2008. Representante: ainda não definido. Custeio: Passagem e diária. **Decisão: aprovada a participação. 16)** Palestra – Procedimentos Éticos em Pesquisa com Seres Humanos. Promotor: CEP da Universidade Federal do Acre. Local: Rio Branco/AC. Data: 2ª semana de setembro de 2008. Representante: ainda não definido. Custeio: Passagem e diária. **Decisão: aprovada a participação. 17)** Oficina sobre a Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Data: 1º de setembro. **Decisão: aprovada a participação de representante do CNS. Itens extras: 1)** Solicitação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – indicação de um representante da Comissão Permanente de Saúde Suplementar/CNS para participar da discussão na Câmara Técnica de Portabilidade de Carências. **Decisão: não houve indicação.** O Pleno entende que a Agência deve trazer o debate para o CNS. **2)** Convite para participar da Conferência de Superação da Violência e Promoção da Cultura de Paz. Data: 3 a 5 de setembro. Local: Brasília-DF. **Indicação: Conselheira Carmen Lúcia Luiz.** A seguir, foram feitos os seguintes informes: **1)** O governo e a indústria estão definindo novos critérios para redução do teor de gordura, sal e açúcar nos alimentos industrializados. Avaliação: o CNS deve participar desse debate. **2)** Dossiê sobre licitações públicas. Proposta: indicar um conselheiro para analisar e trazer relatório para o CNS. Será encaminhada cópia do documento a todos os conselheiros. **3)** GT do Vale do Javari – Solicitação: indicar um representante do CNS para acompanhar a discussão sobre política para o Vale do Javari. **O CNS não participa de GTs externos. Por isso, foi sugerido que as representações indígenas indiquem representante. 4)** Denúncia de fraude na fila de transplantes no Rio de Janeiro. Devido à gravidade da denúncia, o Pleno decidiu elaborar nota com posicionamento do CNS. (Indicados: Conselheiro Luís Carlos Bolzan e Conselheiro Alceu Pimentel. **5)** Será realizada oficina, no mês de setembro, para discutir a organização da Conferência de Saúde Ambiental. **6)** Foi concedida liminar em favor das empresas de agrotóxicos para impedir a reavaliação de 99 agrotóxicos utilizados atualmente. Proposta: votar, durante o debate no dia seguinte, manifestação do CNS sobre a necessidade de avaliar o nível toxicológico dos agrotóxicos. **7)** Elogios pela gestão participativa do Conselheiro Luís Carlos Bolzan, na condição de Secretário Municipal de Saúde de São Francisco de Paula (Ação do Núcleo do CONASEMS de convidar conselheiros nacionais a visitar municípios e verificar experiências de gestão participativa). **Solicitações de Pauta:** debate sobre o **INTO** e o Hospital Sara; Política de Saúde Oftalmológica e criação dos centros de reabilitação. Concluído esse ponto, o Presidente do CNS convidou a Conselheira **Rosângela Santos**, que, de imediato, procedeu à apresentação do Plano de Trabalho da Comissão Intersetorial da Pessoa com Patologia/CNS – CIPP/CNS, sendo: Prioridade/meta: 1. Mapear a estrutura do MS e como esse trabalha com as patologias existentes; Ações: acompanhamento das políticas públicas de saúde através dos programas existentes; levantamento do atendimento das diversas patologias da rede SUS para criar índices de avaliação e monitoramento; Estratégias: solicitar a participação e contribuição das áreas técnicas competentes do MS nas atividades afins da CIPP; e Áreas envolvidas: MS (SAS, Secretaria de Ciência e Tecnologia e insumos estratégicos), Depto. de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e ANVISA. Prioridade/meta: 2. Acompanhar e monitorar a Política de Assistência Farmacêutica; **2.1 Ações:** identificar os problemas e propor alternativas para soluções; debater a Política de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos Excepcionais, visando o cumprimento e adequação das portarias e legislação vigente; Estratégias: utilizar o acompanhamento das pesquisas de medicamentos junto a CONEP, com o objetivo de monitorar a sua eficácia e segurança; propor eventos e/ou audiências públicas; solicitar o acompanhamento das Comissões do CNS; Solicitar, quando necessário à autoridade competente relatórios, informações e orientações sobre a venda, distribuição, dispensação e comercialização de medicamentos em todo o país; Áreas Envolvidas: CIPP/SE, Câmaras de Pesquisa, Desenvolvimento e Regulação, Orçamento e Financiamento e de Articulação, Formação, Informação e Comunicação para o controle social em saúde, MS, MP, DP, CONASS e CONASEMS. **2.2. Ação:** Análise dos Projetos de Lei dos Senadores Flávio Arns e Tião Viana para encaminhamento ao CNS; Estratégia: elaborar Recomendações para aprovação pelo pleno do CNS; Áreas envolvidas: CIPP/CNS. **3.** Prioridade/meta: identificação e mapeamento das necessidades de Programas de Atenção

Integral aos usuários do SUS; Ações: mapear as Políticas, Programas e Ações no SUS relativos ao atendimento às pessoas com patologias; e recomendar a criação de Políticas/Programas que incorpore patologias ainda não contempladas no SUS; Estratégia: articular com as áreas técnicas competentes no MS e outras Comissões do Conselho Nacional de Saúde; Áreas envolvidas: MS e CIPP/CNS. 4. Prioridade/meta: Acompanhamento e monitoramento dos programas de atenção integral ao usuário do SUS; Ações: acompanhamento dos coeficientes de mortalidade e morbidade das patologias contempladas pelos programas do MS; e identificar os principais problemas de acesso e assistência nos diferentes programas; Estratégias: Solicitar ao MS (áreas técnicas) apresentação de dados relacionados aos diversos programas; e recomendar aos gestores e conselhos municipais, estaduais e locais a alimentação e o acompanhamento dos sistemas de informação em saúde; Áreas envolvidas: CIPP/CNS. 5. Prioridade/meta: Diagnóstico da situação dos protocolos clínicos frente ao Ministério da Saúde; Ações: propor a revisão periódica para a atualização dos protocolos clínicos frente aos avanços tecnológicos; identificar as patologias não contempladas por protocolos clínicos ou outras políticas assistenciais, visando o acesso aos serviços de saúde do SUS; recomendar a adoção de protocolos clínicos, baseados nas melhores evidências, para todas as patologias; Estratégias: solicitar a apresentação dos protocolos existentes bem com das propostas de elaboração de novos protocolos clínicos no âmbito do Ministério da Saúde; estimular a participação do controle social, junto às respectivas entidades, nas discussões da elaboração e atualização dos protocolos clínicos; recomendar a divulgação dos protocolos clínicos aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS, e a sua utilização pelos profissionais de saúde; Áreas envolvidas: CIPP/CNS e áreas técnicas do MS/CONASS e CONASEMS. 6. Prioridade/meta: Atualização do Cadastro Nacional de Entidades de Patologias (CNEP); Ação: desenvolver em parceria com os Fóruns de Patologias instrumentos que apontem suas necessidades; Estratégia: Agendar reuniões com o Fórum Nacional de Patologias; Área envolvida: CIPP/CNS. 7. Prioridade/meta: Estimular ações de prevenção, promoção, diagnóstico precoce e classificação de risco; Ação: fortalecer a participação social no que tange à Atenção Básica, visando ações de prevenção que efetivamente combatam o agravamento e seqüelas de doenças crônicas existentes; Estratégias: estimular o controle social no monitoramento do pleno funcionamento da unidade de saúde no que tange a Atenção Básica; Áreas envolvidas: CIPP/SE, CONASS e CONASEMS. 8. Prioridade/meta: Educação em Saúde; Ação: recomendar à SGETES/MS a elaboração de cursos para a comunidade e de educação continuada para profissionais, abordando as questões de promoção e prevenção à saúde; Estratégia: identificar ações existentes e propor à sua ampliação ou criação; Áreas envolvidas: CIPP e CIEPCSS. 9. Prioridade/meta: Fortalecimento e sustentabilidade das ações internas e externas da CIPP; Ação: mobilizar os segmentos no exercício do controle social; promover interlocução entre os diversos atores do controle social e do MS, das instituições de pesquisa, academia e entidades afins; Estratégias: realizar o Encontro Nacional das Entidades de Patologias; realizar uma oficina para discutir a criação da Política Nacional de Atenção Integral as Pessoas com Patologias; e promover articulação com as comissões afins, intra e inter conselhos; Áreas envolvidas: MS, CIPP, CIEPCSS, CICS, CNS. 10. Prioridade/meta: Incentivar a qualificação da gestão; Ação: ampliar e melhorar o acesso as ações e serviços do SUS; Estratégias: promover discussões sobre o modelo de atenção a saúde com gestores e equipes de profissionais de saúde; e incentivar a criação de uma política de alocação e fixação das equipes multiprofissional/multidisciplinar nas distintas regiões do país; Áreas envolvidas: CIPP, CIEPCSS, MS, CONASS e CONASEMS. 11. Prioridade/meta: Melhorar a integração e a articulação entre os níveis de atenção do SUS; Ação: identificar, via conselhos de saúde, as dificuldades na referência e contra referência e recomendar alternativas de melhorias da atenção; Estratégia: estreitar e aprimorar os canais de comunicação existentes; Áreas envolvidas: CNS, CONASS, CONASEMS e MS. 12. Prioridade/meta: Identificar as deliberações da 13ª CNS relativas às Patologias; Ação: sistematizar propostas e estratégias; Estratégias: solicitar informações das áreas afins sobre as ações e estratégias que não foram implementadas; Áreas envolvidas: CIPP/CNS. 13. Prioridade/meta: Identificar as propostas da Oficina de Planejamento do CNS (2008/2009) relativas às Patologias; Ação: sistematizar as propostas da oficina de planejamento do CNS do período de 2008/2009; Estratégia: planejar as ações propostas objetivando trabalhar aquelas que têm relação com a CIPP/CNS; Áreas envolvidas: CIPP/CNS. 14. Análise e monitoramento do financiamento das políticas de saúde voltadas para as pessoas com patologias; Ações: avaliar os Programas e Ações; Acompanhamento da execução orçamentária relativa às ações dos programas das patologias financiadas pelo SUS; fazer recomendações para adequação do orçamento às necessidades

