



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

Aos quinze e dezesseis dias do mês de abril de dois mil e nove, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Nonagésima Sexta Reunião Ordinária do CNS. O Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os presentes e os internautas. Em seguida, apresentou a pauta da reunião para consideração do plenário. **ITEM 12 – INFORMES E INDICAÇÕES** – Primeiro, a Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, falou sobre os itens que demandam indicação de representantes do CNS: 1) XXV Congresso Nacional de Secretárias Municipais de Saúde e o VI Congresso de Saúde - O evento ocorrerá nos dias 11 a 14 de maio de 2009, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília/DF. O CONASEMS solicita: a indicação de 10 representantes do CNS para que seja feita a isenção da taxa de inscrição. *Encaminhamento:* A SE/CNS fará circular lista para que os interessados se manifestem; a indicação do nome de um Conselheiro Nacional do segmento dos Usuários para participar como expositor no curso: Controle Público Institucional e Social nos dias 11 e 12 de maio (manhã e tarde). 2) 2º Seminário Nacional de Humanização - O Programa Nacional de Humanização solicita indicação de representante do CNS para compor a Comissão Organizadora do Seminário Nacional de Humanização. *Indicação:* Conselheiro Raimundo Sotero. 3) III Plenária Estadual de Conselhos de Saúde – O Conselho Estadual de Saúde do Tocantins convida o Conselheiro José Marcos de Oliveira para proferir palestra. O evento ocorrerá no dia 29 de abril de 2009, em Tocantins - TO. A SE/CNS verificará um conselheiro para participar dessa atividade. 4) Capacitação para Agentes do Controle Social no SUS para Conselheiros e Lideranças Indígenas – O Conselho Estadual de Saúde de Rondônia em parceria com a FUNASA e o Conselho Distrital da Saúde Indígena - CONDSI- Convida o Conselheiro Valdenir Andrade França para participar do evento, que ocorrerá na cidade de Guajará Mirim-RO, nos dias 04 a 08 de maio de 2009, em Rondônia – RO. Aprovado. 5) Seminário Controle Social e Tuberculose na Região Sudeste I - A Secretaria de Vigilância em Saúde o Programa Nacional de Controle da Tuberculose/PNCT convida o conselheiro José Marcos de Oliveira para participar do painel de abertura. O evento ocorrerá nos dias 26 e 27 de maio 2009, em Belo Horizonte – MG. Aprovado. 6) Coordenadoria de Direitos Humanos e da Juventude - o Comitê Interinstitucional pela Erradicação da Hanseníase no Estado do Piauí convida o CNS para participar da Oficina de elaboração do plano estadual. O evento ocorrerá nos dias 28 e 29 de maio de 2009, em Teresina – PI. *Indicação:* Conselheiro Artur Custódio de Souza. 7) Plenária de Minas Gerais. *Indicação:* Conselheiro Paulo e Fernando Eliotério. 8) Fórum “Medicamentos, Políticas Públicas e Judicialização da Saúde” – 7 de maio. *Indicação:* um integrante da COFIN (verificar). Em seguida, submeteu à apreciação as seguintes Resoluções: a) redefinição da coordenação da Comissão de Comunicação e Informação: Conselheira Sílvia Casagrande – coordenadora; e Conselheira Maria Betânia – coordenadora adjunta. *Encaminhamento:* aprovada. b) redefinição da coordenação da Comissão de Práticas Complementares e Integrativas do SUS - CONASEMS – coordenador; e COFITO – coordenador-adjunto. *Encaminhamento:* aprovada. A seguir, apresentou moção, elaborada pela CISM/NCS, de agradecimento ao Professor Evaldo pelos trabalhos de acupuntura prestados ao país. *Encaminhamento:* a Comissão deverá apresentar subsídios à proposta, pois o Pleno não conhece o homenageado. Também apresentou as seguintes propostas da CICIS/CNS sobre os 20 anos do SUS: a) criar no site do CNS um espaço para os 20 anos do SUS a ser alimentado com materiais dos Estados e Conselheiros Nacionais; b) atualizar Do Portal do Ministério da Saúde -20 Anos do SUS; c) fazer Sessão Solene no Pleno do CNS sobre os 20 anos do SUS na Reunião Ordinária de junho de 2009, convidando personalidades que contribuíram para a construção do SUS e fazendo a entrega de certificados; e d) aprovar uma Recomendação ao Ministro da Saúde para a criação de uma medalha específica alusiva aos 20 anos do SUS. A seguir, foram apresentadas novas sugestões. **Encaminhamentos: foram aprovadas as seguintes propostas: criar no site do CNS um espaço para os 20 anos do SUS a ser alimentado com materiais dos Estados e Conselheiros Nacionais; atualizar (Do Portal do Ministério da Saúde -20 Anos do SUS; fazer Sessão Solene no Pleno do CNS sobre os 20 anos do SUS na reunião Ordinária de**

junho de 2009, convidando personalidades que contribuíram para a construção do SUS e fazendo a entrega de certificados (a Comissão deverá apresentar proposta na reunião de maio); aprovar uma Recomendação do CNS ao Ministro da Saúde para a criação de uma medalha específica alusiva aos 20 anos do SUS; verificar a possibilidade de criar sala de debates a respeito do tema (desde que sem ônus ou com parceria); tentar viabilizar audiência pública na Câmara dos Deputados para debater os 20 anos do SUS; trabalhar material dos 20 anos para disponibilizar nos eventos agendados como congresso do CONASEMS, da ABRASCO, da Rede Unida, reunião anual da SBPC, seminário com movimentos sociais promovido pela SGEF e nas caravanas em defesa do SUS; redigir recomendação para que seja criada medalha alusiva aos 20 anos do SUS – a Comissão redigirá o texto para ser submetido à apreciação do Pleno; levar esse debate às entidades que compõem o CNS; enviar ofício a entidades, recomendando a assinatura do abaixo-assinado sobre a regulamentação da EC e SUS como patrimônio social cultura imaterial da humanidade; e enviar ofício as entidades, disponibilizando os links sobre esses assuntos, para ampliar a divulgação. Além disso, considerando a deliberação do CNS de ampliar a atuação do controle social, o Pleno aprovou a proposta de enviar delegação paritária de quatro conselheiros para representar o CNS na Assembléia Geral da Organização Mundial de Saúde, em Genebra, de 22 a 26 de maio de 2009. Indicação: Conselheiro Francisco Batista Júnior. Os demais nomes deverão ser indicados com a máxima brevidade, para providências em relação ao deslocamento. Em seguida, a Secretária-Executiva do CNS registrou o recebimento de ofício do CONASS, solicitando a saída da representação dessa Entidade das seguintes comissões: Práticas Integrativas e Complementares do SUS, Saúde do Idoso e Saúde Bucal, dada impossibilidade de indicação de nomes. **Encaminhamento: aguardar a representação do CONASS para discutir.** A seguir, fez um breve informe sobre os desdobramentos acerca da denúncia da situação de saúde de Alagoas. Comunicou que a Secretaria-Executiva do CNS enviou ofício ao CES/AL e à SES, solicitando esclarecimentos sobre a denúncia. Contudo, a Secretaria não respondeu o ofício e o Conselho enviou um conjunto de documentos, que precisam de análise. Conselheira **Maria Helena Machado** registrou que o Ministério da Saúde já tomou providências no sentido de buscar entendimento sobre a situação. **Encaminhamento: discutir o tema no dia seguinte com a presença do Presidente do CES/AL.** Em seguida, Conselheira **Maria Tereza Antunes** pleiteou participação no GT sobre o Protocolo de Doença Celíaca, aprovado na última reunião. **Encaminhamento: aprovada a inclusão da Conselheira no GT.** Conselheiro **Luiz Antônio de Sá** informou que a Confederação Espírita Pan-americana (CEPA) realizará o III Fórum do Livre-Pensar Espírita, nos dias 5, 6 e 7 de junho de 2009, em Guarulhos-SP, que tem como temática central “Espiritismo, saúde mental e cidadania”. Solicitou à SE/CNS que disponibilize o material de divulgação e a ficha de inscrição. A seguir, conselheira **Eufrásia Cadorin** submeteu à apreciação do Pleno a seguinte mudança na composição da Comissão de Educação Permanente: a representação do MORHAN sai da coordenação-adjunta e assume uma vaga na titularidade; e a FIO assume a coordenação-adjunta. **Encaminhamento: a mudança foi aprovada.** Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou quais as providências que estão sendo tomadas para que o GT de Órtese e Prótese se reúna. Em resposta, a Secretária-Executiva informou que está consultando os membros para definir uma data para reunião. A seguir, Conselheira **Lucimar Batista da Costa** informou a realização do 1º Encontro de Jovens do MORHAN, de 12 a 16 de maio, em Brasília. O convite e a programação serão encaminhados posteriormente ao CNS. Conselheiro **Raimundo Sotero** solicitou à Secretaria-Executiva que divulgue os convites ao CNS, para que tome conhecimento e programe-se com antecedência. **Encaminhamento: discutir com a Equipe de Comunicação a inclusão de link no site do CNS para divulgação dos eventos.** Conselheiro **Wilen Heil** informou sobre a publicação da Portaria nº. 84, que institui a classificação dos serviços prestados pelos profissionais de saúde. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** perguntou qual o encaminhamento da Mesa Diretora a respeito da correspondência que encaminhara acerca da Portaria nº. 2.867, que alterou a forma de repasse dos recursos para atendimento, acompanhamento, reabilitação física, mental, visual e múltiplas deficiências. Disse que a Portaria acarretou decréscimo dos recursos para prestação de assistência à saúde a pessoas com deficiências. O Presidente do CNS informou que a Mesa Diretora solicitou ao Ministério da Saúde a avaliação sobre a possibilidade de prorrogação do prazo e aguarda resposta. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou a realização do Farmapolis, em Florianópolis, que congrega, entre outras, as seguintes atividades: o 1º Encontro Nacional de Farmacêuticos Conselheiros de Saúde e 4º Encontro de Farmacêuticos do SUS, Encontro de Farmacêuticos do MERCOSUL e Fórum de Regulação do Trabalho no MERCOSUL. Também solicitou a SE/CNS que disponibilize o ofício, encaminhado ao Ministro da Saúde, solicitando a homologação da Resolução do CNS sobre as fundações de direito privado. Por fim, informou a sua participação no seminário realizado pelo CONASS e pela SGEF/MS a respeito da avaliação do processo de conferências e propôs que fosse pautada apresentação do estudo, realizado pela UnB, sobre os resultados das conferências. Conselheiro **Adson França dos Santos** propôs que o CNS monitore o pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e na Amazônia Legal. As informações sobre o

pacto serão levadas à Mesa Diretora para apreciação. Por fim, Conselheira **Eufrásia Cadorin** informou a realização do Congresso da FIO, nos dias 25 e 26 de junho de 2008 e será enviado convite ao CNS.

ITEM 2 – APROVAÇÃO DAS ATAS DO CNS – 190ª, 191ª, 192ª E 193ª REUNIÕES ORDINÁRIAS –

Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, submeteu à apreciação do Pleno as atas das seguintes reuniões ordinárias do CNS: 190ª, 191ª, 192ª e 193ª. **Encaminhamento: as atas foram aprovadas, por unanimidade.** A Secretária-Executiva do CNS informou que, no período da tarde, seria feita experiência com estenotipia para produzir o texto *in verbis* da reunião.

ITEM 11 – CARAVANA EM DEFESA DO SUS – Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, fez um informe das primeiras caravanas realizadas, Maranhão e Ceará, com destaque à efetiva participação do controle social. Em seguida, A Secretária-Executiva do CNS comunicou as seguintes mudanças no calendário das caravanas: Distrito Federal - 15 de setembro; Paraíba - 1º de julho; e Belo Horizonte - 26 de outubro. Disse que o calendário das caravanas é constantemente atualizado no site. Destacou ainda que estão previstas e serão realizadas caravanas municipais como preparação para a caravana nos Estados. Ressaltou que a caravana está em destaque no site do CNS e o Web site da caravana é alimentado com material das atividades realizadas. Comunicou que nas caravanas já realizadas foram instalados computadores para colher assinatura nos fóruns em favor do SUS como patrimônio social da humanidade. Também lembrou que o CNS decidiu enviar ofícios às entidades para que incluam link dos fóruns e incentivem a adesão. Ressaltou que está confirmada a Caravana de Manaus/AM, no dia 21 de maio de 2009. Lembrou que o Presidente do CNS explanaria sobre “Avanços e desafios do SUS” e, conforme a programação, o Pleno deveria indicar um nome para o painel “SUS patrimônio social, cultural material da humanidade”. Por fim, solicitou que se manifestassem os conselheiros interessados em participar da caravana de Manaus.

Manifestações. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu que o CNS faça um comunicado explicando que o movimento estadual deve iniciar o processo de mobilização, com realização de caravanas municipais, por exemplo, sem necessariamente aguardar a presença da caravana nacional. Demonstrou preocupação com a pequena adesão aos fóruns, o que, no seu entendimento, reflete a fragilidade da mobilização, considerando que 1/3 da população brasileira tem acesso à internet. Objetivando ampliar a adesão, sugeriu monitorar o site, evitando problemas que impeçam o acesso e divulgar a importância da adesão nos blogs. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que a coleta de assinaturas no fórum da regulamentação da EC será encaminhada ao Congresso e a do SUS como patrimônio será enviada à UNESCO. Enfatizou que as entidades devem mobilizar as suas bases para adesão aos fóruns. Também informou que serão realizados seminários regionais para levar às comunidades indígenas os resultados do trabalho do GT, que trata da transferência da saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde. Em Manaus, está prevista a realização do seminário junto com a caravana, para garantir a participação de grande contingente nos eventos. Informou que, após a caravana, seria feita visita a São Gabriel da Cachoeira para verificar a situação local da saúde indígena. Dessa forma, sugeriu a indicação de um conselheiro para acompanhar a visita. Conselheiro **Valdenir França** detalhou que, em São Gabriel da Cachoeira, o Grupo visitaria uma aldeia, um Pólo-Base, a CASAI e o hospital. Também manifestou o seu interesse em participar da caravana de Manaus. Conselheira **Eufrásia Cadorin** colocou-se à disposição para participar do seminário e da visita a São Gabriel da Cachoeira. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** também manifestou interesse em participar do seminário indígena e da visita a São Gabriel da Cachoeira. Também ressaltou que é preciso envolver os coordenadores de plenária no processo de mobilização. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** sugeriu que as perguntas feitas durante as caravanas estaduais fossem compiladas para que os conselheiros tomassem conhecimento. O coordenador da Plenária Nacional de Conselhos, **José Teófilo**, informou que os conselheiros estaduais do Piauí participaram da caravana do Maranhão e foi elaborado documento sobre a importância dessa iniciativa, a ser enviado aos municípios. Conselheiro **Luiz Antônio de Sá** sugeriu criar um sistema para facilitar o acesso aos fóruns durante a realização das caravanas. Conselheira **Lílian Aliche** sugeriu que também fosse feita coleta manual de assinaturas. Conselheira **Eufrásia Cadorin** propôs que, a cada caravana, fosse elaborado relatório sucinto para disponibilizar aos conselheiros. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** propôs que fosse feito contato com as concessionárias de água e energia para incluir mensagem de incentivo à adesão aos fóruns nas faturas encaminhadas aos domicílios. Também propôs que fosse elaborada recomendação às centrais sindicais para que, nas comemorações do dia do trabalhador - 1º de maio, façam coleta de assinatura mecânica. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que é preciso imprimir um espírito popular e de massa nas caravanas com ida a locais onde o povo está, tais como assentamentos, acampamentos e favelas. Também ressaltou que a coleta de assinaturas deve ser uma das prioridades da agenda dos movimentos sociais. Conselheiro **Ubiratan Cassano Santos** enfatizou que é preciso aproveitar as atividades das entidades para coletar assinaturas.

Retorno da mesa. Sobre as questões que emergiram do debate, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, destacou que: a cada caravana, é elaborado um relatório; o Estado é contatado com a devida antecedência para organizar a infra-estrutura para realização da caravana; é

possível recomendar aos estados que priorizarem locais que facilitem a participação do público; os estados estão sendo orientados a realizar caravanas municipais como processos preparatórios para a etapa estadual, com estímulo à participação da população; é essencial a participação dos conselheiros no processo de mobilização nas bases. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** perguntou se as assinaturas são necessárias para o reconhecimento do SUS como patrimônio. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que a coleta de assinaturas não é exigência para o reconhecimento. Explicou que a UNESCO exige um dossiê, além de estratégia de gestão e de financiamento. A Secretária-Executiva do CNS propôs que fosse elaborado termo de assinatura para ser encaminhado às entidades. **ITEM 3 – CARTÃO SUS (BALANÇO E APRESENTAÇÃO DA NOVA PROPOSTA) - Coordenação:** Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. *Convidados:* **Márcia Bassit**, Secretária Executiva do Ministério da Saúde; e **Rogério Sugai**, Assessor Especial. O Presidente do CNS, inicialmente, chamou a atenção para a importância da explanação e debate desse tema, a fim de que plenário tomasse conhecimento sobre a real situação desse processo. Ressaltou que, de início, é essencial esclarecer duas questões: o percentual de adesão, por parte dos municípios, e de usuários cadastrados. Também enfatizou que o CNS aposta no Cartão SUS como instrumento para aperfeiçoamento do Sistema e correção de distorções sobre o financiamento. A seguir, fez uso da palavra a Secretária Executiva do MS, **Márcia Bassit**, que contextualizou o tema. Explicou que a proposta do Cartão Nacional de Saúde iniciou-se em 1999 e foi retomada na gestão do Ministro Temporão. Ressaltou que o Cartão é um instrumento importante, pois facilita o acesso, rapidez e qualidade no atendimento e a implementação de mecanismos de controle a respeito da utilização dos serviços de saúde do país. Chamou a atenção para os desafios do projeto, dada a sua abrangência. Ressaltou que uma das prioridades do Ministério da Saúde é a reorganização do território nacional no formato de redes de atendimento ou “teias” e, nessa lógica, o Cartão, como prontuário eletrônico, é fundamental para integração dos serviços. Dessa maneira, não se trata de um projeto isolado do contexto de organização das redes de atenção à saúde. Explicou que a nova proposta adota o conceito de prontuário eletrônico e a intenção é criar uma força de trabalho no sentido de viabilizar a implementação com base mais sólida e no menor tempo possível. Por fim, ressaltou que não é a existência física do Cartão que dá direito à população ao atendimento, entendendo que o Cartão viabilizará o sistema de informação que orientará decisões e ajudará a qualificar os serviços oferecidos. O assessor especial do Ministério da Saúde, **Rogério Sugai**, passou à apresentação, explicando inicialmente que o Cartão é uma iniciativa fundamental, porque identifica o cidadão como usuário do SUS. Diante da existência do cadastro dos estabelecimentos e dos profissionais, o desafio posto é o cadastro do cidadão e do seu domicílio. Ciente disso, ressaltou que o Ministério da Saúde iniciou, em 1999, o processo de elaboração da proposta do Cartão Nacional de Saúde. Historiou que a nova proposta vincula o Cartão ao registro eletrônico de saúde. Explicou que o processo de elaboração é dividido em quatro etapas: 1º momento – avaliação do atual modelo do Cartão Nacional de Saúde; elaboração da visão de futuro; aprovação da visão pelo MS; 2º momento - aprovação da estratégia para implementação; disponibilização do Sistema – Prontuário; 3º momento - definição dos padrões para integração; seleção dos territórios pilotos; implantação; teias – piloto; sistema completo para teias (MAC e AB); e 4º momento - disseminação teias/Cartão no Brasil. Além disso, está previsto monitoramento em todas as etapas (contratação, execução e disseminação), com o objetivo de Sistema Nacional de Informação em Saúde com base no Prontuário Eletrônico. Explicou que o diagnóstico do Modelo Atual (Iniciado em 2000) apontou os seguintes fatos: mais de 136 milhões de cadastros realizados; 90 milhões de Números Definitivos gerados pela Caixa Econômica Federal; ausência de controle da distribuição de Cartões; investimento de cerca de R\$ 400 milhões; distribuição nacional de Cartões, interrompida desde 2006; a Caixa Econômica paralisou a geração do Número Definitivo; o DATASUS continua gerando lotes de Números Provisórios; ausência de Base Nacional atualizada; cadastros fragmentados entre Municípios, Estados e União; aumento de Sistemas Próprios nos Municípios e Estados desintegrados, sem padronização, financiados pelo MS; e utilização do Cartão essencialmente para o faturamento. Esclareceu que a proposta não deu certo por conta dos seguintes fatores: ausência de benefícios perceptíveis pelos cidadãos e profissionais de saúde, exigência de alta competência de informática em municípios de pequeno porte, emissão centralizada do Cartão que não chegaram aos usuários do SUS e incapacidade de integração com Prontuário Eletrônico. Diante desse cenário, foi elaborada proposta do Novo Cartão Nacional de Saúde. Disse que a proposta buscou alinhamento com o plano estratégico – Mais Saúde – e atendimento às áreas de atuação do SUS, que são: Atenção à Saúde; Vigilância; Gestão; Financiamento da Saúde; Controle Social; Profissionais de Saúde; Disseminação de Informação; Ensino; Pesquisa e Desenvolvimento; e Complexo Produtivo. Além disso, o Novo Cartão visa contemplar os envolvidos: cidadãos, profissionais, municípios, estados, governo federal, saúde suplementar – ANS, vigilância sanitária – ANVISA e Instituições de Ensino e Pesquisa (Fiocruz, HU). Nessa visão, explicou que o novo Cartão será a chave de acesso para o Prontuário Eletrônico do SUS e a base estratégica do Sistema Nacional de Informação em Saúde. Além disso, o novo Cartão identifica o cidadão-usuário, vincula indivíduos

com suas famílias, agiliza e melhora a regulação, melhora parâmetros de financiamento, melhora todos os sistemas de Controle e Avaliação, aumenta confiabilidade do faturamento do SUS, aumenta a efetividade do Sistema de Saúde, gera indicadores mais confiáveis, agiliza o atendimento, reforça a Atenção Integral do Indivíduo, aperfeiçoa o ressarcimento junto a ANS e possibilita utilização adequada de recurso (economia de mais de um R\$ 1 bilhão/ano (Fonte FGV/Saúde)). Em síntese, disse que a intenção é responder as seguintes perguntas: Quem? Quando? Onde? O quê? Acrescentou ainda que o Cartão possibilita a integração dos estabelecimentos de saúde (TEIAS), com mudança de paradigma: cadastro do indivíduo com endereço, informações clínicas e relacionamento com o SUS (do nascimento a morte). Salientou também que o Cartão deve fortalecer o complexo regulador com vistas à qualidade e humanização do atendimento. Continuando, detalhou que o modelo proposto pressupõe a emissão do Cartão nos Estabelecimentos de Saúde e o acesso ao Prontuário Eletrônico nos diversos estabelecimentos de saúde. Além disso, o Cartão deve servir para uma Base Nacional Integrada com os Estabelecimentos de Saúde e como Elemento de Integração entre os demais Sistemas de Informação. Ressaltou, ainda, que a eficiência do sistema depende do acesso aos dados clínicos. Enfatizou que a gestão será integrada e compatibilizada, para possibilitar interoperabilidade e integração aos que possuem sistemas próprios. No que se refere à gestão integrada e compartilhada, disse que o modelo prevê número suficiente de *datacenter* para os estabelecimentos e segurança e alta disponibilidade com espelhamento entre as bases, tendo como guia a reposta rápida. Finalizando, detalhou as estratégias, que são: padronização do prontuário eletrônico integrado ao Cadastro para o SUS; implantação nacional da integração e interoperabilidade do Cartão; alteração dos sistemas estratégicos visando à integração com o Cartão (SINASC/SIS-PNI/FARMÁCIA POPULAR/SISVAN/ETC.); integração nacional do SISREG E SAMU; seleção do(s) território (s) piloto(s); e disseminação por territórios conforme sua organização. Também elencou as estratégias para seleção das TEIAS: seleção dos pilotos/critérios: alinhamento; nível de informatização; infraestrutura física dos EAS e de comunicação; existência de Complexo Regulador; cobertura do PSF, EAS – MAC e Atenção Básica; contemplar Farmácia Popular II; e pactuação com CNS/CONASS/CONASEMS. **Manifestações.** Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin**, primeiro, registrou que a sigla do Cadastro (CNS) confunde-se com a do Conselho Nacional de Saúde. Depois, fez os seguintes questionamentos sobre o tema: Quantos cartões foram entregues aos usuários? Como se dará a vinculação dos indivíduos aos seus familiares? Como fazer chegar o Cartão às populações do campo e floresta? Como alcançar os municípios com dificuldade de acesso à internet? Sugeriu que fosse incluído como base nas informações dos prontuários o número de visitas dos agentes comunitários de saúde. Por fim, manifestou preocupação com a proposta de padronização dos processos de trabalho. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** registrou que a COFIN/CNS ansiava pela discussão desse tema no CNS por conta da dificuldade de execução orçamentária desse item do orçamento. Perguntou de quem cobrar o não funcionamento da lógica do modelo anterior no qual foram aplicados R\$ 400 milhões. Também manifestou preocupação com a lógica do Cartão em trabalhar com a clínica (doença) e não com o cuidado na lógica da estruturação do Sistema. Avaliou que o termo “cartão” não expressa o instrumento e o seu objetivo, considerando que se trata de um cadastro. Cumprimentou a equipe pela ousadia dos prazos, mas manifestou preocupação sobre o seu cumprimento. Conselheiro **Alexandre Magno** defendeu que se debata o cadastro único do cidadão na lógica da seguridade social. Em relação aos sistemas de informação em saúde, disse que é preciso pautá-los e debatê-los, dada as suas fragilidades. Perguntou ainda como fica: a questão da territorialidade, das fraudes e da obrigatoriedade de apresentação do cartão para o atendimento. Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou sobre a possibilidade de utilizar as informações do cadastro único do Ministério do Desenvolvimento Social (30 milhões de pessoas cadastradas no Programa Bolsa-Família). Quis saber se o cartão será de plástico ou de papel, considerando que na época em que a proposta foi apresentada uma das dificuldades apontadas estava em contratar uma empresa para confeccionar os cartões. Também ressaltou que o cartão implica em um controle do gestor e do trabalhador no âmbito do município, o que pode dificultar o avanço da proposta. Na sua compreensão, esse é um desafio a ser enfrentado. Conselheiro **Paulo Roberto Venâncio** perguntou o que mudou no novo Cartão em relação ao anterior, considerando que os municípios têm interesse em operacionalizar esse projeto. Também manifestou preocupação com a vulnerabilidade dos dados do Cartão. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou a iniciativa, considerando que se trata de um documento de identificação pessoal, contempla a questão do ressarcimento e a responsabilização dos entes federados. Perguntou se as informações coletadas contemplam os quesitos: cor, etnia e orientação sexual. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que uma das dificuldades de operacionalização o Cartão é o desinteresse dos gestores municipais em aderir a proposta. Ressaltou que o Ministério da Saúde deve ter uma posição mais incisiva, em especial, sobre a obrigatoriedade de adesão dos municípios. Além disso, enfatizou que é necessária uma atitude mais incisiva em relação ao descumprimento da legislação do SUS no país. **Retorno da mesa.** A Secretária-Executiva do Ministério da Saúde, **Márcia Bassit**, respondeu pontualmente às questões que emergiram do debate,