de atendimento das patologias; Estratégias: propor, anualmente, programas e ações a serem inseridos na LDO e LOA; propor anualmente, quando for necessária, revisão no PPA 2008-2011; responder às demandas emanadas do Conselho Nacional de Saúde; produzir, por sua própria demanda ou de outros, relatórios, recomendações e avaliações; Áreas envolvidas: MS, CIPP, COFIN, CNS. 15. Prioridade/meta: Recomendar ao MS uma freqüente qualificação dos sistemas de informação (AIH, APAC, DATASUS, CARTÃO SUS, HEMOVIDA, HIPERDIA) para o planejamento e efetividade das ações; Ação: melhorar o cadastro de usuários nos distintos sistemas de informação; Estratégias: aperfeiçoar o sistema de informação para apresentar dados reais da situação epidemiológica; Áreas envolvidas: MS/DATASUS, CIPP/CNS, CONASS e CONASEMS. 16. Prioridade/meta: Levantamento da situação atual dos programas que atendem às diversas patologias no âmbito do SUS; Ação: solicitar ao MS apresentação de relatório da situação atual dos Programas e Ações; instituir um GT permanente dentro da Comissão a fim de se pesquisar as principais demandas e prioridades, no que tange às patologias; Estratégias: mapear e apresentar dados de todas as Políticas e Programas relacionados às Patologias; Áreas envolvidas: MS e CIPP/CNS. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Pleno que, em síntese, se referiram a: elogios à Comissão pelo trabalho desenvolvido; necessidade de ação intersectorial com outras comissões para implementar as ações propostas; as discussões internas das Comissões precisam ser submetidas à apreciação do Pleno antes de serem divulgadas; proposta de trabalho conjunto com a Comissão de Saúde das Pessoas com Deficiência por conta das expectativas comuns; sugestão de que a Comissão discuta o fato de os médicos da rede pública, após realizarem transplante, não conseguirem acompanhar o paciente para verificar, por exemplo, os efeitos colaterais da medicação; o principal problema em relação a patologias é a falta de protocolos clínicos; no caso das licitações para aquisição de medicamentos, é preciso garantir a participação das entidades representantes das patologias para assegurar a qualidade dos produtos adquiridos; é importante promover articulação com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome para pensar na rede de proteção social dos cidadãos; sugestão de definir estratégia de comunicação para cada uma das ações da Comissão; a Comissão de Saúde da População Negra tem interesse em contribuir com o trabalho da CIPP/CNS; sugestão à comunidade científica que fomente pesquisas pela importância dessas para as pessoas com patologias; é preciso garantir uma Política de Vigilância Sanitária para responder as expectativas do Pleno em relação a qualidade dos produtos, acesso a serviços, entre outros aspectos; e o CNS precisa aprofundar o debate sobre o acesso à assistência farmacêutica. A seguir, a Conselheira **Rosângela Santos** passou às considerações finais. Primeiro, agradeceu os cumprimentos ao trabalho da Comissão. Disse que o Plano de Trabalho possuía interlocução com outras comissões do CNS e as demandas viriam ao Pleno para serem encaminhadas à Comissão. Também reiterou a necessidade de implementar, com urgência, o Cartão SUS e a importância de garantir a qualidade do medicamento, pois estava relacionada ao sucesso do tratamento. Ressaltou que a Comissão possui interface com a ANVISA e as gerências dessa Agência participam das reuniões. Ressaltou que seria feito trabalho de diagnóstico, junto com as comissões, para trazer ao Conselho. Por fim, informou que redigiria recomendação acerca dos projetos sobre o art. 6º da Lei 8.080/90. **Como encaminhamento, o Pleno aprovou o plano de trabalho da Comissão.** Resolvido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia. Iniciando os trabalhos da tarde, o Presidente do CNS informou que foi distribuído o Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde para sugestões finais. A seguir, convidou a Presidente da União Nacional de Estudantes – UNE e o representante do Ministério da Saúde, Vinícius para compor a mesa. A Presidente da UNE, **Lúcia Stumpf**, informou o Pleno sobre a Caravana Estudantil da Saúde que terá como tema “Saúde, Educação e Cultura” e ocorrerá de 11 de agosto a 27 de novembro de 2008. O objetivo geral da atividade é, a partir da discussão das políticas públicas de saúde, em especial as da juventude, propiciar debates, campanhas, pesquisas e formular opiniões. A proposta inicial prevê a realização de jornada em 41 instituições de ensino superior, percorrendo 27 Estados da Federação durante quatro meses de trabalho no segundo semestre de 2008. Por fim, lembrou que o CNS é parceiro da iniciativa e, portanto, convidou os conselheiros a participarem e subsidiarem os debates nos Estados. O representante do Ministério da Saúde, **Vinícius Oliveira**, reforçou o convite ao Conselho para participar da atividade, para discutir as temáticas da Caravana com a juventude brasileira. Nas intervenções, foram colocados: sugestão de adequar os temas de acordo com a realidade regional e incluir soluções em relação ao tema “atenção ao pré-natal e ao parto” e item “direitos sexuais e reprodutivos”; apoio do MORHAN à Caravana (divulgação da atividade no sítio do movimento e convite para participar do encontro

de jovens do Movimento); apoio do FBOMS à atividade; proposta de explicitar no temário o compromisso da UNE com o enfrentamento das iniquidades sócio-raciais; a Universidade Estadual do Ceará, em especial o Departamento de Serviço Social, está à disposição para contribuir com a atividade; a CONAM também se colocou à disposição para contribuir com a UNE na atividade; sugestão de disponibilizar a programação da atividade no sítio do CNS e garantir a participação dos conselheiros; e incluir o tema “controle social e o SUS” no debate. A Presidente da UNE agradeceu o apoio e informou que a UNE buscou definir os debates de acordo com as demandas dos movimentos organizados em cada universidade, respeitando as realidades locais. Comunicou ainda que o combate ao racismo e a promoção da equidade são temas específicos da Caravana e, portanto, serão pautados com material específico. **Como encaminhamento, acordou-se que o CNS mobilizará os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde a participarem da atividade.** Definido isso, procedeu-se ao terceiro item da pauta. **ITEM 3 – APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE VISTAS DOS PARECERES DE ABERTURA DE NOVOS CURSOS DE MEDICINA: CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CEUMAR E FACULDADE INGÁ – UNINGÁ -** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout**, da Mesa Diretora, assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou para compor a mesa: Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH/CNS; e **Ana Stela Haddad**, Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS. De início, a coordenadora da CIRH/CNS apresentou os seguintes informes: os pareceres foram enviados aos conselheiros, no prazo regimental; os pareceres dos pedidos de vista foram enviados no prazo e analisados pela CIRH/CNS; seminário de despreciação – será distribuída proposta de programação que está aberta a contribuições; oficina sobre necessidade social – está agendada para 3 de setembro de 2008; Seminário de Regulação das Profissões – transferido para 2009; e a Comissão antecipará a sua reunião e uma parte será destinada à análise de pedidos de cursos. Feitos esses informes, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencout** passou aos pareceres relativos aos pedidos de vista. Primeiro, listou os documentos distribuídos aos conselheiros: Relatório da visita *in loco* ao Centro Universitário de Maringá – CEUMAR; Relatório da Visita *in loco* a Unidade de Ensino Superior de Ingá – UNINGÁ; Parecer de Pedido de Vistas do Conselheiro Alceu José Pimentel; Parecer de Pedido de Vistas do Conselheiro João Donizeti Scaboli; e ofício com análise jurídica. Em seguida, fez a leitura do relatório encaminhado ao CNS pelo Conselheiro João Donizeti Scaboli, em 28 de julho de 2008. No documento, o Conselheiro destaca que o processo de autorização de abertura de curso de graduação em Medicina da Uningá foi encaminhado pelo MEC/SESu em 27 de fevereiro de 2008. Desse modo, com respaldo na determinação prevista no Decreto 5.773, art. 28, § 3º, que preconiza o prazo máximo de 120 dias para manifestação do CNS, este prazo já expirou desde 26 de junho de 2008. Sendo assim, mesmo que favorável ao pedido de abertura de curso de Medicina na Unidade de Ensino Superior de Ingá – Uningá, solicita o arquivamento do processo com base na intempestividade prevista no Decreto nº 5.773 e no Regimento Interno do CNS. Diante do documento do Conselheiro João Donizeti Scaboli, a CIRH solicitou parecer jurídico da CONJUR, que também foi lido pela Conselheira Ruth Ribeiro. Em síntese, a CONJUR entende que não há fundamentação jurídico-legal para arquivar o processo, bem como para retirá-lo da pauta da 188ª Reunião Ordinária do CNS, considerando que não subsiste o argumento da intempestividade, posto que o prazo de sessenta dias estipulado no inciso III, art. 3º, é impróprio e principalmente que não pode haver prejuízo ao administrado em razão da inércia do estado, nesse caso representando pelo CNS no tocante à análise e tramitação do procedimento administrativo. Continuando, a Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, leu, com a anuência do Pleno, o parecer final do Relatório da Visita *in loco* à Unidade de Ensino Superior de Ingá - UNINGÁ, na cidade de Maringá/PR. No documento, com base na Resolução CNS nº 350, de 9 de junho de 2005, nos documentos analisados e na visita realizada *in loco*, o grupo responsável conclui que: 1) trata-se de uma Faculdade que, segundo sua diretoria, pretende atuar apenas na área de Saúde, sem pretensão de tornar-se, futuramente, universidade; 2) embora estejam construindo uma sede, apresenta atualmente instalações físicas inadequadas para a proposta do curso, tais como: salas de aula delimitadas por divisórias, ocasionando comprometimento da acústica, espaço pequeno reservado a biblioteca; 3) apesar de existir o Comitê de Pesquisa, não foi identificado nenhum Núcleo de Pesquisa e, além disso, o biotério não possui animais para a realização de experiências científicas; 4) o acervo bibliográfico da biblioteca é insuficiente e inadequado; 5) não foi percebida a existência da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, de acordo com as necessidades de saúde da população local; 6) embora a IES afirme que há déficit de profissionais médicos para a estruturação da atenção básica nos municípios da grande

Maringá, o Conselho Regional de Medicina do Paraná afirmou que esse fato ocorre em função das condições salariais ofertadas. Como exemplo, o município de Sarandi, da grande Maringá, publicou um edital de concurso público, em 5 de junho de 2008, para a contratação de médicos, cujo salário foi fixado em R\$ 1.768,30 (Um mil setecentos e sessenta e oito reais e trinta centavos) para uma jornada de 20 horas/semanais; 7) em que pese o projeto pedagógico afirmar que o foco da formação médica é na Atenção Básica, constata-se por meio da análise dos convênios estabelecidos entre a IES e entidades de campo de estágio/internato que não se comprova, pois: embora a IES tenha apresentado o Termo de Cooperação Técnica com o Hospital e Maternidade Santa Lúcia “para o desenvolvimento de atividades de estágio supervisionado, estágio extracurricular, projetos de iniciação científica, projetos de pesquisa e trabalhos de conclusão de curso, por alunos da faculdade, visando a formação profissional” para doze “cursos de graduação em Medicina, Educação Física, Nutrição, Fonoaudiologia, Farmácia, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Biomedicina, Ciências Biológicas e Serviço Social, visando ao aperfeiçoamento técnico-profissional”, em declaração de 25 de maio de 2007, assinada pelo diretor clínico do referido hospital, consta que a entidade hospitalar tem apenas 49 leitos e, destes, 46 destinados para o internamento dos beneficiários do SUS. Vale ressaltar que em aditamento de Termo de Cooperação Técnica assinado em 28 de maio de 2007, em sua cláusula segunda o concedente “se compromete a disponibilizar o limite máximo de até seis alunos por grupo de estágio, por especialidade (Pediatría, Cirurgia, Clínica Geral, Ginecologia e Obstetrícia e PSF), em um total de trinta vagas semanais por especialidade, que acontecerá em sistema de rodízio”, o que demonstra a incapacidade do hospital em atender o número de estudantes previsto, bem como a qualificação pretendida. Além disso, é importante ressaltar que, da forma como previsto, pode causar constrangimento aos usuários face ao grande número de estudante para interagir com os mesmos; 8) Além do Hospital citado acima, comprovou-se a existência de Termo de Convênio com mais quatro hospitais para estágio e internato para o Curso de Medicina, embora sem indicação do número de leitos por unidade hospitalar: Associação Beneficente Bom Samaritano (Hospital Santa Rita) e Santa Casa de Cianorte com limite de dez alunos por professor supervisor, juntamente com o corpo clínico da concedente; Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer e Hospital e Maternidade Maringá SA com limite de quatro alunos estagiários por professor supervisor. Com base no Aditamento, a Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer e o Hospital e Maternidade Maringá disponibilizam o limite máximo de seis alunos por grupo de estágio, por especialidade, que acontecerá em sistema de rodízio. Todos referentes à média e alta complexidade; 9) Além dos hospitais, a UNINGÁ possui Comprovação da Cooperação Técnica com as Secretarias Municipais de Saúde de Maringá (UBS sem identificação do número de UB e um hospital municipal sem identificação do número de leitos, propondo internato sem definição do número de alunos e estágio com até seis alunos por grupo); Município de Iguaraçu (um hospital escola e grupo de seis alunos apenas para o Curso de Medicina), Município de Floresta (apenas UBS sem identificação do número, para todos os cursos e composição de quatro alunos por grupo de estágio), Município de Sarandi (sem identificação do local de estágio, propondo seis alunos por grupo para atividades de estágio, pesquisa e extensão), Município de Paiçandú (UBS sem identificação do número e três alunos por professor); e 10) A UNINGÁ também estabeleceu Termo de Cooperação Técnica com o CISAMUSEP (Consórcio Público de Saúde do Setentrião Paranaense) para o desenvolvimento de atividades de estágios curriculares, extracurriculares, projetos de pesquisa e extensão dos alunos matriculados em todos os cursos da IES. O limite máximo é de seis estagiários por grupo de estágio. Diante do exposto, a CIRH recomenda ao Conselho Nacional de Saúde posicionar-se desfavorável à solicitação de autorização de abertura do Curso de Medicina da Faculdade UNINGÁ, na cidade de Maringá/PR. A seguir, Conselheiro **Ciro Mortella**, explicou que, com a autorização do Pleno, faria a apresentação do parecer do pedido de vistas do Conselheiro João Donizetti Scaboli ao processo da Unidade de Ensino Superior de Ingá – UNINGÁ, pois o referido conselheiro não pôde participar da reunião. Feito esse esclarecimento, destacou que a emissão de pareceres é uma das atividades mais importantes do CNS e, como tal, deve ser preservada. A seguir, passou à leitura do relatório. Em suma, o relator recomenda ao CNS posicionar-se favorável à autorização do curso de graduação em Medicina da UNINGÁ, para preservar as atividades já em andamento, de acordo com o previsto no Dec. 5.773/06, art. 45, § 2º e também por comprovações apresentadas pela instituição, para o pleno atendimento à Resolução do CNS nº. 350/05. Todavia, por total impedimento legal para apreciação do tema ora proposto, com respaldo na determinação prevista no Decreto 5.774/06, no art. 28, § 3º, que preconiza o prazo máximo de 120 dias para manifestação do CNS, já expirado desde 26 de