esclarecendo primeiramente, que foram emitidos 130 milhões de cartões, sendo 90 milhões com números definitivos. Sobre as AIHs, disse que a obrigatoriedade de informação do número do cartão é no sentido de vinculá-lo a esse procedimento para a identificação do usuário. Contudo, não foi possível avançar em relação ao bloqueio no caso de não informação do número definitivo. A respeito da atenção básica, explicou que está sendo pensado o cadastro dos membros da família, bem como o acompanhamento das visitas domiciliares e realização do cadastro pelas equipes de Saúde da Família. A respeito da padronização dos processos de trabalho, disse que é necessário para avançar nessa proposta, embora não é uma proposta rígida. No que se refere às populações do campo e da floresta, explicou que a lógica do sistema é contemplar qualquer cidadão que for atendido no estabelecimento de saúde ou atendido por uma equipe. Disse não saber se será necessária identificação de raça, etnia ou opção sexual. A respeito dos municípios, ressaltou que está sendo pensada a possibilidade de, no projeto piloto, financiar a infra-estrutura necessária para implementação do projeto. Além disso, estão sendo feitas articulações com o Ministério do Planejamento no sentido de utilizar o Projeto InfoVia, para fazer chegar internet banda larga aos municípios. Informou que os equipamentos comprados foram utilizados nos 44 municípios pilotos, realizados em 1999, e, certamente, tornaram-se obsoletos nesse período. Disse que, nos casos suspeitos, serão realizadas auditorias para responsabilizar quem de direito. Clarificou que o Projeto contempla a questão do cuidado, considerando a preocupação com o registro na lógica da prevenção. Detalhou ainda que o Cartão é a chave de acesso ao prontuário com informações do usuário e não se trata apenas de um cadastro. Reconheceu que o Projeto é ousado e trabalhoso, o que necessita da participação de todos para garantir a implementação. Disse que a base de dados existente é essencial para por em prática o uso do Prontuário Eletrônico do SUS e do Cartão Nacional de Saúde. Ainda que seja favorável à garantia da ordem social e do sistema de seguridade social, enfatizou que é preciso avançar no sistema informação em saúde com vistas à integração com as outras áreas da seguridade social. Disse que foram pensadas estratégias para evitar fraudes e não exigir do cidadão o que não é necessário para o atendimento. Reiterou ainda que o novo Cartão seja a chave de acesso para o Prontuário Eletrônico do SUS e a emissão será descentralizada. Reconheceu que a emissão de cartões é absolutamente viável no novo Projeto (projeção de custo: R\$ 0,13 a R\$ 0,17 por unidade). Concordeu que o Cartão pode ser um instrumento indireto de controle da atuação do profissional. Disse que estão sendo discutidas a vulnerabilidade de dados e a segurança dos mesmos e, nesse sentido, comunicou que para a integração com o NIS está sendo utilizado padrão da Presidência da República. Explicou que as vantagens do novo Cartão representam um forte argumento de convencimento para a adesão dos municípios e dos estados. O assessor especial do Ministério da Saúde, **Rogério Sugai**, acrescentou que é preciso mostrar à sociedade, aos profissionais de saúde e aos gestores os benefícios da utilização desse sistema para uma assistência de qualidade. Ressaltou que o foco da nova proposta é oferecer benefícios claros e objetivos à comunidade. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu que o Ministério da Saúde adote a exigência do cumprimento da legislação como um dos principais instrumentos de convencimento dos gestores. Por outro lado, concordou com a adoção de outros instrumentos, como maior investimento aos que cumprem a legislação. Conselheira **Eline Jonas** destacou que dados sobre o gênero, etnia, raça, cor e orientação sexual são importantes para definição de políticas públicas. Por fim, a Secretária-Executiva do Ministério da Saúde, **Márcia Bassit**, agradeceu a atenção e colocou-se à disposição para esclarecimentos. Finalizando, o Presidente do CNS cumprimentou a mesa e encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. **ITEM 4 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN – Coordenação:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**. *Composição da mesa:* Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN; **Francisco Funcia**, Assessor da COFIN/CNS; e **João Carlos Pereira**, Coordenador de Acompanhamento e Avaliação/CGOF/SPO/MS. De imediato, o assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, passou à apresentação da análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde - Dezembro/2008 (fechado) revisão/Ações e Serviços Públicos de Saúde. Iniciando, explicou que a análise é feita com base nas planilhas do Ministério da Saúde, por meio da SPO, que encaminha à COFIN. Esclareceu, ainda, que os dados a serem apresentados foram revistos por conta da nova planilha do Ministério da Saúde encaminhada à Comissão. Portanto, essa apresentação substitui a disponibilizada na última reunião do CNS. Enfatizou que há inconsistências nas informações, em especial, nas relativas aos Restos a Pagar que podem ensejar uma revisão. Caso isso ocorra, disse que o Plenário será informado. Feitas essas considerações iniciais, o consultor passou à apresentação, que foi dividida em duas partes: indicadores macro-orçamentários e indicadores orçamentários específicos da execução do Ministério da Saúde. Detalhou que nos indicadores orçamentários é feita comparação entre o valor empenhado em relação à receita. Destacou que o empenhado em saúde representou 6,45% do total das receitas correntes. Em relação ao líquido (serviço ou material executado e não pago), explicou que das receitas correntes (R\$ 754.735.517) foi liquidado R\$ 48.670.153, representando 6,45% do total e que no Ministério da Saúde o empenhado, no final do ano, aparece como líquido. Por isso, é importante que o Conselho acompanhe a execução dos Restos a Pagar, que são valores empenhados e não pagos. A

seguir, falou do macro indicador que compara o empenhado com o pago. Disse que, em 2008, foi inscrito R\$ 5,69 bilhões de empenhos a pagar, com nível de pagamento de 88,3%. Portanto, 11,7% de despesas de 2008 devem ser pagas em 2009. Acrescentou que esse valor refere-se a 2008 e ainda há Restos a Pagar de anos anteriores. Nessa perspectiva, detalhou os Restos a Pagar relativo: ao Exercício de 2007 – R\$ 5,37 bilhões; e Exercício de 2008 – R\$ 5,69 bilhões, e os números mostram que houve um crescimento de parte das despesas empenhadas no ano de 2008, que não foram pagas comparativamente às despesas empenhadas no ano de 2007 que também não foram pagas. Ressaltou que a planilha de Restos a Pagar necessita de uma revisão da SPO, para que os dados possam apresentar consistência entre si. Enfatizou que os valores de Restos a Pagar acumulam-se ano a ano, portanto, além do orçamento, é preciso acompanhar sistematicamente a execução dos Restos a Pagar. Nessa linha, informou que a COFIN solicitou à SPO que encaminhe mensalmente, assim como era feito em anos anteriores, as planilhas de execução dos Restos a Pagar, que é à parte da execução orçamentária do exercício. Continuando, apresentou outra planilha com o saldo a pagar no fechamento em 31 de dezembro de 2008, e nessa data houve um cancelamento de R\$ 519 milhões e um pagamento de restos a pagar nesse ano de R\$ 3,66 bilhões. Ainda sobre os Restos a Pagar em 2008, detalhou que: saldo a pagar (2007+ex.ant.): 52%, 7% cancelado e 41% pagos. Salientou que esses dados demonstram baixo ritmo de execução dos Restos a Pagar. Aludiu que a COFIN aprofundará o debate dessa questão nas próximas reuniões para fazer avaliação desses restos a pagar, acrescentando ainda os seguintes dados: inscrição de restos a pagar referente a 2007 sobre o empenhado em 2007 - 12%; inscrição de restos a pagar referente a 2008 sobre o empenhado em 2008 - 24%. Registrou que o CNS precisa retomar a discussão sobre o significado de cancelamento de restos a pagar, considerando que essa questão já foi discutida, mas não houve encaminhamento em relação aos cancelamentos. Explicou que se trata de valores empenhados e cancelados, portanto, no empenho, considera-se uma base de cálculo por cumprimento da emenda. Porém, por conta cancelamento, os valores não são efetivamente aplicados em saúde. Sobre o empenhado em saúde, destacou crescimento de 9,61% em 2008 em relação a 2007, que correspondeu à variação nominal do PIB. Com isso, a EC nº. 29 foi cumprida no que diz respeito à aplicação. A seguir, apresentou um simulado com parâmetro de 10% das receitas correntes brutas, conforme sugerido na regulamentação da emenda, sendo: 75.473.552 (10,0%), considerando o empenhado de 48.670.190 (6,45%), com déficit de R\$ 26 bilhões. Prosseguindo, explicou que a saúde representa 5% (48,670 bilhões) do total das despesas do Governo Federal (981 bilhões) e representa 5% do total das despesas do governo federal (R\$ 981.091.390). Continuando, passou à segunda parte da apresentação referente à análise das planilhas da execução orçamentária. Nesse sentido, destacou a execução dos seguintes programas: Fundação Oswaldo Cruz – empenhado: 98,94%, pago: 68,03%; FUNASA – empenho: 89%, e pago: 29,58%. Quanto ao nível de empenhamento, detalhou: a) Quanto ao nível de empenhamento: a) Adequado para FIOCRUZ, ANVISA, GHC e FNS, pois superaram o parâmetro mínimo de 95% para o ano de 2008; b) Regular para ANSS, pois ficou entre 90% e 95%; c) Inadequado para FUNASA, pois ficou abaixo do parâmetro mínimo de 90%; d) Adequado para a categoria Pessoal Ativo, pois superou o parâmetro mínimo de 95%; e Regular para as categorias OCC e Total, pois ficaram entre 90% e 95%; e) Adequado para FIOCRUZ, ANVISA, GHC e FNS, pois superaram o parâmetro mínimo de 95% para o ano de 2008; f) Regular para ANSS, pois ficou entre 90% e 95%; g) Inadequado para FUNASA, pois ficou abaixo do parâmetro mínimo de 90%; h) Adequado para a categoria Pessoal Ativo, pois superou o parâmetro mínimo de 95%; i) Regular para as categorias OCC e Total, pois ficaram entre 90% e 95%. Quanto ao nível de pagamento, destacou: a) Adequado para Itens Globais e de Pessoal Ativo, pois ficaram acima de 90%; b) Inadequado para Fiocruz, FUNASA, GHC, ANSS e ANVISA, pois ficaram abaixo do parâmetro mínimo de 80% para o ano de 2008; c) Regular para FNS, pois ficou entre 80% e 90%; d) Regular para a categoria “OCC”, pois ficou entre 80% e 90%. A propósito do nível de empenhamento, citou os dez primeiros itens: publicidade de utilidade pública; programa de agentes comunitários de Saúde; assistência médica a servidores; adequação da planta de vacinas; assistência médica a servidores da outra unidade (Fiocruz ou FUNASA); emendas nominativas; pioneiras sociais; operações especiais; cumprimento de sentenças judiciais, Piso Assistencial Básico – PAB; e modernização das unidades de pesquisas. Quanto à importância do conjunto desses itens na execução orçamentária do MS, disse que é pequena, pois representou 19% do valor empenhado total em Ações e Serviços de Saúde. Quanto ao nível de empenhamento desses itens, destacou que foi adequado, pois todos superaram o parâmetro mínimo de 95% para o ano de 2008. Porém, para mais 33 itens, o nível de empenhamento também foi adequado, entre eles, a “Média e Alta Complexidade” (que foi o maior valor empenhado – R\$22.559.837.489 ou 46% do total). A seguir, detalhou os dez primeiros itens por valor empenhado (88% do total de empenho do Ministério da Saúde), que são: Média e alta complexidade; pessoal ativo; Programas de Agentes Comunitários de Saúde; Piso Assistencial Básico; Medicamentos Excepcionais; PAC; Vigilância em Saúde; Farmácia Básica; Vacinas e Vacinação não; e Emendas Nominativas. Explicou que esses dez representaram 88% do total de mais de setenta itens. Prosseguindo, citou os

dez últimos itens em termos de nível de empenhamento, sendo eles: Dívidas; Produção de Vacinas e Medicamentos; Emendas Nominativas; Serviços de Processamento de Dados – DATASUS; Implantação do cartão SUS; Controle de endemias erradicação do Aedes; Programa Saúde da Família; Assistência médica dos servidores; Emendas Nominativas e Sistema Nacional de Vigilância da Saúde. Esclarecer que esses dez últimos itens têm uma importância pequena em relação ao total, pois representam 3% do valor total empenhado. Acrescentou que o nível de empenhamento foi inadequado, pois todos ficaram abaixo do parâmetro mínimo de 90%. Quanto ao nível de pagamento, detalhou também os dez primeiros itens: Assistência médica a servidores; Pioneiras Sociais; Operações especiais; Sentença judicial; Piso Assistencial Básico; Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Farmácias Populares; e Pessoal. Ressaltou que itens possuem grande importância na execução orçamentária do MS. Fora dessa lista, destacou: Média e Alta Complexidade (R\$21.740.400.908, que representou 51% do valor pago total). Disse que o nível de pagamento desses itens foi adequado, pois todos superaram o parâmetro mínimo de 90%. Ressaltou que os dez primeiros itens em termos de valor representam 94% do total do valor pago em ações e serviços públicos de saúde, que são: Média e alta complexidade; Pessoal ativo; Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Piso Assistencial Básico; Medicamentos Excepcionais; Vigilância em Saúde; Farmácia Básica; Hospitais próprios; Vacinação e vacinas; e Pioneiras Sociais. Também citou os dez últimos itens em termos de nível de pagamento: Reaparelhamento das unidades do SUS; Implantação do Cartão SUS; Emendas Nominativas; PAC; Pandemia de Influenza; Serviço Civil Profissional de Saúde; Programa de Sangue Hemoderivados; e Adequação de Plantas e Vacinais. Explicou que a importância conjunta desses itens é pequena, pois representou mais ou menos 0,5% do valor total pago. Quanto ao nível de pagamento desses itens, destacou que foi inadequado, pois todos ficaram abaixo do parâmetro mínimo de 80%. A seguir, detalhou o nível de empenho por Secretaria: nível de execução adequado - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Secretaria de Atenção à Saúde; e Secretaria Executiva; e nível de empenho considerado inadequado (inferior a 90%) - Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Gestão Participativa; e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Citou ainda os principais programas de 2008 em valores absolutos, que representam três quartos do total de valores empenhados: Programa 1220 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada – dotação: R\$ 24,72 bilhões; empenho: R\$ 24,35 bilhões (98% de empenho); Programa 1214 - Atenção Básica em Saúde: dos R\$ 8, 31 bilhões foram empenhados 8,24 bilhões (99,2% de nível de empenho); e Programa 1293 - Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - dos R\$ 4,59 bilhões foram empenhados 4,37 bilhões 373 (95,1% de nível de empenhamento). Ressaltou que esses três programas totalizaram R\$ 37,83 bilhões e empenhado de R\$ 36,972 (73% do total de recursos orçamentários para os programas da saúde). Destacou ainda a dotação das emendas parlamentares foi de R\$ 2,14 bilhões, mas o empenhado foi de 1,003 bilhão. Explicou que a primeira edição das planilhas apresentadas é de 5 de fevereiro de 2009 e foi feita uma revisão em 2 de abril. Disse que provavelmente haverá outra revisão, por conta dos Restos a Pagar. **Manifestações.** Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que fosse disponibilizada a planilha completa da execução orçamentária. A respeito dos Restos a Pagar, conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** perguntou se o recurso disponível não executado é incluído no orçamento do ano seguinte. Citou, por exemplo, que foi liberado recurso para o Conselho no final de 2009, mas não foi possível utilizá-lo, por ser final do período. Assim, quis saber como resgatar esse recurso. Conselheira **Marlene Braz** destacou o slide 29 da apresentação e solicitou maiores detalhes sobre os 24% da dotação ministerial que não foram alocados em tempo hábil. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, solicitou aparte para esclarecer que a intenção é mostrar no slide 29 que os três programas possuem alto nível de empenho (75% do total de valores empenhados com ações em serviços públicos de saúde). Conselheira **Marlene Braz** também solicitou que fosse comentado o quadro de Restos a Pagar. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, no slide 27, perguntou se as três secretarias em vermelho não conseguiram utilizar nem 13% do orçamento em 2008 (considerando a média de 87% de empenhado). A respeito da implantação do cartão SUS, disse que, em 2008, já estava em elaboração uma nova proposta, contudo, foram gastos 8,59% na implantação do modelo antigo. Desse modo, perguntou quanto representa em valores esse percentual. Conselheiro **José Eri de Medeiros** cumprimentou a Comissão pelo trabalho e reiterou a necessidade de verificar a questão dos recursos inscritos em Restos a Pagar. Por outro lado, disse que é preciso analisar o fato de que o Ministério da Saúde continua investindo na lógica de priorizar a alta e média complexidade (aproximadamente 47%) em relação à atenção primária em saúde (apenas 13%). Nessa análise, disse que é preciso discutir os motivos da implementação de apenas 50% dos recursos do PROESP, que visa expandir e melhorar a atenção básica. Enfatizou que é preciso mudar o modelo que investe cada vez mais na área secundária e terciária em detrimento da área primária, sendo que a segunda possuiu uma demanda muito maior. Nesse sentido, solicitou à Comissão uma análise sobre essa questão e avaliação sobre tendência de mudança dessa pirâmide do investimento. Conselheiro **José Caetano Rodrigues** solicitou maiores esclarecimentos sobre o slide 12, no que se refere à execução orçamentária dos

serviços de saúde e a EC nº. 29. Na verdade, quis saber a diferença que existe entre a função da saúde, o valor alocado para essa função e o valor alocado para ação de serviços públicos de saúde. Conselheiro **Paulo Roberto Venâncio Carvalho**, primeiro, ressaltou que é importante clarificar o que se entende por Fundo Nacional de Saúde. Também disse que é preciso saber o investimento na estrutura pública e na estrutura privada relacionada às três esferas, deixando claro o que é privado, filantrópico e sem fins lucrativos. **Retorno da mesa.** O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, primeiro, esclareceu que a COFIN analisa os dados repassados pelo Ministério da Saúde e, diante do grande volume de informações, destaca aquelas as quais considera mais relevante. A prestação de contas específica à execução da despesa pública é competência do Ministério da Saúde por meio dos seus técnicos. Lembrou que esse formato de apresentação foi definido anteriormente pelo Plenário, contudo, está receptivo a modificá-lo caso o Pleno assim entender. A respeito das questões que emergiram do debate, esclareceu que o recurso autorizado para empenhamento, mas não empenhado até 31 de dezembro de cada ano, perde-se. Por outro lado, os Restos a Pagar são recursos já empenhados e, portanto, devem ser gastos. Se não forem pagos em um determinado ano, há o compromisso de serem pagos no ano seguinte, devendo isso ocorrer nos primeiros meses do ano seguinte. Todavia, percebe-se que há Restos a Pagar relativos ao exercício de 2007, 2006 e 2005, por isso, a Comissão solicitou um relatório detalhado dessa situação para trazer maiores informações a respeito ao Plenário. Sobre o slide 14, explicou que este identifica, em muitos casos, valores empenhados por unidades com nível de pagamento muito baixo. Ressaltou que o ideal é que o nível de pagamento corresponda ao nível de empenhamento. Disse que a COFIN solicitou a SPO que, a partir da próxima reunião da Comissão, apresente regularmente relatórios detalhados dos Restos a Pagar que serão executados. Esclareceu que esse relatório possibilitará identificar os programas, projetos e atividades que tiveram alto nível de empenhamento para execução neste ano e se estão sendo efetivamente pago ao longo de 2009. No mais, subsidiará o debate da questão do cancelamento e da compensação para fins de aplicação e cumprimento da EC nº. 29. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a análise apresentada pelo assessor da COFIN seria mais facilmente compreendida com o relatório de gestão. Desse modo, propôs que o CNS aprove resolução para que o Ministério da Saúde apresente, no mês de maio, o relatório de gestão, nos termos da lei. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, continuou explicando, em relação ao slide 27, que abaixo de 90% significa nível de empenhamento inadequado e acima de 95% nível de empenho considerado adequado. Os itens com nível abaixo de 90% têm Restos a Pagar para serem pagos em 2009, portanto, será possível visualizar essa situação no relatório de Restos a Pagar. A respeito do Cartão SUS, chamou a atenção para o nível de pagamento e de empenho que foram muito baixo, 8,99% e 50,27%, respectivamente. Em relação ao slide 12, explicou a diferença entre o valor alocado para a função saúde e o valor alocado para a ação de serviços públicos de saúde. Disse também que há determinadas despesas que são realizadas com recursos do fundo de combate à pobreza, que são considerados recursos para a área de saúde para fins de classificação da aplicação orçamentária. A propósito, lembrou que existe uma função saúde e essas despesas enquadram-se na classificação orçamentária da Portaria nº. 4.299, do Ministério da Fazenda. Essa função, explicou que a sua classificação que vale para todos os entes do governo. Além disso, União, estados e municípios adotam essa mesma classificação. Para ações e serviços públicos de saúde, a EC nº. 29 estabelece o que são gastos públicos de saúde, sendo estas definições adotadas no nível da União e que seguem por força do dispositivo constitucional. Conforme a Emenda, não entram no cômputo: despesas com inativos, despesas pagas com Fundo de Combate à Pobreza e o Bolsa-Família. Conselheiro **José Caetano Rodrigues** solicitou aparte para agradecer o esclarecimento sobre valor da função saúde e valor alocado para a ação de serviços públicos de saúde e solicitou que nas próximas planilhas seja detalhado, conforme exposto pelo assessor para evitar dúvidas. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, finalizou destacando que é preciso lutar por um orçamento da saúde condizente com a necessidade da população brasileira. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** sugeriu à COFIN/CNS que fosse elaborada uma planilha de execução, de acordo com o nível de atenção básica, atenção média e alta complexidade). Conselheiro **José Eri de Medeiros** perguntou se é possível apresentar planilha de execução por bloco de financiamento, pois esse formato facilitaria a compreensão. O **Coordenador de Acompanhamento e Avaliação/SPO, João Carlos Pereira**, informou que faria o levantamento e apresentaria resposta em outra oportunidade. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** enfatizou a importância da representação da SPO/MS nas reuniões do Conselho e da Comissão, para eventuais esclarecimentos. O Coordenador de Acompanhamento e Avaliação/SPO, **João Carlos Pereira**, informou que assumiu a coordenação da CGOE/MS e manifestou disposição de participar das reuniões da COFIN para esclarecer questões relacionadas à execução orçamentária. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** solicitou a indicação de um representante da SPO para substituir o Sr. Humberto, na COFIN e reiterou a importância da participação nas reuniões do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** propôs que as dúvidas fossem encaminhadas à técnica da COFIN/CNS, as quais seriam respondidas e trazidas na próxima reunião do CNS. Resolvido esse ponto, apresentou os

encaminhamentos do seminário de Reforma Tributária, realizado no dia anterior. Encaminhamentos: articular melhor com a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; discutir a Emenda 48 da deputada federal Rita Camata; trabalhar séries históricas dos últimos anos para estudar o aporte do orçamento para a Saúde e recomposição do mesmo; dar visibilidade ao documento produzido pelo CNS sobre orçamento; fazer uma recomendação aos conselhos estaduais e municipais para que incluam em sua pauta, preferencialmente até maio, a discussão da Reforma Tributária; elaborar uma carta dos três conselhos que acompanham o tripé da seguridade constitucional e incluir na discussão a recomposição orçamentária da saúde; agendar uma reunião com todos os conselhos de políticas e direitos para formular um documento conjunto para grande mobilização no Congresso Nacional, envolvendo as lideranças partidárias. Conselheiro **Paulo Roberto Venâncio** acrescentou às propostas do seminário a de convocar plenária extraordinária de Conselhos de Saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** acrescentou essa proposta às demais. **Encaminhamento: as propostas do seminário foram aprovadas.** Finalizando, Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** agradeceu aos participantes do seminário e àqueles que contribuíram para a sua realização. **Ciro Mortela**, apesar de reconhecer a importância do seminário, propôs que as atividades futuras de debate foquem nos pontos da Reforma Tributária que são vitais e que incomodam o CNS. Feita essa considerações, o coordenador da COFIN/CNS agradeceu e encerrou a discussão desse item. **ITEM 5 – SAÚDE INDÍGENA - SITUAÇÃO ATUAL DA ASSISTÊNCIA** - *Coordenação:* Conselheiro **Valdenir Andrade França**, Coordenador da CISI/CNS e Conselheiro **Ailson dos Santos**. *Convidados:* **Danilo Fortes**, Presidente da FUNASA; **Faustino Barbosa**, Diretor Executivo da FUNASA; e **Wanderley Guenka**, Diretor do DESAI/FUNASA. Inicialmente, Conselheiro **Valdenir Andrade França** agradeceu a presença dos convidados e informou que o tema foi pautado para discutir as reclamações acerca da atenção à saúde indígena. Explicou que, ao contrário da informação da FUNASA de continuidade das ações, as representações indígenas têm recebido várias reclamações de que isso não vem ocorrendo. O Presidente da FUNASA, **Danilo Fortes**, manifestou a sua satisfação por discutir as questões de saúde indígena com o Conselho Nacional de Saúde. Lembrou que o período é de transição, tendo em vista a decisão política, em outubro de 2008, de que a Fundação não seria mais responsável pela atenção básica à saúde dos índios. Disse que, apesar dessa decisão, a FUNASA tomou o cuidado de dar continuidade às ações, efetivando, inclusive, os compromissos e objetivos assumidos anteriormente. Ressaltou que se avançou muito no que diz respeito à atuação da FUNASA com relação à atenção básica da saúde indígena, principalmente, no que se refere à parceria com as organizações não governamentais e à contratação de prestadores de serviços nessa área. Disse que foi publicado edital de chamamento público para contratação dessas parceiras e, ao mesmo tempo, foram envidados esforços para cumprir o calendário de logística na distribuição dos equipamentos e do transporte necessário para execução do trabalho. Explicou que a intenção é demonstrar os resultados do trabalho executado pela FUNASA até a conclusão do processo de transferência das ações. Feitas essas considerações iniciais, passou a palavra ao Diretor do DESAI/FUNASA, **Wanderley Guenka**, para falar sobre a situação da saúde dos povos indígenas. Iniciou com slide que demonstra a diversidade étnica da população indígena do país. Explicou que há populações indígenas na faixa do litoral e no interior do país ainda em completo isolamento, que são chamados índios isolados ou índios autônomos. Explicou que o Brasil é o quinto país do mundo em extensão e território indígena, reconhecido e homologado, o que representa 12% do Brasil. Para ilustrar, citou: os Yanomame, que é maior território indígena, representam mais de nove milhões de hectares, com quinze mil índios; o Vale do Javari, que é o segundo em extensão, representa oito milhões e meio de hectares representando o território do tamanho de Santa Catarina. Há, nesse território, uma população de quatro mil indígenas, fora os isolados que ainda não tem o contato, mas que a FUNAI sabe da existência desse contingente. Disse que, para discutir saúde indígena, é preciso considerar a dimensão em termos de território, a dispersão dessa população, a localização e os meios de acesso a esses locais. Ressaltou que muitos dos territórios indígenas não têm estradas, muitas vezes, não é possível chegar inclusive nem com transporte fluvial, porque existem períodos de secas que inviabiliza chegar às cabeceiras. Em algumas regiões Yanomames, o atendimento é feito somente por via aérea e em alguns locais é possível fazê-lo por via fluvial. Disse que, na Serra do Surucucu, há um helicóptero disponível 24 horas para transportar equipe de saúde e socorrer indígenas quando necessário. Destacou que a Fundação investiu na compra de viaturas fracionadas (quase 500 viaturas: ambulância de pequeno porte e caminhonetes), contudo, esses veículos não suportam as más condições das estradas utilizadas para chegar aos territórios indígenas. Nesse sentido, disse que é preciso firmar parcerias com o governo na esfera municipal, estadual e federal para manutenção das estradas e pontes. Explicou que a população indígena está assim distribuída no território brasileiro: 45% na Região Norte; 20% no Centro-Oeste, 24% no Nordeste e 11% no Sul e Sudeste 11%. Também chamou a atenção para o crescimento dessa população e o aumento do número de nascidos vivos. Falou ainda da queda da taxa de mortalidade infantil de 37% de 2000 a 2007. Mostrou a pirâmide populacional, dizendo que a base larga aonde tem os nascimentos da população indígena, 36% são das aldeias. O respeito à

diversidade e à especificidade, ressaltou, é uma questão de legislação. Lembrou que a Constituição de 88 reconheceu a diversidade brasileira, especialmente, às populações indígenas. Nesse sentido, avocou a Lei Orgânica da Saúde (8080 e 8142), o Decreto 3156/99, que passa atribuição da prestação da assistência à saúde para Fundação Nacional de Saúde, e a Lei Arouca, no mesmo ano, acrescentando o dispositivo na Lei 8080, no capítulo quinto, criando o subsistema de atenção à Saúde Indígena dentro do SUS. Também fez alusão a Portaria do MS que regulamenta o fator de incentivo, que é o recurso repassado pelo Fundo Nacional de Saúde, no valor de 150 milhões, para os municípios, como incentivo à contratação de recursos humanos para atenção básica nas aldeias, e os 30 milhões que é repassado para os hospitais que têm melhor acolhimento com a população indígena. Discorreu também sobre a proposta de autonomia dos DSEIs, que consiste em uma proposta que vem sendo debatida desde 1998 e até hoje não se concretizou. Além disso, disse que: em relação aos DSEIs, indígenas vivem em 34 distritos como Altamira com dois mil e 261 indígenas, até o Mato Grosso do Sul com 62 mil e 600 índios; a estrutura para a atenção à saúde comporta as CASAs, que não é hospital, apenas referenciam os pacientes indígenas quando precisam concluir o tratamento, os pólos-base, que é uma estrutura tanto de atenção à saúde, como, muitas vezes, de acomodação da equipe de saúde que se desloca para a aldeia para fazer atendimento à localidade, ficando de 30 a 40 dias nesse espaço, as comunidades indígenas e postos de saúde nas aldeias; houve bastante investimentos em saneamento básico, tendo hoje mais de 1200 sistemas de abastecimento de água nas aldeias, representando indicadores que estão pactuados; pactuação baseada em indicadores de mortalidade infantil, imunização, controle de tuberculose, malária e programa de vigilância nutricional; a cobertura vacinal é completa, precisando oficializar o calendário para os indígenas; no caso da tuberculose, há busca ativa, casos diagnosticados, casos tratados; a malária, na região amazônica, no período de 2003 a 2007, cresceu bastante, não só na população indígena, mas em toda população da região amazônica e tem uma tendência muito grande de queda em toda população brasileira e inclusive da população indígena; o sistema de vigilância nutricional está atento, pesando e medindo crianças menores de cinco anos para prevenir e detectar precocemente a desnutrição e prevenir casos de baixo peso e paridade; debate nos seminários sobre a questão de tornar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas em unidade descentralizada ou unidade gestora; a grande dificuldade na assistência à saúde dos povos indígenas é a questão de recurso humanos, porque depende de treinar profissionais de saúde, habilitar, capacitar com entendimento da especificidade indígena e respeitando a questão cultural; parte dos profissionais que trabalham na área indígena são contratados por meio de convênios com organizações não governamentais e uma outra parcela é através do recurso do incentivo da atenção básica, que é repasse do fundo nacional para o fundo municipal, que corresponde a 150 milhões de reais, distribuídos entre os municípios que tem indígenas em seu território; há proposta para o fim da terceirização, que envolve concurso público, já acordado com o Ministério Público do Trabalho, o Ministério do Planejamento e o Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde, de tal forma que, até o ano de 2012, esses 12 mil profissionais contratados que atuam na área de saúde indígena sejam substituídos por servidores concursados, que serão assumidos pelo governo federal; a Portaria 1235/2008 foi editada com o objetivo de criar uma comissão para estudar e elaborar uma política de recursos humanos para Subsistema de Saúde Indígena no prazo de 180 dias, o que não aconteceu e se reitera a realização dessa ação; não pode ser qualquer servidor e não pode ser simplesmente um concurso público que vai definir os recursos humanos para áreas indígenas, teria, sim, que ter critérios de seleção e critérios que possa garantir que esses profissionais de saúde permaneçam dentro das áreas indígenas, caso contrário, termina o período probatório e, de acordo com a lei, o servidor pode pedir transferência para outra região, situação esta que já aconteceu no passado; é importante que seja discutido o plano de carreira; o controle social precisa ser fortalecido e respeitado na sua forma de organização, que consiste no Conselho Local, só de usuários indígenas, e o Conselho Distrital, que é paritário, composto por usuários, trabalhadores indígenas e gestores; outra forma de controle social é o Fórum de Presidentes de Conselhos, que se reúne quatro vezes por ano para avaliar as demandas da saúde indígena, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena/CISI, do CNS, que foi coordenada pela conselheira Zilda Arns e hoje pelo conselheiro Valdenir Andrade França e o Conselho Nacional de Saúde que tem duas vagas para os representantes dos povos indígenas; foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena e está prevista, para 2010, a realização da quinta; além desses espaços de controle social, a FUNASA dialoga com a Tripartite, para discussão de implementação de ações nos municípios que têm população indígena, o Ministério Público, CGU, TCU, AGU que controlam todos os recursos que são repassados para a saúde indígena. Após, mostrou as formas de deslocamento na Região Amazônica, chamando a atenção para a dificuldade de acesso às aldeias. Em determinadas situações só é possível graças ao apoio do Exército e da Marinha. Fez alusão também a situação do Vale do Javari, onde o Conselho enviou um GT para apurar o que realmente acontece em termos de assistência aos indígenas. São vinte a quinze dias de barco para se chegar a uma aldeia, mas ao contrário do que foi dito, a FUNASA presta a assistência a essas populações, porque tem