junho de 2008, e pela expressa restrição do Regimento Interno do CNS, art. 14, § 4º, item “c”, quanto à obediência ao critério da tempestividade, não se vislumbra outra situação, senão requerer o arquivamento do processo de autorização do curso de Medicina na Uningá. Desse modo, o parecer do relator, apesar de favorável ao pedido, é pelo arquivamento do processo de autorização do curso de graduação em Medicina da Unidade de Ensino Superior de Ingá – Uningá, com base na intempestividade prevista no Decreto nº 5.773, art. 28, § 2º e no Regimento Interno do CNS, art. 14, § 4º. Conselheiro **Alceu José Pimentel** declinou da leitura do seu relatório a respeito do curso da Uningá e acatou o relatório da CIRH/CNS. Feita a leitura dos pareceres, Conselheira Ruth Ribeiro passou aos encaminhamentos. Primeiro, colocou em votação: 1) proposta do relator - arquivamento do processo de autorização do curso de graduação em Medicina da Uningá; e 2) não arquivamento do processo. **Foi aprovada a proposta 2 com a maioria dos votos. Quatro abstenções.** Diante desse resultado, foi aberta a palavra para discussão do parecer da CIRH que recomenda ao Pleno posicionar-se desfavorável à solicitação de autorização de abertura do Curso de Medicina da Faculdade UNINGÁ. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** destacou que o parecer do Conselheiro Scaboli e o da CIRH apresentam informações conflitantes, a exemplo da existência ou não de biotério. Também solicitou esclarecimentos sobre o fato de o MEC ter avaliado a instituição e se posicionado desfavorável à abertura do curso, mas, por outro lado, ter atribuído nota 4. Conselheiro **Raimundo Sotero** manifestou preocupação com os questionamentos ao relatório da CIRH e com o fato de o assunto ser tratado em sessão aberta. Conselheiro **Ciro Mortella** avaliou que o caso merece esclarecimento, haja vista os dados conflitantes do relatório da CIRH em relação ao do Conselheiro Scaboli. Conselheiro **Artur Custódio** recordou que a CIRH traz subsídios para decisão do CNS. Nessa linha, disse que o pedido de vistas é legítimo pois possibilita ampliar o debate e esclarecer eventuais dúvidas. A seguir, a mesa fez esclarecimentos sobre as falas dos conselheiros. A integrante do GT e da CIRH, **Elizabete Vieira Matheus da Silva** esclareceu que o Grupo visitou as instituições de ensino e a análise foi feita com base na Resolução do CNS nº. 350. Acrescentou ainda que o relatório produzido pelo GT considerou também os documentos disponibilizados pelas instituições e amplamente discutido na Comissão. A respeito do biotério, destacou que o relatório esclarece que existe, mas que não há animais para experiências. Conselheira **Maria Helena Machado** enfatizou que todos os integrantes do GT são integrantes da CIRH e dois deles conselheiros nacionais (José Tarcísio da Fonseca Dias, Conselheira Marisa Fúria Silva, Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt e Elizabete Vieira Matheus da Silva). Rebateu o trecho do relatório do Conselheiro Scaboli em relação ao tempo que o grupo ficou na instituição e explicou que os integrantes do GT fizeram análise minuciosa no local. Destacou ainda que o curso está em funcionamento há três anos mesmo sem a autorização do MEC. Por fim, explicou que, conforme orientação da CONJUR, os debates dos pedidos de autorização de cursos devem ser públicos. A Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, explicou que o MEC fez duas visitas à instituição. A primeira, anterior à Portaria nº. 147, cujo relatório foi favorável à abertura. Na segunda visita, a Comissão de Avaliadores considerou, em seu parecer, a proposta do curso de Medicina da Faculdade de Ingá com perfil precário, apesar de ter tido avaliação global 4. Diante dessa incoerência, foi solicitada a adequação do conceito qualitativo atribuído à UNINGÁ à avaliação global 4. Assim, a Comissão Técnica de Acompanhamento da Avaliação, em seu relatório, corrigiu o conceito qualitativo da IES, com substituição da palavra “precário” por “bom”. Destacou que, ao solicitar o parecer do CNS, o MEC deseja ter outro olhar da situação, para instruir o processo e subsidiar a decisão. Conselheiro **Ciro Mortella** reiterou que a CIRH precisa fazer uma reflexão do caso e rever a metodologia de análise, possibilitando, por exemplo, o contraditório. A seguir, houve outras intervenções e acordou-se que seria feita a apreciação, em conjunto, do parecer da UNINGÁ e do Centro Universitário de Maringá – Ceumar, em Maringá/PR. Sendo assim, a Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, fez a leitura do parecer final em relação ao CEUMAR. No documento, com base na Resolução CNS nº 350/05, nos documentos analisados e na visita realizada *in loco*, o grupo responsável conclui que: 1) Trata-se de um Centro Universitário que conta com aproximadamente 12 mil alunos, distribuídos em 44 cursos de Graduação, 47 cursos de Pós-Graduação, *latu sensu*, nas diferentes áreas de conhecimento e um programa de pós-graduação *stritu sensu* de Mestrado em Direito, devidamente recomendado pela CAPES. A IES possui apenas um curso de Mestrado em Direito. 2) A IES tem como meta tornar-se, no futuro, uma Universidade; 3) Apresenta instalações físicas, relativamente novas com bom estado de conservação e adequadas para a proposta do curso, tais como: salas de aulas amplas e boa acústica, laboratórios com tecnologia de ponta, Biblioteca com amplo espaço físico. Os prédios

são interligados e adaptados ao trânsito das pessoas com deficiência. O campus possui quatro auditórios, sendo que o maior possui capacidade para 400 pessoas, os quais, segundo informação da IES, são disponibilizados para a comunidade; 4) Foi construída uma Unidade Básica de Saúde -UBS, dentro do complexo da IES, com convênio com o município de Maringá e que atende os usuários do SUS; 5) A IES possui espaço físico, dentro do complexo, para a construção de um hospital escola; 6) Possui restaurante escola para o curso de Gastronomia e Nutrição, hospital veterinário com amplo espaço e, segundo informação da IES possui uma fazenda-escola; 7) A IES possui uma política de bolsas para os indígenas e portadores de necessidades especiais. Também possui bolsa família para alunos que tem mais de um integrante na família cursando algum curso na instituição. Possui, ainda, Bolsa convênio com empresas privadas, sindicatos, órgãos governamentais e outros. Também apresenta crédito interno para alunos carentes e uma política de alfabetização de jovens e adultos. Possui outros programas de interação com a comunidade, tais como: farmácia modelo, curso de agronegócios, curso de automação industrial, núcleo de prática jurídica, estúdio de rádio e TV e horto-botânico, cursos de tecnologia da informação, projeto adolescente aprendiz e escola de fábrica; 8) Apresenta oito grupos de pesquisa nas diversas áreas, embora não tenha sido identificada a existência do Comitê de Pesquisa. É importante ressaltar que o Biotério não possui animais para a realização de pesquisas científicas; 9) Possui uma política de capacitação dos docentes; 10) O acervo bibliográfico é insuficiente; 11) A IES faz parte do Pró-Saúde (Programa do MS), abrigando quatro subprogramas que são desenvolvidos nas Clínicas do Centro Universitário (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia e Nutrição), possibilitando a integração ensino, serviço e comunidade; 12) Apresenta vários projetos de extensão dirigidos a comunidade; 13) O principal hospital a ser utilizado pela IES, como hospital de ensino, é a Santa Casa de Misericórdia, onde cerca de 62% das internações de seus 170 leitos, são prioritariamente para pacientes do SUS, com duração do convênio de dez anos. Esse hospital conta com quatro grandes áreas: clínica médica, cirurgia, ginecologia/obstetrícia e clínica pediátrica. Segundo o relatório do INEP, o Hospital conta com sete programas de Residência Médica, embora o documento de 9 de fevereiro de 2007, assinado pelo Superintendente da referida instituição, indique apenas Residência Médica em quatro especialidades (ginecologia/obstetrícia, anestesiologia, ortopedia e radiologia); 14) Além desse hospital, a IES possui convênio com o Hospital Metropolitana (instituição federal sem fins econômicos) e que também se compromete a instituir programas de Residência Médica nas seguintes áreas: clínica médica, pediatria, cirurgia, ginecologia/obstetrícia e medicina de família e comunidade; 15) Outro hospital conveniado com a IES para cooperação técnica na área de ensino e assistência a saúde é o Instituto de Psiquiatria e Saúde Integral que possui 240 leitos para adultos do SUS e doze para adolescentes masculinos; 16) A IES conta com uma Comissão de Estágio que identifica e propõe o estabelecimento de convênios de ensino e assistência a saúde, com vários municípios da região. Embora a IES informe a existência de convênios com 24 municípios, foram localizados nos documentos apresentados quatro termos de convênio já assinados. O relatório do INEP relata que o município de Maringá conta com uma rede de 25 UBS, dentre as quais cinco com amplas instalações e mantém 65 equipes de Programa de Saúde da Família - PSF distribuídas em cinco regiões; 17) A IES possui convênio com o CISAMUSEP – Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão - atingindo 30 municípios da grande Maringá, onde participa como membro do Conselho Gestor. O objeto do convênio estabelece ações para a melhoria das condições de ensino e de assistência em saúde da comunidade; 18) Embora a IES afirme que há déficit de profissionais médicos para a estruturação da atenção básica nos municípios da grande Maringá, o Conselho Regional de Medicina do Paraná, segundo seu representante, afirmou que esse fato ocorre em função das condições salariais ofertadas. Como exemplo, o município de Sarandi, da grande Maringá, publicou um edital de concurso público, em 05/06/2008, para a contratação de médicos, cujo salário foi fixado em R\$ 1.768,30 para uma jornada de 20 horas/semanais. Apesar de reconhecer que não há déficit de médicos na região, mas considerando que a IES possui uma forte articulação com a rede do SUS da grande Maringá, além da existência de diversos programas que possibilitam a interação com a comunidade, a busca da transformação de Centro Universitário para Universidade, a CIRH recomenda ao Conselho Nacional de Saúde posição favorável quanto à solicitação de autorização de abertura do Curso de Medicina da CEUMAR, na cidade de Maringá/PR, condicionada às seguintes recomendações: a) Estabelecimento de prazo para a construção do hospital escola; b) Redução do número de vagas de 120 para cinquenta vagas anuais; c) Instituição de programas de Residência Multiprofissional de Saúde e Medicina de Saúde e Comunidade; d) Ampliação e atualização do

acervo bibliográfico para a área de saúde; e) Criação do Comitê de Ética em Pesquisa. Dessa forma, o parecer é favorável condicionado às recomendações citadas. A seguir, Conselheiro **Alceu José Pimentel** leu o seu parecer que, em síntese, conclui que, pelos dados apresentados, os cursos de Medicina das instituições de ensino UNINGÁ e CEUMAR não contribuem efetivamente para a superação dos desequilíbrios na oferta de médicos na Região, o quantitativo é suficiente, e o referido desequilíbrio acontece na distribuição destes profissionais pelos vários municípios, notadamente mais carentes. Com isso, conclui que não há relevância social para justificar a abertura de novos cursos de Medicina na Região Metropolitana de Maringá. Portanto, o parecer é desfavorável, considerando que: a adequação e as boas instalações físicas do CEUMAR não são critérios suficientes para justificar a relevância e necessidade sociais; e a “forte articulação” com a rede SUS da Região e os diversos programas “que possibilitam a interação com a comunidade”, citados no parecer da CIRH, também não justificam a abertura de novas vagas. Por fim, solicitou que os dados apresentados no seu relatório fossem pautados posteriormente para debate aprofundado.

Concluída a leitura, a mesa colocou em votação do relatório de visita *in loco* à Unidade de Ensino Superior de Ingá – Uningá, em Maringá/PR com o parecer técnico da CIRH CIRH desfavorável ao pedido de autorização de oferta de curso de Medicina na Uningá. O parecer da CIRH foi aprovado com seis abstenções.