responsabilidade sanitária. Disse que, embora o momento seja de transição, não há motivo para a FUNASA deixar as populações indígenas sem assistência e assumiu compromisso público de que isso não acontecerá. Solicitou que as denúncias que chegam ao CNS fossem formalizadas por escrito para que assim possa tomar as devidas providências. Reconheceu que as dificuldades são muitas, principalmente, em termos de transporte, comunicação e informação, mas tudo que é possível fazer com os recursos disponíveis está sendo feito e com muita responsabilidade. Houve compra de viaturas, de barcos, rádio de comunicação, reforma de postos, reposição de equipamentos da atenção básica, dentre outras demandas prioritárias que foram atendidas. Enfatizou que a população indígena representa 0,3% da população brasileira e ocupa 12% do território nacional, que é de difícil acesso e depende de servidores abnegados e comprometidos com a causa. Por tudo isso, garantiu que não é tarefa fácil dar conta da saúde indígena, mas a FUNASA se esforça para desenvolver uma política de qualidade a essa população. **Manifestações: Conselheiro Ailson Santos (Yssô Truká)** lembrou que o objetivo do debate era para saber se procediam às denúncias de falta de assistência aos povos indígenas, em razão da transferência do Subsistema da FUNSA para o Ministério da Saúde. A propósito da solicitação de que se fizesse por escrito as denúncias, desafiou o Coordenador do DESAI para que fosse *in loco* verificar a situação dos indígenas que vivem no alto Rio Negro. Para lá foram disponibilizados dois motores de 25, para carregar quatrocentos litros de gasolina, seis ou mais profissionais de saúde, medicamentos, alimentação, além de ter que enfrentar cachoeiras. Assim, perguntou com resolver essa situação. Além dessa denúncia, registrou que há muitas outras, citando como exemplo o caso do Vale do Javari, onde a situação é crítica. Solicitou, inclusive, autorização do Pleno para que o indígena dessa região falasse a respeito dos fatos, o que foi concedido. **Eliésio Moruba** falou, então, da situação do Vale do Javari, explicando que o movimento político indígena local tem buscado aproximação com a FUNASA para discutir essa questão, mas sem avanços. Explicou que, em 2005, ocorreram óbitos por falta de atendimento e de estrutura de apoio aos pacientes. Disse que houve uma grande campanha no Vale, bastante divulgada na imprensa, com apoio do exército. Ressaltou que, apesar do alto investimento, a situação não foi resolvida e os problemas se continuam se repetindo, em especial, no que se refere à hepatite. Explicou que, em 2006, iniciou-se o inquérito sorológico no Vale do Javari, mas, por conta de problemas políticos na Coordenação Regional do Amazonas, o trabalho foi interrompido. Acrescentou que até o momento não há um coordenador e a população não tem a quem recorrer. Salientou ainda que o inquérito sorológico foi feito de forma errada, sem sincronia com as ações do levantamento. Explicou que os vintes pacientes selecionados para o tratamento aguardaram um ano para receber o medicamento, porque houve problema na licitação para a compra do remédio. Em decorrência, um dos pacientes faleceu e outro está em estado crítico. Denunciou que há dois meses tenta conseguir cirurgia para esse paciente. Acrescentou que outros dois pacientes também precisam de procedimentos cirúrgicos e tem buscado dialogar com a FUNASA para obter resposta para essa e outras situações que afligem a população indígena, mas não tem tido sucesso. Finalmente, disse que não recebe salário há quatro meses. Conselheiro **José Eri de Medeiros**, a princípio, considerou que a FUNASA, por melhor que seja o seu trabalho, não tem condições de atender a demanda dos povos indígenas, por entender que se trata de uma questão de Estado, mais precisamente, de segurança nacional. Na sua avaliação, é preciso uma atuação intersetorial e interministerial, envolvendo o Ministério da Defesa e o Ministério do Exército, no sentido da defesa da soberania nacional. Disse que esteve no Vale do Javari e verificou que a região está entregue às organizações internacionais. Por fim, solicitou que o relatório da visita do GT do CNS ao Vale do Javari fosse incluído no registro da reunião. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** destacou que os dados demonstram avanços, mas a população indígena denuncia que ainda há vários problemas que precisam, com urgência, serem resolvidos. Nesse sentido, ressaltou que é preciso avaliar se esses avanços atingiram os resultados desejados e quais estratégias devem ser utilizadas para atender à saúde da população indígena de forma satisfatória. Reiterou também a demora no tratamento dos pacientes após inquérito sorológico. Propôs que a FUNASA envie ao CNS um relatório com dados sobre acesso, atendimentos, mortalidade da população, número de agravos, para que o CNS, por meio da CISI, avalie a real situação e aponte encaminhamentos ao Pleno. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, primeiro, reiterou que, ao tratar dos direitos dos povos indígenas, é preciso considerar o princípio do respeito à autonomia e autodeterminação dos povos. Diante da possibilidade de ser criada a Secretaria de Saúde Indígena, disse que é preciso refletir se a atribuição e o papel da FUNASA se mantêm enquanto autarquia ligada ao setor saúde. Acrescentou que as obras na área de saneamento básico e promoção da saúde, realizadas pela FUNASA, não passam efetivamente pelo controle social. Como proposta, sugeriu que fosse feito debate mais efetivo sobre o papel da FUNASA. Conselheira **Lucimar Batista da Costa** solicitou informações sobre as ações da FUNASA no que se refere à busca de casos e tratamento da hanseníase nas comunidades indígenas. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** perguntou à direção da FUNASA qual a expectativa de ação da Fundação na área de saúde, inclusive nesse período de transição. Destacou que a transferência das ações de saúde indígena para o Ministério da Saúde resultará na diminuição de R\$ 250 milhões do

orçamento da FUNASA. Sendo assim, quis saber como seria esse processo de transferência de recursos e responsabilidades em relação a convênios, compras já efetuadas e gastos já comprometidos pela Instituição. Também quis saber se a FUNASA pode, nesse momento, colocar à disposição das comunidades indígenas uma ouvidoria específica para reclamações, inclusive sobre descontinuidade das ações. Conselheiro **Arnaldo Marcolino da Silva Filho** ressaltou que as questões dos povos indígenas são de responsabilidade de todos. Registrou sua indignação, por exemplo, com a demora no tratamento dos indígenas com hepatite, caracterizando essa situação como ataque aos direitos humanos. Enfatizou que os povos indígenas devem ser acolhidos no SUS. Conselheiro **Ciro Mortella**, primeiro, concordou que essa é uma questão de governo e de determinados órgãos, e a FUNASA e o MS têm o papel de articular as ações intersetoriais ou interministeriais para solução dos problemas. Disse que é preciso pensar em sistema diferenciado de gestão, onde as especificidades dos indígenas sejam partes de um sistema de informação e operacionalização. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** manifestou a sua inquietude com o debate, pois, segundo noticiado, já havia sido acordado a criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena. Sendo assim, disse que os interlocutores da discussão deveriam ser outros e não a FUNASA. Conselheiro **Ailson dos Santos** explicou que o GT de Saúde Indígena está construindo propostas para a autonomia dos Distritos Sanitários Indígenas, cuja intenção é transformá-los em unidades gestoras, e a possibilidade de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Apesar de já ter se reunido, ainda não apresentou diagnóstico ao Ministro da Saúde. Concordou que houve avanços, mas reiterou que os problemas continuam, porque a saúde indígena é uma questão de gestão do governo federal e não apenas da FUNASA. Considerando as dificuldades de acesso e as distâncias, principalmente, na região amazônica, lembrou que SUS não chega a muitos lugares do Brasil e é preciso definir saídas para resolver essa lacuna. Ressaltou que muitos municípios são inimigos iminentes dos índios por conta da disputa pela terra e a saúde dos povos indígenas passa pelo acesso a terra e por outras questões. Salientou que apresentaria, por escrito, situações de descontinuidade das ações. Também destacou que é preciso saber se há garantia de criação da Secretaria, considerando que depende da aprovação do Congresso Nacional. A respeito do Vale do Javari, relatou que a situação é grave, como atraso na entrega de medicamentos e falta de pessoal, mas que não é um problema exclusivo dessa região. Ressaltou que foram gastos mais de R\$ 3 milhões e não houve continuidade das ações. Enfatizou que os problemas são sérios e é responsabilidade de todos encontrarem formas para resolvê-los. **Retorno da mesa.** O Presidente da FUNASA, **Danilo Fortes**, respondeu as intervenções que surgiram no debate, explicando, inicialmente, que a FUNASA, na sua gestão, nunca se furtou ao debate. Disse que agradecia à Fundação pela oportunidade de aprendizado e de conhecimento. Nessa linha, informou que esteve no Vale do Javari cinco vezes e a última campanha de vacinação, iniciada em 2008, foi feita em parceria com o Ministro do Equador, do Peru e da Colômbia, e ocorreu na aldeia Ticuna, na beira do Vale. Disse que, ao assumir a presidência da FUNASA, trouxe à idéia de realizar exame sorológico, mesmo com as dificuldades, inclusive, de entrar nas aldeias. Ressaltou também que há situações em que o acesso às aldeias é dificultado por caciques e explicou que atualmente o carro da FUNASA fica no pólo base à disposição das aldeias para buscar e trazer indígenas na urgência e emergência. Além disso, informou que a Fundação comprou quatro vezes mais carros em relação ao ano anterior, devido à redução de custos de outras demandas na Fundação. Também registrou que a Fundação criou condições de fortalecer os presidentes dos CONDIsIs. Em relação à realização do exame sorológico, explicou que o atraso deveu-se a vários fatores alheio à vontade da FUNASA, mas agora estava buscando pareceria com o Exército e Aeronáutica. Explicou que 82% da população do Vale do Javari têm hepatite A e 14%, hepatite B. Para mudar esse quadro, é necessária ação de governo como um todo, porque a FUNASA e o Ministério da Saúde não têm condições de resolver todos os problemas dessa região. Sobre os barcos do Rio Negro, informou que, ao assumir a presidência, a FUNASA possuía quatorze barcos, cujos motores haviam sido roubados. Diante disso, abriu processo para investigar a situação. Também comunicou que esteve em São Gabriel da Cachoeira para verificar a situação local. Na região, o Exército faz-se necessário para operacionalizar as ações de saneamento básico. Explicou também que a FUNASA fez intervenção de saneamento básico em 1200 aldeias com abastecimento de água tratada e potável, com custo de manutenção da própria Instituição. Esclareceu ainda que a Comissão somente recebe recursos se alimentar o Sistema de Informação da FUNASA, com isso, foi possível atualizar os dados. Informou que, atualmente, há 154 aldeias com computadores disponíveis em uma parceria com o Ministério das Comunicações. Também falou da sua preocupação com o papel da FUNASA no futuro, destacando, por exemplo, que possui especialistas na área de saneamento. Concordou que é preciso discutir as atribuições da Fundação, inclusive, no que se refere ao saneamento, porque essa é uma ação intersetorial presente em outros ministérios como o do Meio Ambiente, da Integração e das Cidades. Enfatizou que investir em saneamento é investimento em saúde e chamou a atenção para a importância de água tratada na torneira das casas. Contudo, disse que, no Brasil, apenas 56% da população urbana tem acesso a saneamento. Nas grandes cidades, o índice é de 82%. O único Estado com 92% das cidades

saneadas é São Paulo. Também destacou que a questão de orçamento e de pessoal da FUNASA é gritante. Disse que há 32 mil guardas de endemia que não prestam serviço para a FUNASA, porque estão à disposição. Ao mesmo tempo, é necessário pessoal para atuar na atenção básica da saúde dos indígenas e na área de saneamento. Explicou que, dos quatrocentos engenheiros solicitados, por conta do PAC, a FUNASA dispõe de 172 e há perspectiva de receber mais profissionais para fazer saneamento básico. Entretanto, lembrou que, além desses profissionais, é preciso mais técnicos, mais acompanhamento e custeio do processo. Comunicou ainda que a FUNASA modificou os critérios da política em relação às Organizações não Governamentais. O processo é feito por um convênio com metas e objetivos a serem alcançados e o pagamento é feito somente se a situação estiver regularizada. O Diretor do DESAI/FUNASA, **Wanderley Guenka**, respondeu as perguntas originadas do debate a respeito da saúde indígena, esclarecendo que: há poucos casos de hanseníase nas comunidades indígenas, mas a FUNASA está reforçando a vigilância e fazendo busca ativa de casos; a FUNASA enviou recurso à coordenação regional para aquisição de motor do barco, mas o chefe de distrito sanitário solicitou o cancelamento do pedido, porque desejaria que fosse de determinada marca, o que não pode ser feito; o convênio possui regras para prestação de contas e essas devem ser seguidas para que seja feito o pagamento; o chamamento público das organizações não-governamentais é através de edital público; em relação ao Vale do Javari, há poucos médicos que se dispõem a ir ao local tratar de pacientes com hepatite B e a FUNASA conta com a ajuda da guarnição de Tabatinga e estudos recomendam o tratamento da doença de forma adequada e respeitando a cultura indígena; é preciso conhecer a região e verificar inclusive os determinantes sociais de saúde que interferem na questão indígena; é necessário defender a soberania nacional e proibir a entrada de organizações estrangeiras, que influenciam na especificidade dos hábitos indígenas; é necessário reconhecer que houve avanços, principalmente no que se refere ao fortalecimento do controle social e socialização da informação; é fundamental garantir a estrutura de retaguarda para o subsistema de saúde indígena. O Presidente da FUNASA, **Danilo Fortes**, retomou a palavra para reafirmar que a FUNASA, na sua gestão, não se furtará de assumir responsabilidade que a lei determina, principalmente, no que se refere a não permitir a descontinuidade das ações de saúde para as populações indígenas. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** reiterou a proposta de realizar um seminário nacional para discutir as atribuições da FUNASA e rediscutir a Política Nacional de Saneamento Básico e melhoria habitacional, com ampla participação do movimento sindical, quilombolas, populações tradicionais. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu a participação da FUNASA no processo de organização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Conselheiro **Ailson dos Santos** ressaltou que a população indígena não pode ser penalizada com a falta de assistência por conta da não prestação de contas de ONGs. Depois disso, foi encerrado esse item por conta do tempo.