A seguir, foi aberta a palavra para considerações sobre os pareceres relativos ao Centro Universitário de Maringá – Ceumar, em Maringá/PR. Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou ao Conselheiro Alceu Pimentel se ele tinha conhecimento do estudo da fundação Getúlio Vargas intitulado “A escassez de médicos” que destaca a disparidade regional e entre os municípios. Conselheiro **Raimundo Sotero** manifestou preocupação com o fato de o parecer do Conselheiro Alceu Pimentel ser conjunto para as duas instituições. Conselheiro **Ciro Mortella** solicitou esclarecimentos sobre os dados relativos à oferta e procura no CEUMAR, pois os dados desses dois itens não conferiam. Conselheira **Jurema Werneck** perguntou de que forma a CIRH considerou o critério da relevância social na análise do pedido da CEUMAR. Em resposta às intervenções, Conselheiro **Alceu Pimentel** destacou que é preciso considerar as particularidades de cada região, pois as realidades são distintas. Ressaltou ainda que não estava avaliando a criação de uma escola médica em Maringá onde não era necessária. Explicou que o IDS correspondiam a 21 indicadores relacionados com saúde e cada um se desdobrava em sete. Avaliou, por fim, que o pedido de abertura de curso de Medicina se justificava pelo alto índice econômico no local. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** elogiou o Conselheiro Alceu Pimentel pelo parecer e destacou que se aplica a qualquer local. Contudo, por se tratar de dois pedidos de vistas, disse que cada um dos pedidos deveria ter um parecer. Disse ainda que é preciso promover amplo debate sobre os mil municípios brasileiros que não possuem médicos. Conselheiro **José Ruben Bonfim** somou-se aos elogios feitos ao relatório do Conselheiro Alceu Pimentel. Colocou, para reflexão, a proposta de moratória contra abertura de qualquer curso de Medicina, a não ser nos critérios de necessidade social. Conclamou o CNS a somar esforços no sentido de revisar a situação das escolas médicas existentes, pois muitas não têm condições de funcionar. A Sra. **Elizabete Vieira Matheus**, em nome do GT, respondeu a questionamentos pontuais dos conselheiros. A respeito dos critérios de relevância social utilizados pelo Grupo, explicou que o primeiro item analisado nos documentos das instituições foi o projeto pedagógico. A partir dessa análise, percebeu-se que o currículo focaliza-se na atenção primária em saúde e na saúde da família, formando médicos generalistas. Além disso, destacou que o Grupo constatou que há integração entre ensino e serviço. Disse ainda que o município publicou vários editais para contratação de médicos para o SUS, mas não conseguiu fazer essa contratação. Ressaltou que, na segunda visita, o MEC constatou que as exigências foram atendidas e, assim, emitiu parecer favorável. Conselheira **Maria Helena Machado** explicou, sobre relevância social, que está em construção um sistema de informação sobre educação e trabalho. Disse que estava sendo realizado levantamento das escolas nos estados e municípios e, além disso, seria promovido seminário sobre necessidade social. Ressaltou que o Departamento, por solicitação do Ministro da Saúde, estava elaborando proposta de uma política nacional para fixação de profissionais nos locais de difícil acesso e longínquos. Conselheiro **Alceu Pimentel** colocou à disposição do Pleno o pesquisador responsável pela pesquisa sobre o Índice de Desenvolvimento em Saúde para apresentação no seminário sobre necessidade social. Ressaltou ainda que a idéia do relatório é criar um parâmetro para avaliar a necessidade social. Acrescentou que é contra a criação indiscriminada de escolas médicas, como é o caso, porque a região não necessita. Enfatizou que, junto com a política de recursos humanos, é preciso interiorizar a qualidade da assistência em saúde. Por fim, concordou com a

necessidade de rever as escolas médicas do país e, se necessário, fechar as que não têm condições de funcionar. Feitas essas considerações, a mesa colocou em votação: Proposta 1- Relatório da CIRH com parecer técnico favorável, com recomendações, ao pedido de autorização de oferta de curso de Medicina no Centro Universitário de Maringá – Ceumar, em Maringá/PR; e Proposta 2 – Relatório de Vistas do Conselheiro Alceu José Pimentel, que é desfavorável ao pedido de abertura de curso de Medicina no CEUMAR. **Foi vencedora a proposta 1 com 28 votos. A proposta 2 recebeu três votos. Três abstenções.** Resolvido esse ponto, a mesa procedeu ao item 4. **ITEM 4 – PARECERES DE ABERTURA DE NOVOS CURSOS NA ÁREA DA SAÚDE** – A Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, **Ana Stela Haddad**, apresentou sete Notas Técnicas sobre avaliação dos processos de autorização, renovação e reconhecimento de cursos superiores na área da saúde elaboradas na Oficina da CIRH, dias 7 e 8 de julho de 2008. A primeira nota foi a da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Curso de Medicina; reconhecimento; em Salvador/BA, Pública. O curso Médico da UFBA foi o primeiro curso criado no país. É público, laico e gratuito e busca formar um profissional capaz de exercer a medicina atuando na prevenção à doença, na promoção e na recuperação da saúde; que tenha uma conduta ética e compromisso com a educação permanente e com o papel social do médico; e que compreenda as necessidades da sociedade e a relevância da pesquisa científica. O parecer final é favorável ao reconhecimento do curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia – UFBA, com a recomendação de atendimento à Resolução CNS nº. 350/2005, às prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde/2006, às Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina e aos termos da Portaria MEC nº474/2008. O curso oferece 160 vagas, é ministrado em turno integral e tem carga horária informada de 9.178 horas. **Após considerações, a nota foi aprovada com o adendo de inserir exigência de cumprimento de prazo para atender as recomendações apontadas no parecer. A CIRH entrará em contato com o MEC a fim de definir prazo para que a UFBA cumpra as exigências.** A seguir, a diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS submeteu à apreciação do Pleno mais seis Notas Técnicas da CIRH sobre avaliação dos processos de autorização, renovação e reconhecimento de cursos superiores na área da saúde, na seguinte ordem: 1) Faculdade de Ciências Médicas do Pará – FACIMPA – Medicina – Autorização. Na avaliação do GT, a IES necessita de algumas adequações recomendadas a seguir: Que a proposta do curso enfoque a Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 e com as prioridades estabelecidas pelo Pacto pela Saúde 2006; Que a IES preencha a justificativa do projeto; Adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina e fortalecimento do corpo docente; Apresentação de convênio/termo de compromisso entre a Instituição de Educação Superior e a Secretaria Municipal de Saúde, para utilização da rede pública de serviços de saúde instalada e de outros recursos e equipamentos sociais existentes na região; Demonstração de mecanismos que favoreçam a interiorização e a fixação de profissionais; e Adequação à Resolução CNS nº 350/2005. O parecer final é desfavorável à autorização de abertura do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas do Pará, com base na análise dos dados e das informações obtidas do Sistema e-MEC e em critérios e indicadores construídos pela CIRH/CNS, a partir da Resolução CNS nº 350/2005. 2) Faculdade de Medicina Dr. Paulo Prata – FaMPaP – Medicina – Autorização. O GT observou nos documentos analisados alguns pontos conflitantes: a) Na proposta está explicitado que o projeto pedagógico foi elaborado em dois meses, sem participação dos gestores municipais. Não há demonstração da utilização de metodologias ativas de aprendizagem. Não existe demonstração do compromisso social do novo curso com a promoção de desenvolvimento loco-regional. A proposta pedagógica não é inovadora e não explicita compromissos com a integralidade, trabalho em equipe e a produção de conhecimentos socialmente relevantes que propiciam o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS. b) Apesar de "todos os docentes possuírem pós-graduação - mestrado e doutorado", constata-se que não existe informação sobre a experiência docente anterior, ou a formação técnica do corpo docente, composto por dezesseis docentes, todos em tempo parcial. c) Não há demonstração do compromisso da IES com o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão e capacitação dos profissionais de saúde para enfrentamento dos problemas de saúde da região e tampouco detalhamento do compromisso da instituição para com os estabelecimentos públicos de saúde que serão utilizados como cenários de prática dos estudantes. O parecer final é desfavorável à autorização de abertura do Curso de Graduação Presencial de Medicina da Faculdade de Medicina Dr. Paulo, com base na análise dos dados e das informações obtidas do Sistema e-MEC, do IBGE e do DAB/MS e em critérios e indicadores construídos pela CIRH/CNS, a partir Resolução CNS nº350/2005. 3) Universidade Potiguar – UNP –

Medicina – Autorização: desfavorável. No relatório, o GT aponta que os dados apresentados pela IES não atendem a Resolução CNS nº. 350/2005, no que tange aos seguintes aspectos: a) não há contextualização política social, econômica e epidemiológica da região; b) não há contextualização da organização dos serviços de saúde do município e demonstração de como será implementada a ação dos estudantes na rede de serviços; c) não há demonstração do compromisso social do curso com a promoção do desenvolvimento regional por meio de implantação de pesquisas e atividades de extensão; d) não há indicação de que o projeto político pedagógico foi construído com os gestores locais do Sistema Único de Saúde; além disso, não apresenta evidência da existência de convênio/termo de compromisso entre a IES e a Secretaria Municipal de Saúde para o desenvolvimento das atividades do projeto político pedagógico do curso; e) não há proposta de atividade de educação permanente para os profissionais de saúde e docentes. O parecer final é desfavorável à autorização de abertura do Curso de Medicina do *campus* Mossoró da UNP, com base na análise dos dados e das informações obtidas no Sistema e-MEC e em critérios e indicadores construídos pela CIRH/CNS, a partir da Resolução CNS nº 350/2005. 4) Faculdade Mogiana do Estado de São Paulo – FAMESP – Medicina – Autorização. O parecer final é desfavorável à autorização de abertura do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Mogiana do Estado de São Paulo, com base na análise de critérios e indicadores construídos pela CIRH/CNS, a partir da Resolução CNS nº350/2005 e pelo projeto não apresentar existência de convênio/termo de compromisso entre a IES, Instituições de Ensino Superior e os Gestores de Saúde e de outros recursos de equipamentos sociais existentes na região. 5) Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC – Medicina – Reconhecimento. O parecer final é desfavorável ao reconhecimento do curso de medicina do centro universitário do Espírito Santo – UNESC, pois: o projeto de curso estabelece integração da educação com o SUS, de forma estritamente teórica, não há comprovação da utilização da rede pública instalada e locais de práticas para estágio curricular; o curso não evidencia infra-estrutura necessária para desenvolver as atividades sociais necessárias na região; o curso não revela interdisciplinaridade no Projeto Pedagógico do Curso – PPC, bem como não refere a existência de extensão universitária, programas de pesquisa para o desenvolvimento social, nem oportuniza atuação por equipes multiprofissionais, não há sequer citação de residência médica, o que afeta a integração ensino-serviço com o SUS e outras profissões; há 1,77 médicos por mil habitantes no estado, revelando excedente de profissionais na região (BRASIL. MS/SGTES/DEGERTS, 2007). 6) Universidade Cidade de São Paulo – UNICID – Medicina – Reconhecimento. O parecer final é desfavorável ao reconhecimento do Curso de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo – UNICID, em função da ausência de informações no Sistema e-MEC que demonstrem a real situação de integração do curso com a rede pública de serviços de saúde instalada. Para melhor avaliação dos membros da CIRH/CNS fazem-se necessárias as seguintes informações: a) que sejam explicitadas as unidades do serviço público de saúde, com demonstração de Termo de Convênio/Termo de Compromisso entre a IES e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para utilização dessa rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região; b) apresentação de ações de planejamento coletivo entre seus cursos ofertados na área da saúde e projetos interdisciplinares e integradores de estágio, pesquisa e extensão; e c) detalhamento dos cenários de prática, incluindo capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, visando identificação da situação de aprendizado dos mesmos e garantia de sua qualidade. **Aprovadas, integralmente, as seis Notas Técnicas da CIRH.** Resolvido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros - *Titulares:* **Alceu José Peixoto Pimentel, Antônio Alves de Souza, Artur Custódio Moreira de Sousa, Carlene Borges Soares, Carmen Lucia Luiz, Ciro Mortella, Daniela Batalha Trettel, Eufrásia Santos Cadorin, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, Jurema Pinto Werneck, Luís Carlos Bolzan, Luiz Antonio de Sá, Maria Goreti de Lima, Raimundo Sotero de Menezes Filho, Ronald Ferreira dos Santos, Rosângela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande, Valdenir Andrade França, Valdirlei Castagna e Volmir Raimondi.** *Suplentes:* **Alexandre Magno Lins Soares, Armando Martinho Bardou Raggio, Arnaldo Marcolino da Silva Filho, Doroty Aparecida Martos, Fernando Luiz Eliotério, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Ruben Ferreira de A. Bonfim, Marinho Romário Valente, Marisa Fúria Silva, Marlene Braz e Rildo Mendes.** Iniciando os trabalhos do segundo dia de reunião, o Presidente do CNS lembrou que o Pleno decidiu abrir espaço para apresentação sobre a Política Nacional do Campo e da Floresta. A seguir, procedeu ao item 5 da pauta. **ITEM 5 – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - Conselheira Carmen Lúcia**