ITEM 6 – TERCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL - Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**. Convidados: Deputada Distrital **Erika Kokay**, Câmara Legislativa do Distrito Federal; **Cátia Gisele Martins Vegara**, Ministério Público; **Augusto Carvalho**, Secretário de Saúde do Distrito Federal. Primeiro, o Presidente do CNS anunciou a presença da representação dos Conselhos de Saúde de Taguatinga, Gama, Planaltina, Sobradinho, Cruzeiro e Santa Maria. Em seguida, contextualizou que o Conselho Nacional de Saúde recebeu denúncias sobre dificuldades do sistema de saúde do Distrito Federal nos três níveis de atendimento e, como demanda mais imediata, tomou conhecimento do processo de terceirização da administração do hospital de Santa Maria. Diante disso, o CNS decidiu pautar o debate a respeito da saúde do DF, com foco na terceirização do hospital de Santa Maria. Assim, sugeriu ao Secretário de Saúde que fizesse uma explanação sobre as razões que levaram à Secretaria de Saúde do Distrito Federal a optar por esse processo de terceirização e, a partir dessa apresentação, os demais convidados se manifestariam. **Augusto Carvalho**, Secretário de Saúde do DF, iniciou a sua fala cumprimentando a mesa, os conselheiros nacionais e as representações dos conselhos de saúde do DF. Lamentou o atraso de uma hora para o início do debate e comunicou que poderia permanecer até às 18h45 por conta de compromissos agendados. Iniciou a sua explanação manifestando satisfação por ter sido deputado constituinte e, junto com Sérgio Arouca e o deputado Eduardo Jorge, ter trabalhado na construção do Sistema Único de Saúde. Disse que é um grande desafio, no seu quarto de mandato de Deputado Federal e um de Deputado Distrital, enfrentar os problemas da saúde pública no DF, que não são diferentes dos enfrentados pelos secretários de saúde no país. Ressaltou que, no seu caso, não conta com a compreensão tão excessiva como em governos anteriores e recebe críticas do Ministério Público, de parlamentares e da imprensa. Ressaltou que, no dever de informar, a imprensa presta um serviço relevante à sociedade, mas, em muitos casos, as realizações são desconsideradas em detrimento da tragédia cotidiana da falta de profissionais, do não atendimento, das filas de nas unidades de saúde. Disse que esse é um drama que ocorre em todo o país, seja qual o Governo for. Destacou, por exemplo, a crise no Rio de Janeiro e no Pará, como as mais recentes. Enfatizou que é preciso reconhecer a necessidade de melhoria da saúde pública no Distrito Federal e no Brasil. Explicou que é com muita satisfação que atende ao convite do CNS para tratar da proposta de

gerência do hospital de Santa Maria através da Real Sociedade Espanhola, uma Organização Social sem fins lucrativos. Colocou a convicção de que esse é o caminho correto, pois se busca expandir a rede física que estava praticamente estagnada em absoluta desproporção ao crescimento da população (população do Distrito Federal acrescida de mais um milhão de habitantes do entorno). Disse que até aquele momento foram inaugurados quatro centros de saúde em áreas carentes como Arapoanga e Itapuã, que são cidades nascidas de políticas de atração de pessoas, através da distribuição de lotes, sem qualquer infra-estrutura. Avaliou que a experiência de administração por organização social tem apresentado resultados positivos e, para ilustrar, citou o caso o Rio de Janeiro que, ao implementar esse modelo, obteve excelentes resultados à atenção imediata, em especial à emergência. Informou que está finalizando o processo de instalação de cinco UPAS nas áreas carentes do Distrito Federal e aguarda a instalação das quatro unidades de pronto atendimento nas cidades do entorno de Brasília (Santa Maria, Águas Lindas, Valparaíso, Novo Gama e Planaltina de Goiás). Além disso, o Ministério da Saúde comunicou a instalação de mais doze Unidades, contribuindo para a expansão da rede pública. Simultaneamente a esse processo, o governo está reequipando as instalações e as unidades com instalação de seis tomógrafos e aparelhos de raio-x. Detalhou que o governo do DF, em parceria com o Ministério da Saúde está investindo cerca de R\$ 50 milhões em equipamentos, sendo mais de R\$ 23 milhões para equipar o hospital de Santa Maria. Além disso, o Programa Saúde da Família, que foi desmontado criminosamente em governos anteriores, está sendo recuperado. A meta, segundo o Secretário, é chegar a 170 equipes do Programa Saúde da Família para fazer o atendimento básico. Explicou também que foi feita a contratação de pessoal como nunca fora feito antes. Desde que assumiu a Secretaria, no final de agosto de 2008, foram convocados 2400 profissionais entre médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, odontólogos, tudo para melhorar a qualidade do atendimento. Lamentou, contudo, que 900 profissionais optaram por não tomarem posse, e que, dos 80 médicos nomeados do Programa Saúde da Família e treinados, um mês depois, 62 pediram a exoneração. Dos cinquenta profissionais anestesistas, apenas quatro compareceram e dois imediatamente pediram a exoneração. Atualmente, apenas um profissional trabalha na rede. Ressaltou que essas questões impedem a implementação das políticas na velocidade que se deseja. Feitas essas considerações gerais, passou a tratar do hospital de Santa Maria. Explicou que, ao assumir a Secretaria de Saúde, o processo de contratação de uma organização social para gerir o hospital já estava em andamento, e deu continuidade entendendo que ajudava, inclusive, a ter parâmetros para avaliação da qualidade de atendimento. Como a experiência tem sido positiva em outros estados, especialmente, em São Paulo, considerou que seria acolhida tanto pela gestão quanto pelo controle social. Explicou que no Estado de São Paulo há 25 hospitais públicos administrados por organizações sociais sem fins lucrativos de acordo com a legislação que prevê a possibilidade de participação da iniciativa privada em caráter complementar ao SUS. Inclusive, salientou que essa iniciativa não é novidade no DF, pois já foi adotada em governos anteriores em relação às UTIs. A propósito dessa questão, mencionou o projeto de recuperação de 59 leitos de UTI ociosos no hospital de Brazlândia e de Ceilândia, no Hospital de Base, entre outros hospitais da rede. Destacou que, atualmente, o governo é obrigado a repassar à rede privada o atendimento em leitos de UTI, porque a rede não suporta principalmente em razão da pressão de demanda vinda do entorno do Distrito Federal e das regiões mais remotas do país. Destacou que, considerando a necessidade de mudança na gestão e de modelos que sirvam de parâmetros para melhorar a qualidade da gestão nas unidades hospitalares e dando sequência à decisão do governador Arruda de implementar no DF um modelo de administração por entidades sem fins lucrativos, a Secretaria de Saúde está determinada a abrir o hospital de Santa Maria, no dia 23 de abril, sob a administração da Real Sociedade Espanhola. Explicou que a Real Sociedade Espanhola possui experiência na Bahia e, nos termos do contrato de gestão com a Secretaria, será avaliada conforme as metas definidas, sob pena de ser substituída. Ressaltou que não se trata de um processo de privatização da saúde pública no Distrito Federal, tendo em vista que estão assegurados os princípios fundamentais do SUS - acesso universal e gratuito aos que buscarem o hospital de Santa Maria. Por conta da demora do processo, a Câmara Legislativa mudou de posição, que decidindo sobre o processo deu ao governo de Brasília poderes até para acelerar essa decisão, poderes para contratar a organização social que o Governo melhor entendesse que atenderia a seus objetivos. E assim foi feita a análise das instituições e, credenciada a Real Sociedade Espanhola. Enfatizou que esse tema não deveria ser motivo de luta política entre partidos e militantes da área de saúde. Reconheceu a importância desses militantes e do papel dos Conselhos de Saúde, mas disse que não se trata de uma disputa de modelo de gestão, porque há experiências no país de organizações sociais sem fins lucrativos convidadas a somar-se ao esforço do estado de prover saúde pública de qualidade à população. Em razão desses argumentos, disse que o Governo Arruda, com o apoio da Secretaria de Saúde, tomou a decisão de trazer uma referência complementar diferente da tradicional. Enfatizou que é dever do gestor garantir o acesso do cidadão à saúde pública de qualidade, podendo ser no modelo tradicional e no modelo de gestão por entidades sem fins lucrativos. Por oportuno, falou que o Governador da Bahia, Jacques Wagner, abriu edital para

contratação de organização social sem fins lucrativos para doze hospitais, no sentido de somar ao esforço do governo da Bahia em promover saúde pública de qualidade para a população. Finalizando, agradeceu a oportunidade de externar a posição do governo do Distrito Federal. Disse que o governo do Distrito Federal abrirá o hospital de Santa Maria, no dia 23 de abril de 2009 e dispôs-se a daqui a alguns meses fazer uma avaliação da atuação do hospital de Santa Maria, principalmente, no que diz respeito à satisfação dos usuários. A seguir, a representante do Ministério Público do Distrito Federal, **Cátia Gisele Martins Vegara**, manifestou-se sobre o tema. Primeiro, cumprimentou a todos na pessoa do Conselheiro da Regional de Sobradinho, Aécio. Diante da fala do Secretário de Saúde, estranhou que, oriundo do parlamento que faz as leis e oriundo de lutas sociais, insista no descumprimento do ordenamento jurídico do país. Fez questão de clarificar, em primeiro lugar, que o Ministério Público não tem um discurso ideológico, posto que suas ações estejam, absolutamente, pautadas no ordenamento jurídico. Enfatizou que a obrigação do Ministério Público é fiscalizar o ordenamento jurídico e, nesse sentido o MP do Distrito Federal vem trabalhando, desde há algum tempo, contrário ao processo de terceirização da saúde no DF. Mais ainda, o Ministério Público do Distrito Federal e o Tribunal de Contas do Distrito Federal vêm atuando juntos no combate à desconstrução do Sistema Único de Saúde, que, acima de tudo, é uma política social de estado e não de governo. Enfatizou que a terceirização não pode ser feita da forma como está sendo feita no Distrito Federal, não somente em relação ao Hospital Regional de Santa Maria, mas em outros serviços de saúde, como os leitos de UTI contratados da rede privada. Para que não haja entendimento equivocado, chamou a atenção para o que a CF/88 prevê: a participação da iniciativa privada no SUS pode ocorrer desde que de forma complementar. Sendo assim, o poder público tem o direito de recorrer à iniciativa particular somente para complementar as ações pública de saúde, e a legislação da saúde segue essa mesma linha, como a Lei Orgânica da Saúde, que, inclusive, estabelece os critérios para a participação complementar: quando a capacidade estalada da rede não comportar mais atendimento; e quando não houver capacidade estalada para áreas específicas de atendimento. O caso do Hospital Santa Maria não se enquadra em nenhuma dessas situações que a lei permite. Ademais, foram gastos na construção R\$ 108 milhões dos cofres públicos, destacando que não se pode falar em falta de capacidade. Além do dispositivo sobre o caráter complementar, explicou que há outros que vem sendo desrespeitados, sendo um deles a questão do concurso público. Informou que no Distrito Federal são contratados profissionais de saúde sem concurso público. Disse que o governador do Distrito Federal conseguiu a aprovação de uma emenda à Lei Orgânica do Distrito Federal que possibilitou a extensão da qualidade dos agentes comunitários de saúde aos demais integrantes das equipes do Programa Saúde da Família. Ressaltou que muitos dos profissionais a que o Secretário de Saúde fez referência foram contratados sem concurso público e não são agentes comunitários de saúde. Portanto, nas equipes de atenção básica à saúde, há vários profissionais não aprovados em concurso público, inclusive, alguns deles reprovados no concurso público realizado pela Secretaria de Saúde do DF. Disse que a Emenda 51 está sendo questionada no Tribunal de Justiça do Distrito Federal quanto à sua inconstitucionalidade. Reconheceu que os problemas de saúde do DF agravam-se ao longo dos anos por conta de más gestões. Em relação ao Hospital Regional de Santa Maria, além da inconstitucionalidade e ilegalidades, lembrou que o CNS deliberou, em 2005, contra a terceirização dos serviços públicos de saúde. Ressaltou que, apesar de vários diálogos, em janeiro de 2009, foi então firmado contrato entre o Distrito Federal e a Organização Social chamada Real Espanhola. Explicou que esse contrato foi feito com dispensa de licitação, caracterizando uma afronta ao princípio da isonomia, que é base da licitação pública. Estranhou ainda que o governador do Estado da Bahia tenha contratado a Sociedade Real Espanhola para gerir hospital público, pois a auditoria realizada pela Corregedoria Geral da União a respeito da gestão de Unidades Básicas de Saúde no município de Salvador detectou inúmeras irregularidades, como impropriedade na terceirização, má aplicação dos recursos e na administração de serviços públicos, superfaturamento e ausência de licitação e falta de prestação de contas. Disse que esses fatos estão sendo apurados e apontados pelo Ministério Público em várias ações. Destacou que essa entidade, envolvida em inúmeras irregularidades da atenção básica à saúde no município de Salvador, foi escolhida pelo Distrito Federal para gerir uma unidade hospitalar. Ressaltou que o Ministério Público não é contra o funcionamento do Hospital de Santa Maria, mas entende que esse funcionamento deve ocorrer de acordo com as normas legais. Reconheceu que são grandes as mazelas, mas não justifica que, no Distrito Federal, cujo recurso aportado gera em torno de R\$ 3 bilhões considerando o Fundo Constitucional de Saúde, e mesmo assim saúde seja tão precária. Além disso, não justifica que o governo não consiga gerir de forma adequada uma unidade hospitalar, sendo necessário entregá-la à iniciativa privada. Finalizando, disse que, diante da impossibilidade de reverter a situação do Hospital de Santa Maria no campo extra judicial, o Ministério Público propôs uma ação civil pública, solicitando a nulidade do contrato de gestão firmado entre o Distrito Federal e a Organização Real Espanhola. Em seguida, fez uso da palavra a Deputada Distrital **Erika Kokay**, da Câmara Legislativa do Distrito Federal. Primeiro, saudou os presentes e manifestou preocupação com o debate travado. Explicou que o Distrito Federal possui o