Luiz, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da Comissão de Saúde Mental do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou para compor a mesa: Karine e Renata Weber, da Coordenação de Saúde Mental/MS. Antes de abrir a palavra às convidadas, Conselheira Carmen Luiz informou que o Ministério da Saúde oferecerá a cirurgia para mudança de sexo no SUS. Após esse informe, a representante da Coordenação de Saúde Mental/MS, Renata Weber, iniciou a sua fala explicando que apresentaria o cenário atual e os principais desafios para Política Nacional de Saúde Mental. Disse que a Política Nacional de Saúde Mental possuiu por diretrizes: 1. Reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar – desinstitucionalização: 1.1 O programa de redução planejada de leitos/PNASH-Psiquiatria; 1.2 Implementação do programa “De volta para casa”; 1.3 Expansão dos serviços residenciais terapêuticos; 1.4 Reorientação dos manicômios judiciais; 1.5 Leitos em hospitais gerais; 2. Expansão e consolidação da rede de Atenção Psicossocial (CAPS, ambulatórios, centros de convivência, etc.); 3. Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica; 4. Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; 5. Política de Saúde Mental Infanto-juvenil; 6. Programa Permanente de Formação de profissionais para a Saúde Mental; e 7. Inclusão social e empoderamento: geração de renda e trabalho, intervenções na cultura, mobilização de usuários e familiares. Destacou que no período 2001-2007 a Política Nacional de Saúde Mental deparou-se com a ampliação significativa da rede de serviços, mudança do perfil de financiamento, mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos, ampliação da oferta de programas de formação e tomada da questão do álcool e outras drogas como questão de saúde pública. Também fez referência à expansão da rede de CAPS (década de 80 a julho de 2008), de 6 unidades para 1198 e do aumento da cobertura. Nessa linha, citou estratégias para expansão e qualificação dos CAPS: incentivos antecipados para implantação dos serviços; supervisão clínico-institucional – edital em abril e julho de 2008 – 300 CAPS; formação para profissionais da rede de saúde mental; encontros de CAPS estaduais e regionais e por tipo (Encontro de CAPS III e CAPS I). Por outro lado, listou desafios para a expansão e qualificação desses centros, como dificuldades na expansão dos CAPS III, CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) e infanto-juvenil, sustentabilidade financeira dos CAPS no contexto do Pacto de Gestão e insuficiência de profissionais qualificados para os novos serviços. Falou da saúde Mental na Atenção Básica com destaque para a Estratégia dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família como potencializadora para inclusão de ações de saúde mental na ESF, prioridade na formação dos profissionais que irão compor os NASF e importância das experiências implantadas e consolidadas – apoio matricial a partir do CAPS. Esclareceu ainda que, considerando a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental. Sobre o cenário atual, citou a redução de leitos e desinstitucionalização, a avaliação dos hospitais – PNASH/Psiquiatria e o Programa de redução de leitos - reconfiguração da rede hospitalar para hospitais de menor porte (até 160 leitos), com média de reduções de 2000 a 2500 leitos ao ano. Comentou também o Programa de Volta para Casa, que consiste em uma estratégia potencializadora da emancipação dos usuários e fruto de reivindicação histórica do movimento da reforma psiquiátrica. Acrescentou que foi criado pela Lei Federal 10.708/03, com auxílio-reabilitação psicossocial de R\$ 240,00, sendo destinado a pessoas egressas de longas internações. Nesse ponto, destacou os esforços para ampliação do valor do benefício para R\$ 315,00, dentro da previsão orçamentária. Comentou a expansão do Programa, com ampliação do número de beneficiários, de 879 em 2004 para 3037 em 2008. Em que pese essa ampliação, disse que o Programa enfrentava desafios como: garantia de documentação à população egressa de internações (dificuldade de identificação e registro); resistência de profissionais tanto da saúde como da Justiça em aceitar os direitos dos pacientes; necessidade de melhor compreensão por parte dos profissionais do potencial do programa/dificuldade de manejo desta “nova situação”; uso desnecessário da interdição judicial para recebimento do auxílio (cultura da tutela); e crítica à noção de “incapacidade” de inserção produtiva do usuário. Também pontuou desafios para a expansão das residências terapêuticas como complexidade da clientela a ser desinstitucionalizada, dificuldades no custeio das residências – muitos municípios não conseguem dar contrapartida e dificuldades de ordem cultural e social. Detalhou ainda os desafios dos leitos de Atenção Integral (Leitos em CAPS III, Serviços Hospitalares de Referência para AD e Leitos em Hospitais Gerais): necessidade de ampliação destes serviços; superação da resistência entre os profissionais; serviço deve estar articulado à rede de saúde mental; a rede deve se oferecer como suporte e para compartilhamento de casos; e necessidade de revisão da normatização dos Hospitais Gerais. Detalhou, nesse ponto, que o problema não estava na falta de leitos, mas sim de rede de CAPS, leitos em

hospital geral, residências terapêuticas e atendimento ambulatorial. Enumerou ainda as iniciativas de formação permanente em saúde mental, sendo: cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização em saúde mental; residências multiprofissionais em saúde mental; supervisão clínico-institucional dos CAPS; Projeto “Escola de Supervisores”; e articulação com a SGETS para proposta dentro da Universidade Aberta do SUS. Falou da Política de Álcool e outras Drogas com destaque para estratégia de redução de danos, ampliação do acesso ao tratamento (CAPS AD, leitos de HG, ações na Atenção Básica, entre outros) e restrição do uso de bebidas alcoólicas e trânsito e restrição de venda de bebidas alcoólicas em zonas rurais e estradas federais (Lei 11.705/2008 e Decreto 6.488/2008). Citou como importante reorientador do modelo da Política a mudança dos gastos do Programa de Saúde Mental (2002 a 2007), com redução dos recursos investidos em hospitais e ampliação dos gastos na rede extra-hospitalar. Acrescentou que a saúde mental representa 2,41% dos gastos da saúde e, considerando a magnitude epidemiológica dos problemas de saúde mental, é preciso aumentar esses recursos para ampliar a rede de serviços. Comentou a Saúde Mental no Pacto pela Vida e de Gestão, com destaque para a inclusão da saúde mental no Termo de Compromisso do Gestor Federal, pelo Conselho Nacional de Saúde. Explicou que, em 2007, após discussões, a saúde mental foi incluída como prioridade no Pacto pela Vida (aprovada na Tripartite de dezembro de 2007, em Brasília), tendo sido incluídos dois indicadores: Indicador principal: CAPS/100 mil habitantes e Indicador complementar: Taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa. Também apresentou balanço do processo de pactuação: 27 Estados pactuaram o indicador principal; 15 Estados pactuaram o indicador complementar segundo as metas propostas pelo MS; e oito Estados não pactuaram o Programa de Volta para Casa. Disse que se espera que os Estados que não pactuaram ou que pactuaram uma meta muito abaixo da proposta pelo MS possam superar esses dados. Finalizando, pontuou como desafios na reorientação do modelo assistencial em saúde mental: garantia do acesso aos cuidados em saúde mental; ampliação dos leitos psiquiátricos em hospital gerais; integralidade da atenção às crises nas grandes cidades; e magnitude do problema das drogas e da violência. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações do Pleno. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** defendeu a criação de CAPs para violência a fim de garantir apoio às mulheres vítimas de violência e ter ações, voltadas aos homens, de prevenção de violência contra mulheres. Sobre o financiamento, disse ser necessário definir estratégias para alcançar a meta, aprovada na 13ª Conferência, de garantir 4,5% do orçamento da saúde para ações de saúde mental até o final do governo Lula. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** parabenizou o trabalho da Coordenação de Saúde Mental e propôs que, em 2009, o Pleno iniciasse os trabalhos com avaliação das políticas, a fim de definir orçamento para as áreas. Também destacou a importância do Programa de Volta para Casa e reiterou a necessidade de esforço do CNS no sentido de rever o valor do auxílio dos egressos. Conselheira **Silvia Casagrande** cumprimentou a expositora e o trabalho da Coordenação. Relatou que o CAPS Álcool e Drogas de Porto Alegre foi fechado e, diante disso, foi firmado termo de ajustamento de conduta para reabri-lo em um ano. Como nada ocorreu, a justiça determinou a abertura de dois CAPs Álcool e Droga e pronto atendimento, em noventa dias. Para atender a determinação, o gestor local firmou convênio com hospital privado para implantar os CAPS e o pronto atendimento, mesmo com a manifestação contrária do Conselho Municipal. Diante dessa situação, perguntou qual a posição do Ministério da Saúde. Conselheiro **Luiz Antônio de Sá** cumprimentou a expositora pela apresentação e informou que o movimento espírita possui um trabalho na área de saúde mental. Também perguntou que ações nessa área estão previstas para Goiás com vistas à estruturação da rede apoio, com CAPS, residências terapêuticas, entre outros. Conselheira **Eufrásia Cadorin** sugeriu que as equipes da Estratégia Saúde da Família também fossem capacitadas para ações de saúde mental. Também avaliou que é preciso rever o indicador de saúde mental para que demonstre a efetividade das ações. Por fim, disse que as ações deveriam ser definidas com orçamento necessário a sua implementação. Conselheiro **Luiz Carlos Bolzan** parabenizou o governo pela “Lei Seca”, considerando o sucesso dessa iniciativa. Propôs que fosse aprovada recomendação do CNS ao Ministro da Saúde no sentido de acelerar o processo de habilitação de CAPS que aguardam liberação para funcionar. Perguntou, por fim, se foi possível avançar na discussão do financiamento da Política de Saúde Mental. Concluído esse bloco, a Coordenação de Saúde Mental/MS, Karine, comentou as intervenções. Concordou que a questão da violência coloca o desafio de pensar novos dispositivos e potencializar os já existentes. Nessa linha, disse que seria necessário pensar em programas voltados à prevenção da violência. Ressaltou ainda que uma das mesas-redondas da Mostra do SUS discutiria as questões de violência e droga. Além disso, seria realizado

encontro temático e curso voltado a agentes comunitários de saúde. Ressaltou que o orçamento é insuficiente e precisa ser ampliado. Além disso, convidou representantes do CONASEMS e do CNS a participarem do GT de estudo de custos dos CAPS. Em linhas gerais, disse que a diretriz é que os CAPS tenham gestão pública e colocou-se à disposição para discutir a situação de Porto Alegre. Reforçou que a atenção em saúde na atenção básica não se restringe aos NASFs, pois os Núcleos não conseguem cobrir toda a demanda. Desse modo, é necessário discutir outras estratégias, em especial para os municípios de pequeno porte. Informou ainda que está em discussão um caderno de atenção básica sobre saúde mental. Disse que a Coordenação trabalha com dados da OMS: 3% da população com transtornos graves e 9% com transtornos leves. Salientou, por fim, que é preciso pensar em uma rede complexa para dar conta das demandas. Conselheira Marlene Braz manifestou satisfação com os avanços na área, em que pese a demora dos resultados. Avaliou como principais desafios a cultura paternalista dos que acham que sabe o que é melhor para o paciente, gerando uma exclusão. Ressaltou que essa cultura reflete na pequena dotação destinada à saúde mental. Pontuou ainda a necessidade de garantir o cuidado da saúde, assegurando-se, inclusive, dotação orçamentária. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou a expositora e destacou dois pontos da apresentação. O primeiro diz respeito à questão orçamentária e financeira. Nesse item, solicitou que fosse apresentado o detalhamento do orçamento da área de saúde mental para posicionamento do CNS acerca da aplicação dos recursos. Também perguntou qual a programação no que se refere à garantia da assistência farmacêutica. Conselheira **Maria Goreti** manifestou preocupação com o caso do Distrito Federal, considerando que o número de CAPs (apenas seis) é insuficiente para atender a demanda. Nesse sentido, solicitou que fossem explicitadas as dificuldades para avançar na implementação da Política no Distrito Federal. Conselheira **Marisa Fúria**, na sua fala, pontuou as seguintes preocupações: demora na implementação dos CAPS III voltados à emergência; falta de equipamentos para realizar exames e tratamentos das pessoas com transtornos; e diminuição de leitos sem residências terapêuticas. Ressaltou ainda a necessidade de incentivar a residência médica na área de pediatria; capacitar os médicos nas áreas mais complexas, a exemplo do autismo; e rever a relação entre número de pessoas e de CAPs (100 mil/CAPs). Conselheira **Jurema Werneck** registrou, em nome do Conselheiro Artur Custódio, preocupação com a falta de estratégias para enfrentar os casos das pessoas com transtornos mentais e problemas com alcoolismo que residem nos antigos hospitais colônias de hanseníase. Ressaltou ser necessário considerar outros dados para verificar o acesso aos serviços de saúde mental. Também solicitou comentários sobre as ações do Programa voltadas à prevenção dos problemas de saúde mental. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** pontuou que a adoção do indicador principal em saúde mental (CAPS/100 mil habitantes) é um critério excludente, pois os municípios de pequeno porte enfrentam sérias dificuldades com a estruturação dos serviços. Nessa lógica, disse que é preciso pensar em equipe multiprofissional na rede. Também reiterou a necessidade de ações educativas para prevenir as doenças mentais. Conselheira **Rosângela Santos** lançou os seguintes questionamentos: como fica a questão da responsabilidade familiar em relação aos pacientes? É garantida a dispensação dos medicamentos? Estão previstas ações educativas para combater o preconceito? Conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, considerando a necessidade de ampliar o debate sobre as questões de prevenção, promoção e atenção em saúde mental e apontar diretrizes para a Política, defendeu a realização da Conferência de Saúde Mental em 2009. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra à mesa para considerações finais. A representante da Coordenação de Saúde Mental/MS, Karine, destacou que as intervenções apontavam para a necessidade de caráter transversal da Política e de garantir a integralidade do cuidado em saúde mental. Ressaltou ainda que a Coordenação vinha realizando trabalho de interface com segmentos vulneráveis. Concordou que é preciso discutir o financiamento e, na proporção de gastos, frisou que houve uma reversão do modelo. Comprometeu-se a disponibilizar aos conselheiros a publicação “Saúde mental em dados - V”. A respeito dos medicamentos, pontuou a mudança da Política com financiamento *per capita*, o que traria melhora e falou do trabalho voltado ao uso racional de medicamentos. Destacou ainda que a RENAME está em discussão, mas, de um modo geral, essa relação atende a demanda. Todavia, disse que é preciso verificar se os protocolos dos medicamentos excepcionais necessitam de revisão para reordenar as prescrições. Falou, de um modo geral, da situação do Distrito Federal e entorno, explicando que os problemas referiam-se à ausência de rede, em especial, no entorno, o que acarretava sobrecarga da rede do DF. Nesse sentido, disse que estava sendo realizado trabalho com a RIDE para fortalecer a rede do entorno. Acrescentou

que o DF conseguiu capacitar mais três CAPs em 2008. Concordou que é preciso avançar no entendimento de que a rede tem que dar conta da complexidade da situação, garantindo a integralidade do cuidado da atenção básica à alta complexidade. Em relação aos familiares, disse que se tenta trabalhar na lógica da família como parceira no tratamento, oferecendo ações de cuidado com as famílias. Também destacou a importância de realizar a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, inclusive para discutir o novo cenário. Finalizou agradecendo as considerações e colocando-se à disposição para outros debates. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** agradeceu a presença das expositoras e colocou como desafio a prevenção dos agravos em saúde mental e a promoção da saúde. Nada mais havendo a tratar, encerrou a discussão deste item. A seguir, Conselheiro **Antônio Alves de Souza** assumiu a coordenação dos trabalhos para conduzir a discussão da Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e Floresta. Convidou para compor a mesa: Conselheira **Maria do Socorro de Souza** e Jacinta Sena. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** recordou que a Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e Floresta foi apresentada ao Pleno, mas não aprovada. Por essa razão, retornou à pauta. Feita essa consideração, abriu a palavra para as expositoras. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, em nome da CONTAG, manifestou satisfação em discutir a Política no CNS. Informou, inclusive, que a CONTAG colocou a Política em discussão nos municípios onde se desenvolve o Projeto Saúde e Gênero, em parceria com o Ministério da Saúde. Para ilustrar, mostrou imagens dos eventos realizados, dentre eles: Oficina Multiplicadores de Sergipe: Pintando o SUS; Oficina com Lideranças em Sergipe - 20 anos do SUS; Oficina Multiplicadores de Sergipe; Seminário pelos 20 anos do SUS – Sergipe; Passeata pelos 20 anos do SUS e em defesa da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta no Campo; Povos do Campo e Floresta fazendo esquete de Teatro nas ruas de Maceió em defesa do SUS e da PNSIPCF. Do ponto de vista da Política, disse que a CONTAG entende que há concepções diferentes entre campo e floresta. Finalizando, disse que a expectativa é de inclusão da Política na pauta da próxima reunião da Comissão Tripartite e elaboração do plano operativo, garantindo financiamento e intersetorialidade. A representante do MS, Jacinta Sena, fez uma breve apresentação das modificações no texto na Política e informou que a essa Política será pauta da próxima reunião da Tripartite. Concluída a explanação, a mesa abriu a palavra para considerações sobre a Política e colocou em apreciação a moção sobre agrotóxicos. Conselheira **Fabiola de Aguiar Nunes**, tendo em vista as implicações do uso de agrotóxicos na saúde, defendeu que o CNS promovesse movimento com o Ministério da Agricultura de incentivo à agricultura orgânica. Disse que esse tipo de agricultura, que cresce 30% ao ano, não utiliza agrotóxicos, nem químicos, preocupa-se em rever as propriedades produtoras de alimentos no que diz respeito à poluição ambiental, conservação de matas e qualidade da água. Além disso, exige que os trabalhadores sejam registrados com carteira assinada. Por fim, ressaltou que os produtos orgânicos necessitam de selo de certificação, que implica em visita às propriedades produtoras. Conselheira **Doroty Aparecida Martos** reiterou o posicionamento contrário do FBONGS à utilização de agrotóxicos e em favor ao consumo de produtos orgânicos. Ressaltou que é necessário implementar a Política, acompanhá-la, monitorá-la e avaliá-la e registrou o apoio do FBOMS nesse sentido. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** cumprimentou a iniciativa e fez duas observações. A primeira diz respeito à fotografia mostrada durante a apresentação, da cidade e não do campo. Disse que a idéia que ficou é que se quer convencer a cidade para a política do campo. Destacou, em segundo lugar, o propósito da Política “promoção de maior equidade” para sugerir a retirada de “maior”. Também solicitou a inclusão da atenção básica nos objetivos específicos. Por fim, sugeriu explicitar nas ações da Política as Casas de Apoio à Gestante, haja vista o alto índice de mortalidade materna no campo. Conselheiro **Jorge Venâncio** manifestou apoio à minuta de moção com a retirada do antepenúltimo e do último considerando. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** avaliou a Política como positiva, contudo, sentiu falta das ações de vigilância sanitária. Nesse sentido, disse que outras áreas devem contribuir, tais como a Secretaria de Vigilância Sanitária. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** manifestou apoio à Política e defendeu a sua implementação. Também sugeriu a inclusão de odontólogos nas equipes de saúde que atenderiam as populações do campo e da floresta. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** quis saber como se dará o tratamento da saúde dos trabalhadores do campo e da floresta. Conselheiro **Raimundo Sotero** mostrou-se preocupado com as doenças crônicas, haja vista a alta incidência. Nessa lógica, perguntou se há disponibilização de material educativo. Também defendeu a agricultura orgânica, mas destacou que o problema para o consumo é o custo elevado. Conselheira **Alessandra Lunas**, primeiro, agradeceu as manifestações de apoio à

Política. Enfatizou que é preciso discutir o impacto do processo de desenvolvimento no campo e na floresta, com olhar amplo sobre o campo. Ressaltou que a Política e a integração das ações é um desafio e, nesse sentido, enfatizou a necessidade de ações conjuntas da sociedade. Disse que é preciso debater o modo de articular e pensar conjuntamente as ações e também fazer a interlocução do campo e da floresta. A respeito da moção, discordou da proposta de retirar o antepenúltimo e o penúltimo considerando. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou que é preciso avançar no debate sobre municípios rurais e a diferenciação de população do campo e floresta. Nesse sentido, destacou que o IBGE foi provocado no sentido de definir senso que considerasse essa diferenciação. Lembrou ainda que a Política aponta para a residência multiprofissional com inserção de temas que contemplem as realidades dessas populações. Avaliou que a Política apresenta vários desafios, considerando que vai além da competência do setor saúde. De todo modo, destacou como desafio da saúde a estruturação da rede pública nos municípios de pequeno porte. Finalizando, retomou a proposta de criação de Comissão Intersetorial das Populações do Campo e da Floresta, para, inclusive, fazer avançar a Política nos municípios rurais. A representantes do MS, Jacinta Sena, inicialmente, agradeceu as contribuições e informou que seriam contempladas. Informou que a vigilância está contemplada na Política, especificamente no objetivo 9 e na estratégia operacional (págs. 16 e 26). Disse que a saúde bucal estava contemplada na Política, mas, de qualquer forma, seria explicitada melhor nas estratégias 15 e 23. Por fim, comunicou que muitas das questões colocadas serão contempladas no plano operativo, que estava em construção com a participação do Grupo Terra. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sinalizou a importância de promover debate sobre transgênicos. **A seguir, colocou em votação a Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e Floresta, que foi aprovada por unanimidade.** Em seguida, colocou em apreciação a moção em que o CNS manifesta apoio ao trabalho de reavaliação toxicológica por parte da ANVISA, no exercício do seu poder-dever, e apóia a adoção das medidas cabíveis, inclusive que culminem com a proibição de agrotóxicos, caso necessário, para a preservação da saúde dos trabalhadores rurais, do meio ambiente e da população em geral. Conselheira **Doroty Martos** informou que enviou solicitação à SE/CNS para receber o texto atualizado da Política e não recebeu. Por isso, o FBOMS não contribuiu oficialmente. No mais, disse que foi encaminhada sugestão de que haja espaço na 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental para apresentação da Política. Defendeu a manutenção do antepenúltimo e penúltimo considerando, contanto que se retire do primeiro o trecho “inclusive da Comunidade Européia, Estados Unidos, entre outros”. Conselheiro **Jorge Venâncio** concordou com a sugestão. **Diante disso, a mesa colocou em votação a moção, com a nova proposta de redação do antepenúltimo considerando. Não havendo destaques, a moção foi aprovada por unanimidade.** Resolvido esse ponto, Conselheiro Antônio Alves agradeceu as demais componentes da mesa e encerrou a discussão desse ponto. Antes de encerrar para o almoço, o Presidente do CNS quis saber se podia liberar o Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde, com as devidas correções, para publicação. **O relatório recebeu a liberação do Pleno a ser encaminhado à editora para publicação.** Decidida essa questão, o Presidente encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Iniciando os trabalhos da tarde, a Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, comunicou o Pleno que a CONEP, na pessoa da sua coordenadora, recebeu convite para participar de atividade sobre clonagem humana, na UNESCO, em Paris, no mês de outubro de 2008. Todavia, para participar da atividade, o CNS precisa ter posicionamento sobre o tema. Desse modo, perguntou se o CNS pode posicionar-se antes da atividade. **Após considerações, acordou-se que o CNS responderá que tem interesse em participar da atividade, mas não poderá posicionar-se oficialmente sobre o tema, porque não tem acúmulo de debate para tanto.** A seguir, atendendo à solicitação, a Secretária-Executiva do CNS apresentou informe do processo eleitoral da Mesa Diretora e do Presidente do CNS. Lembrou que, em 15 de setembro de 2006, os conselheiros foram empossados e, no mês de outubro, foi constituída comissão que elaborou minuta da resolução nº. 364, com duas propostas sobre o atual mandato do Presidente e da Mesa Diretora. A primeira com a sugestão de mandato dos membros da Mesa Diretora, inclusive a do Presidente do CNS, permitida a reeleição desde que fixado o prazo de três anos. A segunda proposta não permitia a recondução. O Pleno aprovou a primeira proposta que permite a reeleição no prazo de três anos. Na reunião de setembro de 2007, o Presidente do CNS propôs o início do processo eleitoral porque o mandato expiraria em 8 de novembro de 2007. Entretanto, o Plenário decidiu adiar a eleição para dezembro de 2007. Destacou que o art. 10 da Resolução 364 define que mandato do Presidente e da Mesa Diretora será de um ano, permitida a