maior orçamento *per capita* do Brasil, mas a saúde no DF é um caos. Justificou essa afirmação com as seguintes informações: conforme os dados do Ministério da Saúde de fevereiro de 2009, o DF ocupa o último lugar no *ranking* nacional em relação à atenção à saúde bucal e à atenção de saúde da família e o penúltimo lugar em números de CAPS de atenção à saúde mental; dos seis Centros de Especialidades Odontológicas do Distrito Federal, um foi descredenciado recentemente; os recursos do SUS destinados ao combate a DST/AIDS, quando são utilizados, não são para as finalidades que são precípuas nos próprios recursos do plano; as unidades de saúde passaram três ou quatro meses sem poder registrar o número de procedimentos para todo o ressarcimento do SUS; a ausência de atenção primária no DF. Ressaltou que o SUS, conforme definido na CF/88, é o maior sistema de inclusão social do país. Mas, no caso do Distrito Federal, a Constituição está sendo descumprida com a terceirização do Hospital Santa Maria, dentre outros aspectos. Explicou que, na condição de parlamentar, encaminhou requerimento à Secretaria de Saúde solicitando que fosse disponibilizado o processo de contratação da Real Sociedade Espanhola. Em resposta, disse que recebeu uma justificativa da assessoria jurídica da Secretaria de Saúde sobre a contratação. O documento diz que a região abrange 650 mil habitantes, mas não possuía hospital. Diante dessa necessidade, a Secretaria justifica que contratou, em caráter complementar uma Organização Social, na opinião da deputada, não é filantrópica, vez que é responsável por um dos maiores hospitais de Salvador que atende alta complexidade. Lembrou que a gestão é pública e, quando esgotadas as possibilidades do Estado, pode-se contratar a iniciativa privada. Contudo, no caso do Hospital de Santa Maria, não se trata de contratação em caráter complementar. Explicou que o hospital foi construído e equipado com recurso público, cerca de R\$ 130 milhões a R\$ 150 milhões. Questionou, inclusive, a afirmação de que o Ministério Público impede a abertura do hospital, que inclusive foi inaugurado em abril de 2008. Perguntou o real motivo do não funcionamento do hospital, posto que estivesse pronto, equipado e há cinco mil profissionais da área de saúde concursados e habilitados para assumir. A deputada disse que o hospital não está funcionando, porque a intenção é estabelecer um processo de terceirização. Contestou ainda a contratação da Sociedade Real Espanhola sem licitação e mesmo a instituição estando em profundas dificuldades financeiras e sendo alvo de investigação da CGU. Explicou ainda que o Conselho de Saúde do DF foi chamado para discutir um edital de licitação e o aprovou. Contudo, não foi chamado para discutir a contratação direta da Real Sociedade Espanhola. A análise para o processo de contratação durou doze dias e a Procuradoria Geral do Distrito Federal posicionou-se *a posteriori*. Registrou para reflexão os seguintes questionamentos: Por que foi escolhida a Real Sociedade Espanhola? É correto afirmar que a iniciativa privada possuía a excelência de qualidade? Explicou, ainda, que, mesmo com o hospital fechado, no dia 23 de março de 2008 foi feito o repasse de R\$ 4,95 milhões à Sociedade Real Espanhola para gerir a unidade e que, à época, o Secretário de Saúde exercia o mandato de deputado distrital, quando foi realizada uma CPI da Saúde que apurou gasto de R\$ 3,7 milhões com UTI privadas. Em 2008, o gasto com UTIs de hospitais privados R\$ 71 milhões, quase 60% do mesmo grupo hospitalar. Ressaltou que o Tribunal de Contas da União aponta que, em determinados casos, até foi pago 27 vezes a mais da tabela SUS por um leito de UTI. Disse que recebeu a informação de dezenas de leitos de UTIs públicos ociosos por falta de profissionais e de pequenos reparos, que poderiam ser feitos com a alta diária paga à iniciativa privada. Relatou também que, recentemente, o Governo anunciou a realização de um mutirão de cirurgias eletivas para desafogar a demanda reprimida de quinze mil cirurgias eletivas. Para esse processo, foi contratada a iniciativa privada sem licitação. Diante das questões levantadas, disse ao Secretário de Saúde que é necessário investigar a relação entre o público e privado. Por isso, justificou que a CGU e o DENASUS foram acionados no sentido de realizar força tarefa para investigar essa questão. Falou também da situação do Conselho de Saúde do DF, que possui apenas dez integrantes, quando a população é de 2,7 milhões de habitantes. Além disso, destacou que essa composição não atende ao princípio da paridade. Comentou também a denúncia do Conselho de Saúde do Sobradinho que a capacidade de subestação de energia está esgotada há anos, com laudos indicando a possibilidade de um colapso e de um incêndio naquela unidade hospitalar. Além dessa situação, disse que no Distrito Federal os recursos do Governo Federal não são utilizados há falta de pessoal (a contratação de concursados efetuada foi insuficiente para atender a demanda de um quadro defasado). Comunicou também que há alguns dias, a vigilância sanitária interditou a lavanderia do Hospital de Base por aproximadamente treze horas. Segundo lhe informaram, os aparelhos, que estão obsoletos, não serão renovados porque a intenção é terceirizar os serviços. Chamou a atenção para a precarização da atenção primária à saúde e para a falta de avanços na definição de equipes do PSF. Segundo a deputada, dados de uma pesquisa da Universidade de Brasília e da Universidade de Minas Gerais mostram que 85% da demanda da atenção secundária são provenientes da atenção primária que chega à rede. Com a sobrecarga da atenção secundária, a demanda migra para a atenção terciária. Manifestou ainda a sua estranheza com a resposta ao requerimento de informações de que ainda não há metas quantitativas estabelecidas com a Real Sociedade Espanhola, e nem metas qualitativas, que serão discutidas a posteriori com a própria Real Sociedade Espanhola. Finalizando, defendeu o fortalecimento do

Conselho de Saúde do Distrito Federal para que atue nos termos da legislação da saúde. Além disso, salientou que o CNS precisa reagir contra o processo ativo de terceirização que ocorre no Distrito Federal. Feitas as falas da mesa, houve uma interrupção nos trabalhos para que o Secretário de Saúde do DF e o Presidente do CNS concedessem entrevista, ao vivo, para um jornal local de TV. Retomando os trabalhos, o Presidente do CNS comunicou que, conforme informado, o Secretário de Saúde do CNS não pôde permanecer na reunião e que o Secretário-Adjunto, Fernando Antunes o representaria. A seguir, o Presidente do CNS retirou-se para participar da audiência com o Ministro do Supremo Tribunal Federal, Carlos Britto, para tratar da questão das fundações de direito privado. Foi recomendado ao Presidente do Conselho que, na audiência tratasse também da questão das organizações sociais. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** assumiu a coordenação dos trabalhos e abriu a palavra aos inscritos. Conselheiro **Alexandre Magno Lins Soares** disse que, há um ano atrás, foi aprovada a Fundação Estatal de Direito Privado, no Estado de Pernambuco, que leva o nome de Josué de Castro. Na constituição do Conselho Curador está previsto um diretor executivo, quatro membros indicados pelo Secretário Estadual, dentre pessoas com experiência na área de gestão hospitalar, orçamentária ou administrativa e financeira e um membro indicado pelo Conselho Estadual de Saúde, dentre os usuários. Só nessa questão, de acordo com o conselheiro, já não atende o princípio da paridade, muito menos o que diz o artigo 164, da Constituição Estadual “as instituições privadas poderão participar de forma complementar, no Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas, sem fins lucrativos.” Lembrou, ainda, o referente ao Parágrafo Primeiro da Lei Maior do Estado que registra “A decisão sobre a contratação de serviços privados cabe ao Conselho Municipal de Saúde, quando o serviço for de abrangência municipal, e ao Conselho Estadual de Saúde, quando for de abrangência estadual”. Ademais, contemplou em sua fala os seguintes aspectos: a decisão não foi submetida ao Conselho; foi impetrada uma ADIN, que está parada na sala do Procurador de Justiça, que é escolhido pelo Governador; há uma ditadura jurídica e não se sabe que remédio se pode utilizar em uma situação como essa. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** propôs que houvesse o maior número de manifestações possíveis dos conselheiros, haja vista que o assunto é de grande importância. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** lamentou que o Secretário de Saúde tivesse saído e não retornado. Mesmo assim, registrou que, enquanto representante dos usuários, estava ali para defender o SUS. Pelo que observou o Secretário de Saúde do DF não acredita no serviço público e, por isso, investe na iniciativa privada. O exemplo do DF, de São Paulo e da Bahia demonstra que os políticos eleitos não cumprem o que preceitua o artigo 196 da Constituição Federal “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Defendeu um Estado eficiente que garanta a população brasileira saúde com qualidade. Conselheira **Eufrásia Cadorin** interveio para dizer que muito mais corajoso que propor um choque de gestão é assumir com responsabilidade a administração das unidades de saúde pública. Entregar para a iniciativa privada, como está sendo feito no DF, é ilegal, por isso, fez um apelo aos gestores para que assumam a responsabilidade e gerenciem o sistema público da saúde de acordo com a Constituição Federal e a Lei Orgânica de Saúde. No caso em questão, propôs dois encaminhamentos: fazer uma nota de repúdio para colocar no site do CNS e também ser distribuída pela Caravana em Defesa do SUS nos estados e municípios e recomendar ao Ministério Público Federal que apóie o Ministério Público do DF e, se couber um TAC, estipular um prazo de até noventa dias para reverter à situação. Não sendo assim, os repasses dos recursos do Ministério da Saúde deveriam ser suspensos. Conselheira **Silvia Casagrande** fez alusão à tendência de privatizar o SUS e a precarização dos recursos humanos que esse processo traz. Lembrou, ainda, que os recursos do DF são, na maioria, repassados pelo Ministério da Saúde. Sendo assim e enquanto representante dos trabalhadores da saúde, defendeu a suspensão dos recursos. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, como também estava inscrita, disse sentir-se contemplada com as falas da bancada dos trabalhadores de saúde e cedeu seu lugar ao conselheiro de saúde do DF. Conselheiro distrital **Michel Platini** disse que o Conselho de Saúde do DF aprovou a terceirização do Hospital de Santa Maria sob grande pressão do governo e denunciou que o Conselho não é paritário, não tem sede própria e as suas reuniões não são abertas ao público. Além disso, registrou que: o governo não reconhece os conselhos regionais; desde 2004, o Plano de DST/Aids não é executado; outros hospitais serão repassados para a iniciativa privada. Finalizou a sua intervenção, agradecendo a oportunidade de tornar pública a situação da saúde do DF no espaço do controle social. **Thiago Guimarães Fonseca**, representante dos concursados, disse que a Lei 4081/2008 prevê a instituição de um projeto piloto que, depois de avaliado, deveria ser difundido para toda a rede de saúde do DF. Entretanto, não foi o que aconteceu. O que o governo fez foi culpar a ineficiência do serviço público e protelar a nomeação dos aprovados em concursos. Se a tendência de privatizar virar uma realidade no SUS, os servidores do quadro e os que deveriam ser chamados não terão espaço. Por tudo isso, repudiou a terceirização e avocando o Estado democrático de direito deixou registrada a sua defesa por um quadro de recursos humano permanente e qualificado no sistema público de saúde. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** dizendo ser necessário abstrair a questão ideológica para

garantir um debate focado no problema, perguntou se o SUS seria viável em um sistema capitalista. No seu entendimento, acredita que sim, desde que o público e o privado co-existam cada um em seu espaço. Ou seja, um não deve invadir o espaço do outro. Por oportuno, lembrou que foram os governos anteriores que permitiram o advento da privatização, através das OS e OSCIPs. Mais grave ainda, em sua opinião, é quando se observa que o público sustenta o privado. Diante desse contexto, detectou duas lutas: uma diz respeito à defesa do SUS e que deveria ser permanente na agenda do CNS e a outra que os recursos da União, somente sejam repassados para uso exclusivo de ações públicas de saúde. Ressaltou, a propósito, que, além do processo de privatização, há a situação das filantrópicas que, muitas vezes, tem atendimento na linha do setor privado. Conselheiro **José Caetano Rodrigues** mostrou-se preocupado pelo fato de o DF vir tratando a saúde na lógica da terceirização. Mais preocupado ficou ao saber que o Conselho de Saúde funciona no Gabinete do Secretário de Saúde, fato este que coíbe a ação deliberativa do colegiado e fere o princípio do Estado democrático de direito. Quis saber o que o Secretário de Saúde entendia por terceirização e privatização, uma vez que não considerava a situação do Hospital de Santa Maria uma ação terceirizada. Também, conclamou que se fizesse uma reflexão sobre a realidade dos conselhos de saúde de todo o Brasil. Para finalizar, disse que concordava com as falas que o antecederam. Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, dividindo o seu tempo com o Presidente da Federação Brasileira de Epilepsia, objetivamente quis saber quais eram as metas e os propósitos relacionados à atenção básica, o porquê da crise na área de pediatria e a realidade sobre o atendimento de alta complexidade no DF. **João Hércules**, Presidente da Federação Brasileira de Epilepsia, na sua intervenção, falou sobre: o percentual de pessoas com epilepsia no DF; o número pequeno de cirurgiados em epilepsia no DF (80 pessoas), se comparado com Goiânia que realiza 120 a 130 cirurgias por ano e o fato de Ribeirão Preto superar Brasília e Goiânia em procedimentos dessa natureza. Defendeu, depois, um sistema público de saúde com qualidade, no DF. Para que isso acontecesse, disse ser necessário investir em infra-estrutura e no aumento de salário dos profissionais de saúde. Aproveitou a oportunidade para solicitar ao Ministério Público que, quando acionado, garantisse aos portadores de epilepsia a cirurgia, vez que melhora a qualidade de vida dos pacientes e garante a inserção no mercado de trabalho. Conselheiro **Arnaldo Marcolino da Silva** falou sobre a realidade de São Paulo, que, embora o Conselho Estadual de Saúde tenha se manifestado contrário à terceirização, esse processo fora instituído. Sobre a notícia de que os conselheiros de saúde do DF teriam ido a São Paulo para conhecer como estavam sendo gerenciadas as ações de saúde, disse que não houve nenhuma interlocução destes com o CES. Denunciou, ainda, o fato de a Secretaria Estadual de Saúde estar repassando para a iniciativa privada as unidades de saúde, demonstrando desrespeito à Constituição Federal, à 13ª Conferência Nacional de Saúde, à Conferência Estadual e à Resolução 333. Sugeriu como forma de frear a tendência de privatizar o SUS uma grande mobilização nacional em defesa da saúde pública no Brasil. Conselheiro **Paulo Roberto Venâncio Carvalho** chamou a atenção para o papel e a responsabilidade do conselheiro em deliberar e mobilizar a população para garantir os seus direitos. Nesse sentido, parabenizou o Conselho de Saúde do DF e todos os demais Conselhos por se insurgirem contra a privatização da saúde. Também, no caso do DF, foi favorável a suspensão dos recursos da União, e que os órgãos de controle do Estado, como o TCU e Ministério Público, façam uma verificação de como está sendo usado o dinheiro do SUS. Por fim, cumprimentou a todos pela luta envidada em favor de saúde pública. Conselheiro **Afonso Magalhães**, diante do que estava acontecendo, entendeu que o Conselho Nacional deveria ser rigoroso nos encaminhamentos e foi favorável que aprovasse uma resolução contrária à privatização do Hospital Santa Maria, no DF. Também reconheceu que nesse debate havia cunho ideológico por parte do governo distrital que, na sua compreensão, é neoliberal populista, porque o Secretário de Saúde tem uma proposta de desmonte do serviço de saúde, além de precarizar os recursos humanos. Outro assunto que fez questão de registrar diz respeito à utilização de apenas 2% dos recursos destinados ao controle social, o que entende ser um desrespeito. Sendo assim, solicitou à mesa, especialmente, a Deputada Erika Kokay e a Promotora de Justiça que se manifestassem sobre a situação. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** disse que a situação do DF não se constitui em um fato isolado e cabe ao controle social acompanhar e avaliar o processo. Na linha das manifestações anteriores, sugeriu que o Ministério da Saúde acompanhasse a aplicação dos recursos. Conselheira **Maria Goreti** agradeceu o CNS pela oportunidade de que fosse feita a denúncia a respeito da privatização da saúde no DF e solicitou que o Pleno fizesse uma nota de repúdio à forma desleal de tratamento do Secretário de Saúde para com a deputada Erika Kokay. Enfim, manifestou a sua indignação pelo descalabro da saúde no DF. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou à conselheira **Maria Goreti** que fizesse o texto da moção. Conselheiro **Jorge Venâncio**, em sua intervenção, disse que o Secretário de Saúde mudara de lado, esquecendo de sua militância comunista. Além do mais, dentre as 27 capitais, asseverou que o DF tem o pior resultado no que se refere à atenção básica. Tanto que os pacientes não sendo atendidos como deviam nessa área evoluem para a alta complexidade, onde a prestação de serviço é, na grande maioria, do setor privado. Também, segundo dados do Tribunal de Contas do DF, 75% dos atendimentos são feitos no Pronto