reeleição. Diante dessas definições, explicou que o atual mandato expira em 8 de novembro de 2008. Considerando o prazo de três anos, os eleitos conduzirão o CNS de dezembro de 2008 a setembro de 2009. **Após considerações, acordou-se que a SE/CNS encaminhará aos conselheiros cópia das atas das reuniões que discutiu o processo eleitoral da Mesa Diretora e Presidente do CNS.** Feito esse informe, procedeu-se ao item 6 da pauta. **ITEM 6 – CARTA DE MOBILIZAÇÃO – SUS 20 ANOS** - Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou para compor a mesa os seguintes representantes do Ministério da Saúde: Mônica Quirone; João Saraiva; e Daniele. A representante da Comissão Organizadora das Comemorações dos 20 anos do SUS, Mônica Quirone, recordou que a Carta de Mobilização – 20 anos do SUS foi apresentada na última reunião do CNS e recebeu contribuições. Disse que as sugestões foram incorporadas e, portanto, o documento voltou ao Pleno para aprovação. Feitas essas considerações, foi aberta a palavra para considerações. Nas intervenções, foram apresentadas e acordadas as seguintes sugestões ao texto: substituir no trecho “(...)”, pois estavam entregues à caridade, à filantropia (...)” a palavra “entregues” por “restritos”, porque, no texto, “entregues” possui um sentido negativo; substituir o trecho “e até à morte” por “entregues à própria sorte”; trocar a expressão “(...) rede própria estatal” por “rede pública estatal”; verificar o dado “A mortalidade entre menores de um ano caiu de 126 óbitos, em 1995, para 69 mil, em 2005”; reformular o trecho “(...) de quem se apaixonou por ele nesses 20 anos” no sentido de clarificar que o controle social é a principal sustentação do SUS; e incluir após o trecho “fortalecendo-se concomitantemente a participação social” a frase “que é a principal sustentação do SUS”. **Encaminhando, o texto da Carta de Mobilização foi aprovado com as novas sugestões.** A carta estará disponível no endereço eletrônico <http://sus20anos.saude.gov.br> com informações mais aprofundadas e as fontes dos dados citados no texto. **ITEM 7 – SUB GRUPO DE TRABALHO - SGT Nº 11 “SAÚDE/MERCOSUL”** - Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH/CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou o Coordenador Nacional da Saúde no MERCOSUL, **Carlos Felipe Almeida de Oliveira**, para apresentação. O coordenador iniciou explicando que o MERCOSUL é composto pelos seguintes países: Argentina (1991); Brasil (1991); Paraguai (1991); Uruguai (1991); Venezuela (2006); Bolívia (1996); Chile (1996); Colômbia (2004); Equador (2004); e Peru (2003). Para ilustrar, apresentou os seguintes indicadores do MERCOSUL: Média anual de crescimento populacional, expectativa de vida – o Uruguai é país com maior expectativa de vida; taxa de natalidade - o Paraguai é o país com a maior taxa de natalidade – 26,9%; índice de mortalidade infantil - o Paraguai é o país com a maior taxa de mortalidade e o Uruguai possui a menor taxa; PIB - o Brasil possui o maior PIB e o Paraguai e o Uruguai o menor; PIB Per Capita – gasto Público Nacional com Saúde em percentual no PIB – Argentina – 3,5%; Brasil – 3,4%; Paraguai – 2,3%; Uruguai – 7%; e Venezuela – 4,4%. Continuando, explicou que o MERCOSUL foi instituído em 1991, através do Acordo de Assunção o Mercado Comum do Sul, como um mecanismo capaz de integrar os países da região no seu desenvolvimento econômico e social, apesar dos desafios que se colocam. Cada vez mais dentro do processo de globalização a capacidade dos países de se associarem através de blocos de interesse amplia suas possibilidades nos processos de negociação. Detalhou a estrutura do MERCOSUL: 1) Conselho do Mercado Comum (CMC): Organismo máximo do bloco, formado pelos Ministros de Relações Exteriores e de Economia. Sua função é convocar reuniões semestrais, com a presença dos presidentes dos países, para firmar acordos; 2) Grupo Mercado Comum (GMC): Órgão executor do bloco, e como o conselho, tem poder de decisão. Foram constituídos 15 subgrupos de trabalho, que estão subordinados ao GMC, sendo um deles o de N.º 11 “Saúde”; 3) Comissão de Comércio do MERCOSUL (CCM): é um órgão encarregado de dar assistência ao Grupo do Mercado Comum. Compete a ele velar pela aplicação dos instrumentos de política comercial comum, acordados pelos Estados Parte, para o funcionamento da união aduaneira; 4) Secretaria Administrativa do MERCOSUL (SAM): Órgão ligado ao GMC, tendo como principal função servir como arquivo oficial da documentação do MERCOSUL. Está localizada permanentemente em Montevideu, na Sede do MERCOSUL; e 5) Parlamento do MERCOSUL: Representa os parlamentares dos Estados Parte, e seu objetivo é acelerar a adaptação das legislações nacionais às normas do CMC e a realização de gestão para que a legislação seja aprovada pelos Coordenadores Nacionais dos Estados Parte. Também está localizado em Montevideu. Explicou que em 1995 foi criada a Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL (RMS) com a função de propor ao Conselho de Mercado Comum (CMC) medidas para a coordenação de políticas na área de saúde no MERCOSUL. É responsável por definir planos, programas, estratégias e diretrizes regionais com vistas ao processo de integração.

1135 Acrescentou que a RMS tem competência institucional para formular, acordar e apoiar ações
1136 de promoção, prevenção, proteção e atenção à saúde que são realizadas em cada Estado
1137 Parte, com os recursos existentes nos sistemas de saúde nacionais ou através de projetos de
1138 cooperação intra ou extra bloco. Prosseguindo, apresentou um histórico institucional do
1139 MERCOSUL. Em 26 de março de 1991 foi celebrado o Tratado de Assunção (Argentina, Brasil,
1140 Paraguai e Uruguai) para a constituição de um Mercado Comum do Sul – MERCOSUL. No dia
1141 17 de dezembro de 1994 foi aprovado o Protocolo de Ouro Preto que cria a estrutura do
1142 MERCOSUL. Em 24 de julho de 1998, deu-se a aprovação do Protocolo de Ushuaia, sobre o
1143 compromisso democrático no MERCOSUL. Em 18 de fevereiro de 2002 foi aprovado o
1144 Protocolo de Olivos (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai), que institui mecanismos para a
1145 Solução de Controvérsias entre os Estados Partes do MERCOSUL. No dia 4 de julho de 2006
1146 ocorreu a adesão da Venezuela. Os quatro presidentes do MERCOSUL (Argentina, Brasil,
1147 Paraguai e Uruguai) e o da Venezuela assinaram o Protocolo de adesão plena da Venezuela
1148 ao Bloco Regional do MERCOSUL. Segundo o expositor, com a criação do SGT nº 11-
1149 “Saúde”, em 1996, a área da saúde encontrou um fórum para cumprir com o desafio de
1150 desenvolver normativas e processos de harmonização de serviços, produtos e os mecanismos
1151 de vigilância sanitária. Assim, abriu a possibilidade, através da Reunião de Ministros da Saúde,
1152 de construção de um espaço político de interesse da região e dos seus cidadãos, através de
1153 mecanismos que lhes assegurem uma melhor qualidade de saúde. Detalhou que o SGT 11 é
1154 composto por: 1) Comissão Serviços de Atenção a Saúde - Subcomissão de
1155 Desenvolvimento e Exercício Profissional; e Subcomissão de Avaliação e uso das Tecnologia
1156 em Serviços de Saúde; 2) Comissão de Produtos para a Saúde; 3) Comissão de Vigilância em
1157 Saúde - Subcomissão de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos Terminais e Pontos de
1158 Fronteira. Disse que a Coordenação Nacional da Saúde no MERCOSUL - CNSM foi criada
1159 através da Portaria nº. 3.274 do dia 24 de julho de 1998 pelo Ministro da Saúde, por decisão da
1160 Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e Estados Associados (RMS). Detalhou que a
1161 Coordenação Nacional da Saúde no MERCOSUL (CNSM) integra a Assessoria de Assuntos
1162 Internacionais de Saúde (AISA) do Gabinete do Ministro da Saúde, e tem por finalidade a
1163 coordenação dos trabalhos voltados à harmonização das legislações e das diretrizes das
1164 políticas de saúde no MERCOSUL. Detalhou a função do SGT Nº 11: coordenar as ações entre
1165 os Estados Partes, referentes à atenção a saúde; compatibilizar os sistemas de controle
1166 sanitário de reconhecimento mútuo; definir a relação da saúde com as demais instâncias do
1167 MERCOSUL; propor e definir a sistematização e difusão das informações em saúde entre os
1168 Estados Partes do MERCOSUL; promover o aperfeiçoamento e a articulação dos sistemas
1169 nacionais para a qualidade, eficiência e segurança dos produtos e serviços ofertados à
1170 população, com o objetivo de reduzir os riscos à saúde; e promover e desenvolver a atenção
1171 integral da saúde, buscando a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Destacou ainda a
1172 pauta negociadora do SGT nº. 11 “SAÚDE”: harmonizar legislações e diretrizes, promover a
1173 cooperação técnica e coordenar ações entre os Estados Partes referentes à atenção à saúde,
1174 bens, serviços, matérias primas e produtos para a saúde, exercício profissional, vigilância
1175 epidemiológica e controle sanitário, com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida
1176 das pessoas e eliminar os obstáculos injustificáveis ao comércio regional e à atenção integral e
1177 de qualidade, contribuindo desta maneira ao processo de integração. Falou também do PPTB,
1178 fortalecimento do processo de integração regional e institucionalização do MERCOSUL através
1179 da integração das políticas públicas de saúde considerando como prioridade a qualidade da
1180 atenção à saúde do cidadão e a superação das assimetrias regionais. Também enumerou os
1181 temas prioritários de Saúde no MERCOSUL, no âmbito da Reunião de Ministros da Saúde:
1182 Sistema de Informação e Comunicação em Saúde; Regulamento Sanitário Internacional;
1183 Saúde e Desenvolvimento; Controle da Dengue; Saúde Ambiental e do Trabalhador; Política de
1184 Medicamentos e Banco de Preços de Medicamentos do MERCOSUL; Gestão de Riscos e
1185 Redução de Vulnerabilidades; Doação e Transplantes; HIV-AIDS; Saúde Sexual e Reprodutiva;
1186 e Controle do Tabaco. Para fechar, apresentou as atividades prioritárias das Comissões –
1187 RMS: 1) Comissão Intergovernamentais: Controle de Dengue” – atividades prioritárias:
1188 Capacitação para desenvolvimento da EGI-MERCOSUL e Avaliação da implantação de EGI-
1189 MERCOSUL; 2) Comissão Intergovernamentais: HIV/Aids” – atividades prioritárias: Harmonizar
1190 indicadores epidemiológicos; Processo conjunto de negociação para aquisição de
1191 antiretrovirais; 3) Comissões Intergovernamentais: “Saúde Sexual e Reprodutiva” - Atividades
1192 Prioritárias: Pacto MERCOSUL para Redução de Mortalidade Materno-Infantil; Projeto de
1193 Cooperação Técnica para ODM; 4) Comissões Intergovernamentais: “Sistemas de Informação
1194 e Comunicação em Saúde” - Atividades Prioritárias: Lançamento do BVS-MERCOSUL;

1195 Lançamento do Portal MERCOSUL “SAÚDE”; 5) Comissões Intergovernamentais: Política de
1196 Medicamentos - Atividades Prioritárias: o “Uso Racional de Medicamentos” no MERCOSUL e
1197 Implantação do Banco de Preços; 6) Comissões Intergovernamentais: Doações e
1198 transplantes”- Atividades Prioritárias: Definição das capacitações prioritárias e parceiros (Grupo
1199 de Montevideu); Implantação do Registro de Doadores Vivos de Órgãos; e Implementação do
1200 Registro de Células Hematopoiéticas; Lançamento do Portal MERCOSUL “SAÚDE”; 7)
1201 Comissões Intergovernamentais: Política de Medicamentos - Atividades Prioritárias: o “Uso
1202 Racional de Medicamentos” no MERCOSUL e Implantação do Banco de Preços; 8) Comissões
1203 Intergovernamentais: “Saúde Ambiental e do Trabalhador” - Atividades Prioritárias: Definição
1204 dos indicadores de qualidade da água; 9) “Gestão de Risco e Vulnerabilidades” - Capacitação
1205 em gestão de risco e redução de vulnerabilidades; Elaborar linhas estratégicas para gestão de
1206 risco e materiais perigosos priorizando as fronteiras; e Avançar na elaboração dos Protocolos
1207 de Ajuda Humanitária, para intervenção em situações de risco; 10) Comissões
1208 Intergovernamentais: “Saúde e Desenvolvimento” - Atividades Prioritárias: Contas Públicas
1209 Nacionais; e Determinantes Sociais em saúde; 11) Comissões Intergovernamentais:
1210 “Regulamento Sanitário Internacional” - Atividades Prioritárias: Implantação do RSI; e 12)
1211 Comissões Intergovernamentais: “Controle de Tabaco” - Atividades Prioritárias: MERCOSUL
1212 como observador na Convenção das Partes – COP. Concluída a apresentação, os
1213 conselheiros fizeram considerações sobre o tema. **Como encaminhamento, houve a**
1214 **indicação de ampliar o debate sobre o MERCOSUL com outras áreas além da saúde.**
1215 Concluído esse ponto, a mesa, composta pelo Presidente do CNS e a Secretária-Executiva do
1216 CNS, retomou os itens pendentes da reunião. **1)** Nota do CNS sobre as denúncias de desvio
1217 de recursos da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. No documento, o Conselho
1218 avalia que o caso aponta para o esquema de corrupção por meio da terceirização de recursos
1219 que permitiu a evasão de recurso público. Reitera que os conselhos e conferências
1220 manifestaram-se contra o processo de terceirização e a situação do Rio de Janeiro confirma o
1221 desvirtuamento que esse processo de gestão causa aos cofres públicos e na saúde. O
1222 Conselho espera o cumprimento da lei, de forma exemplar, com a punição dos
1223 comprovadamente responsáveis e absolvição daqueles que agiram em defesa do SUS. Além
1224 disso, o CNS se dispõe a acompanhar operações que, como essa, apontem para eliminação
1225 desse processo que tem nas suas raízes o apoderamento, a privatização e ação patrimonialista
1226 no Estado brasileiro por todos os prejuízos dele decorrente no SUS particularmente. Além
1227 disso, convoca os conselhos de saúde a observarem rigorosamente todos os movimentos que
1228 apontem para continuidade, aprofundamento ou implantação dessa lesiva lógica de
1229 administração pública. **A nota foi aprovada por unanimidade. 2)** Documento sobre denúncia
1230 de fraude na fila de transplantes. **Como encaminhamento, acordou-se que será elaborada**
1231 **nota a partir de entrevistas com os conselheiros Luís Carlos Bolzan e Alceu José**
1232 **Pimentel. 3)** Indicação da Conselheira Carmen Lúcia Luiz para o IV Encontro do Ministério
1233 Público em Defesa da Saúde. **A indicação foi aprovada. 4)** Recomendação da Comissão
1234 Intersectorial de Alimentação e Nutrição que dispõe sobre a necessidade de pautar discussão
1235 no CNS sobre o controle da utilização de agrotóxicos no Brasil. **A recomendação foi**
1236 **aprovada por unanimidade. 5)** Parecer, elaborado pelo Conselheiro Luís Carlos Bolzan,
1237 contrário ao PL 3.350/07, de autoria do Deputado José Linhares, que propõe a criação do
1238 Programa Nacional de Apoio à Saúde - PRONASA. A justificativa ao parecer contrário é que o
1239 Projeto desconsidera princípios do SUS ao propor o financiamento de ações de entidades
1240 filantrópicas e a criação de fundo que será presidido pelo Ministro da Saúde e por entidades
1241 beneficiárias. **O parecer foi aprovado por unanimidade. 6)** Documento da CONEP/CNS que
1242 propõe que o CNS apóie a retirada das notas de esclarecimento dos itens relacionados com
1243 cuidados de saúde a serem disponibilizados aos voluntários e ao uso de placebo, uma vez que
1244 elas restringem os direitos dos voluntários à assistência à saúde, com manutenção de textos
1245 da versão 2000 da Declaração de Helsinque. **O documento foi aprovado por unanimidade.**
1246 Conselheiro **Alceu Pimentel** informou que a Associação Médica Mundial propôs a revisão da
1247 Declaração de Helsinque e nos dias 19, 20 e 21 será realizado o fórum de ética em pesquisa
1248 “Revisão da Declaração de Helsinque”, em São Paulo. **7)** Recomendação ao Ministério da
1249 Saúde que, durante o processo de elaboração da proposta referente à “Função Saúde” que
1250 integrará o Projeto de Lei Orçamentária de 2009, observe os seguintes aspectos: 1) Programa
1251 0016 - Gestão da Política de Saúde - Ação 2016 – Funcionamento do Conselho Nacional de
1252 Saúde: Rever os recursos do CNS, garantindo assim a realização de suas atividades, custeio e
1253 manutenção; e Criar rubrica específica para realização para eventos Nacionais e internacionais
1254 com previsão de R\$ 5 milhões; **2)** 6152 – Cartão Nacional de Saúde - R\$ 27.500 milhões; **3)**

1255 8708 – Auditoria do Sistema Único de Saúde: Manter a solicitação da unidade R\$ 18.864.240
1256 para ampliação e qualificação do sistema nacional de auditoria; 4) 8705 – Ampliação das
1257 Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social e de Educação em Saúde: Atender a
1258 proposta da Unidade, passando para R\$ 41.675.250; 5) 8721 – Implementação da Regulação,
1259 Controle e Avaliação da atenção à saúde: Ampliar a previsão para R\$ 94 milhões; 6) 1293 –
1260 Política de Assistência Farmacêutica - 20AH Apoio a estruturação dos Serviços de Assistência
1261 Farmacêutica na Rede Pública: R\$ 114 milhões condicionada à aprovação da CSS para janeiro
1262 de 2009; 7) 1444 – Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos - 8701 – Sistema
1263 Nacional de Laboratório de Saúde Pública: Incrementar os recursos destinados à estruturação
1264 dos laboratórios de saúde pública atendendo a solicitação da Unidade no valor de R\$
1265 27.535.000,00; 8) 1446 – Implementação da Política de Promoção da Saúde - 8696 –
1266 Promoção de Práticas Corporais e Atividades Físicas: Dobrar o orçamento previsto para R\$22
1267 milhões; 9) 1312 – Promoção da Capacidade Resolutiva e da Humanização na Atenção à
1268 Saúde - 8762 – Implementação de Ações e Serviços as Populações em Localidades
1269 Estratégicas e Vulneráveis de Agravos: Destacar nominalmente os recursos das diversas
1270 populações atendidas pelo SUS – População negra, LGTB, Campo e Floresta; 10) 1220 –
1271 Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada - Com base na “série histórica”,
1272 contemplando a baixa execução nos últimos dois anos (2007/2008) o CNS propõe: 1K09 –
1273 Implantação da Nova Sede do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO: R\$ 50
1274 milhões; 8759 – Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços
1275 Especializados em traumatologia ortopedia – INTO: manter o previsto para 2008 R\$ 116 milhões;
1276 20B0 – Atenção Especializada em Saúde Mental - manter a previsão orçamentária 2009 para
1277 instalação de CAPS, condicionado a total execução orçamentária de 2008, visando não gerar
1278 déficit na estruturação da rede; Destacar nominalmente os recursos para o cumprimento da
1279 Portaria nº 1168, de 15 de junho de 2004 (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença
1280 Renal); 11) 8934 – Atenção Especializada em Saúde Bucal: Manter a previsão orçamentária
1281 para 2009 condicionada a devida execução do orçamento previsto para 2008, objetivando não
1282 gerar déficit quanto a instalação de CEOs; 12) 1214 – Atenção Básica de Saúde - 20AD:
1283 Aumento no custeio das equipes de saúde da família e saúde bucal, conforme no “Mais Saúde”
1284 a partir de janeiro de 2009; 8577: Reajustar o valor do PAB Fixo para R\$ 18,00 hab/ano a partir
1285 de janeiro de 2009; 8730 Atender a proposta da Unidade destinando R\$ 144.400.000,00; 13)
1286 1289 – Vigilância e Prevenção de Riscos Decorrentes da Produção e do Consumo de Bens e
1287 Serviços - 7694 – Construção do edifício sede da Agência Nacional de Vigilância Sanitária:
1288 Atender a proposta da Unidade (R\$ 4.300.000,00) e realocar a diferença de R\$ 36.550.000,00
1289 para 1289 20AB Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para execução
1290 das ações de Vigilância Sanitária, visto a relevância da construção do PDVISA e o impacto
1291 importante, em que pese limitado do reajuste dos valores para as mesmas ações ocorridos em
1292 2008; Que haja maior agilidade na habilitação do CAPS que já receberam aprovação da equipe
1293 técnica da ATMS do Ministério da saúde, visando não prejudicar a expansão da rede, visto que
1294 até o momento, não mais que 20 unidades foram habilitadas em 2008, quando o previsto para
1295 o ano de 2008 era de 200 unidades; Promover ações intersetoriais que fortaleçam as
1296 condicionantes de promoção, prevenção e proteção à saúde; Valorizar a Política Nacional de
1297 Saúde da População do Campo e da Floresta; O CNS propõe ao Ministério da Saúde, que
1298 aprovada a CSS seja feita a revisão geral do orçamento 2009, na perspectiva da mudança do
1299 modelo de atenção priorizando ações de promoção e prevenção, dentre as quais:
1300 Fortalecimento da Atenção Básica com qualificação e ampliação da ESF/AB e Qualificação da
1301 gestão na perspectiva de profissionalização, bem como as demais acima citadas. Em síntese,
1302 a proposta representa o exercício de retirar recursos de determinadas ações para realocar em
1303 outras da mesma área. **A recomendação foi aprovada. 9) O Centro de Treinamento Berkman,**
1304 **em parceria com a Bakester, oferece o 1º Curso de Diálise para técnicos de enfermagem por**
1305 **simulação, no Rio de Janeiro. A carga horária do curso é de 20% para treinamento teórico e**
1306 **80% de treinamento com manequins simuladores, complementada por 60 horas de treinamento**
1307 **prático “opcional” com pacientes no serviço de nefrologia do Hospital de Servidores do Estado.**
1308 **Como encaminhamento, acordou-se que o plano do curso será enviado, ao CES/RJ, ao**
1309 **Conselho Federal de Medicina, à Vigilância Sanitária do Rio de Janeiro, ao Ministério**
1310 **Público, ao Conselho Federal de Enfermagem, ao MEC, e ao Departamento do Ministério**
1311 **da Saúde, com indicativo de suspensão do curso. 10) Convite para o 1º Encontro Norte-**
1312 **Nordeste de Educação em Diabetes. ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, o
1313 Presidente do CNS encerrou a 188ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os
1314 seguintes conselheiros - *Titulares:* **Alceu José Peixoto Pimentel, Alessandra da Costa**

1315 Lunas, Antônio Alves de Souza, Artur Custódio Moreira de Sousa, Carlene Borges
1316 Soares, Carmen Lucia Luiz, Ciro Mortella, Daniela Batalha Trettel, Eufrásia Santos
1317 Cadarin, Fabíola de Aguiar, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, Jurema
1318 Pinto Werneck, Luís Carlos Bolzan, Luiz Antonio de Sá, Maria Goreti de Lima, Raimundo
1319 Sotero de Menezes Filho, Ronald Ferreira dos Santos, Rosângela da Silva Santos, Ruth
1320 Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande, Valdenir Andrade França, Valdirlei
1321 Castagna. *Suplentes:* Clóvis Adalberto Bouffleur, Doroty Aparecida Martos, Fernando Luiz
1322 Eliotério, Geraldo Alves Vasconcelos Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José
1323 Ruben Ferreira de A. Bonfim, Maria do Socorro de Souza, Marinho Romário Valente,
1324 Marisa Fúria Silva, Marlene Braz e Tânia Maria Lessa Athayde Sampaio.
1325
1326
1327