Socorro. No que fiz respeito ao Hospital Santa Maria o que o governo pretende é repassar o dinheiro público para uma entidade privada, subestimando a capacidade de entes público para gerir ações e serviços de saúde. Por isso, enfatizou que o CNS deveria se posicionar contrário a esse fato. Também contemplou em sua fala que: o trabalhador de saúde pública deve ser concursado; muitos estados já trabalham na lógica de cooperativas para a contratação dos médicos, citando o caso de Goiás; a qualidade e abrangência dos serviços e ações de saúde dependem, em grande parte, da estrutura da rede e dos recursos humanos; a situação do atendimento pediátrico é grave; o SUS está deliberadamente sendo privatizado pelos gestores; o fato de o Conselho de Saúde do DF não ter garantido o seu poder deliberativo representa um acinte à democracia e um desrespeito ao Controle Social; o DENASUS tem que acompanhar os recursos que são repassados para o DF, assim com ao Programa de DST e AIDS; assim como outros conselheiros e na condição de servidor público, acredita na eficiência do Estado; os trabalhadores de saúde devem receber remuneração condizente, no caso, dos médicos, sete mil pela carga horária de vinte horas. **Retorno da Mesa – Fernando Antunes**, Secretário Adjunto de Saúde do DF, considerou legítima a discussão sobre uma melhor remuneração para os profissionais de saúde, tanto do setor público com do setor privado, porém, discordou que se tratasse de privatização o caso do Hospital de Santa Maria. Como houve manifestação do plenário referente à baixa execução orçamentária de 2008, lembrou que o Secretário Augusto Carvalho assumira a Secretaria de Saúde em agosto de 2009, portanto, não sendo de sua responsabilidade a aplicação desses recursos. Quanto ao debate sobre o Hospital Santa Maria fez um relato sobre o que, em sua opinião, estava acontecendo. Nesse sentido disse que: havia uma indicação de que esse hospital fosse gerido a partir de uma experiência fora do modelo tradicional e, por isso, a proposta foi construída de acordo com a Lei das OS, visando flexibilizar a gestão; o recurso público é disputa alocativa, tendo o gestor que priorizar as ações onde serão investidos os recursos, haja vista que estes são finitos; a Real Sociedade Espanhola, não é, como foi dito no plenário, uma entidade espanhola, é sim, da Bahia e foi fundada pela comunidade espanhola; não havia ilegalidade em buscar experiências brasileiras que estavam dando certo para agilizar a gestão da saúde; há partidos políticos que fazem defesas teóricas, mas na prática agem de forma diferente; a proposta de gerenciamento do Hospital Santa Maria objetiva melhorar o acesso da população às ações de saúde; existe um contrato com a Real Sociedade Espanhola que está sendo questionado pelo Ministério Público e que depende da Justiça julgar o mérito da ação; não houve manipulação do Conselho de Saúde do DF para a assinatura do contrato de Organização Social com Hospital de Santa Maria; a população de Santa Maria bem como o Conselho Local foram favoráveis a modalidade de gestão proposta pelo governo do DF; em relação à situação dos conselhos de saúde de todo o país, há um estudo nesse sentido feito pela CGU, que valeria a pena os conselheiros tomarem conhecimento; a opção de gestão do Hospital Santa Maria está também baseada em lei distrital, com contrato que regula as metas dos procedimentos a serem realizados e só serão pagos se atingirem os 100%, caso contrário, será feito ajuste na proporcionalidade; o debate é ideológico e que se deveria encontrar alternativas para tornar o SUS viável. Após, agradeceu a atenção dos conselheiros e encerrou a sua fala. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** agradeceu o Secretário Adjunto e passou a palavra para a deputada Érica Kokay. Como o Secretário Adjunto de Saúde gastara dezessete minutos em seu pronunciamento, informou que a deputada teria igual tempo. Deputada Distrital **Erika Kokay** esclareceu que a lei distrital a que o Secretário Adjunto se referia não era maior que a Constituição Federal, que responsabiliza o Estado a prestar saúde à população. Por essa razão, o DF não pode prescindir de licitação, de concurso público ou processo seletivo, ainda que seja simplificado, para o quadro de pessoal. Lembrou que, durante o processo de aprovação da lei, a oposição apresentara emendas relacionadas à licitação, ao nepotismo, ao concurso público, mas fora derrotada pela bancada do governo. Sendo assim, o governo rejeitara os princípios da moralidade e incorporara os do neoliberalismo com a irracionalidade do mercado. Disse que não aceitava a tese de que o debate era ideológico e partidário por parte da oposição. O que estava acontecendo podia ser definido como o acolhimento de uma política do Estado-mínimo, do absolutismo que fora rejeitada, em tempos anteriores, pelos próprios representantes dos que hoje estão no governo do DF. Além dessas questões, ressaltou que: fora rompido o Estado democrático de direito; até o momento a execução orçamentária do controle social é zero por cento; o Conselho de Saúde do DF não estava estruturado adequadamente, tanto que funcionava no Clube dos Servidores; a reunião que decidiu o modelo de gestão do Hospital de Santa Maria contava com um grande número de servidores comissionados, que com apitos tumultuavam a sessão; o Secretário de Saúde em mais um *streap tease* ideológico buscou se valer da terceirização no Hospital Santa Maria; ao invés de o governo chamar os concursados está contratando profissionais no mercado; diante das atitudes do governo do DF, não existe Estado soberano; poder que não tem controle social é Estado absolutista; o gestor não permitiu que o Conselho fosse livre para escolher o seu presidente, tanto que o cargo é do Secretário de Saúde; o controle social em Brasília é subjugado pelo gestor; é crime estabelecer um contrato com o Hospital Santa Maria para ser gerido por uma entidade privada; o gestor do DF prefere terceirizar, porque pode mandar o trabalhador para rua

quando quiser. Afora essas observações também deixou claro que o governo do DF não prioriza os concursados, porque tem interesse em acabar com a estabilidade no serviço público e não quer que os trabalhadores sirvam ao público e sim seja massa de manobra em períodos de eleições. Também considerou inaceitável que a Real Sociedade Espanhola tenha sido a escolhida para gerir o hospital. O que é mais grave, o governo não solicitou parecer da Procuradoria Geral do DF, não consultou o Conselho de Saúde e dispensou licitação em procedimento feito durante o recesso parlamentar. Disse que em 12 dias todas as providências foram tomadas para contratar, sem licitação, a Real Sociedade Espanhola, que receberá 222 milhões para administrar o hospital. A propósito, disse também que a entidade não tem comprovante de idoneidade financeira referente aos anos 2007 e 2008. E, no seu entendimento, uma empresa sob suspeição não deveria gerir o hospital público. Nesse caso, o Secretário de Saúde terá que se esforçar muito para prestar contas com o controle social. Registrou que além do *strip tease* ideológico é preciso que se faça um *estrip tease* da moralidade. Para finalizar, registrou “Que a vida nunca permita que eu me acovarde, ou que eu me acomode, ou que mude de lado como vocês mudaram.” Dra. **Cátia Gisele Martins Vegara**, representante do Ministério Público do DF, considerou inconsistente o discurso do gestor em relação à privatização da saúde no DF. O que mais lhe chamou a atenção foi o Secretário Adjunto ter participado da Reforma Sanitária, trabalhado com Sérgio Arouca e, ainda assim, defende um modelo contrário ao Sistema Único de Saúde. Embora tenha sido dito que o debate é ideológico, lembrou que o argumento do Ministério Público é jurídico e considera o repasse das ações de saúde para a iniciativa privada uma afronta a Constituição Federal. No que diz respeito à autonomia e à independência do MP nos estados, reconhece ser um processo ainda em construção e que, às vezes, apresenta problemas, tal como colocou o conselheiro Alexandre e o conselheiro Paulo. Feitas essas ressalvas, ateve-se à questão do DF. Em sua compreensão, o atendimento não está bom, havendo, inclusive, violação dos direitos humanos. Também não justifica dizer que os recursos são finitos, porque se forem geridos sem responsabilidade e sem prioridades, tornar-se-ão mais finitos ainda. Reafirmou ainda que, no DF, a porta de entrada é no Pronto Socorro, invertendo, desta forma, a lógica do Sistema. Além disso, há problemas na prestação de contas dos recursos recebidos, superfaturamento, falta de licitação, pessoas selecionadas para trabalhar em função do partido, desrespeito ao concurso público. Defendeu a moralidade, sem apadrinhamento político com possibilidade de concorrência de forma igual e por mérito. Ademais contemplou em seu pronunciamento, dentre outros, os seguintes aspectos: a ineficiência do sistema de saúde no DF está relacionada à má gestão; os interesses públicos são diferentes dos interesses do setor privado, porque este visa o lucro; há uma crise na saúde do DF que se configura na falta de leitos, na fila para a cirurgia, no colapso da pediatria; o Conselho de Saúde do Distrito Federal não é respeitado pelo gestor; pela manifestação do Secretário Adjunto, ficou claro que o controle social, a participação da comunidade não interessa ao gestor; a democracia participativa que a Constituição Federal garante não vem sendo respeitada no DF; o sistema de saúde é único, por isso, cada ente da federação deve dialogar entre si; o controle social, um dos pilares do SUS, deve ser considerado e garantido; o Conselho Nacional de Saúde tem a responsabilidade referenciar os demais Conselhos de Saúde e, no caso do DF, pode sim debater a situação da saúde; foi apresentado no MP um abaixo-assinado com muitas assinaturas de pessoas contrárias à privatização do Hospital Santa Maria e que faz parte dos autos do processo encaminhado à Justiça, bem como a nota de repúdio do Conselho Nacional de Saúde. Embora tendo outras questões para colocar, decidiu encerrar a sua fala em razão do tempo. Antes, porém, deixou claro que o Ministério Público é contra a terceirização da saúde pública, porque é inconstitucional, imoral e contra a lógica do SUS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** agradeceu a Promotora. A seguir, conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez uma avaliação das propostas que emergiram do plenário: solicitar ao Ministério Público que apóie a luta do Ministério Público do DF; recomendação ao Ministério da Saúde para que acompanhem, através do Denasus, os repasses fundo a fundo ao DF; recomendação à Secretaria de Saúde do DF para que debata imediatamente a estrutura, composição e funcionamento do Conselho de Saúde do Distrito Federal, tal como determina a Lei 8142; recomendação à CGU que acompanhe o processo de terceirização da saúde no DF; acionar os mecanismos de controle do Jurídico/MP e do Estado como a CGU e o Tribunal de Contas para contribuírem no acompanhamento do processo e na garantia da legalidade; moção de repúdio aos gestores que não cumpriram os preceitos legais do SUS; especialmente ao do Distrito Federal pela privatização da Saúde. Michel Platini retirou a moção de repúdio que fora proposta, dizendo que havia um movimento para a construção de diálogo com a Secretaria de Saúde e uma ação como essa poderia prejudicar. Ainda assim, reconhecia a atitude deselegante da Secretaria de Saúde à Mesa. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** antes de abrir para manifestações do Plenário esclareceu que, com o advento do pacto, não existe mais um instrumento de desabilitação da gestão, o que existe é a suspensão do repasse do recurso. Este mecanismo pode ser usado pelo Ministério da Saúde, no caso de o município descumprir as deliberações e preceitos legais do SUS. Conselheiro **Paulo Roberto Venâncio Carvalho** considerou temerária a suspensão dos recursos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, haja vista a intervenção do conselheiro Paulo Roberto Venâncio Carvalho, perguntou se seria

o caso de propor a suspensão da autonomia da gestão dos recursos pelo Distrito Federal. Conselheiro **Paulo Roberto Venâncio Carvalho** concordou com a proposta do conselheiro Francisco Batista Júnior desde que fosse viável. O que não concordou foi com a suspensão dos recursos, como fizera uma proposta e não ficara clara, explicou que, como o DF tem status de estado e município, precisaria saber em que condição seria assinada o acordo. Para ser mais sucinto disse que defendia a gestão financeira dos recursos da saúde do DF pelo Ministério da Saúde, com o acompanhamento do CNS e da Tripartite. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** chamou a atenção para o fato de se estar há quase 14 horas no Plenário fazendo debates importantes para o controle social. Porém, como ainda havia outros temas também importantes para serem debatidos, sugeriu que se entrasse em processo de entendimento. Para tanto, lembrou que o Distrito Federal apresentara explicações e o CNS tinha posição sobre o assunto. Defendeu que o DF voltasse à normalidade e seguisse o que determina a Constituição Federal. Como já fora Secretário Adjunto de Saúde do DF, entendia que, qualquer medida radical que fosse tomada, a população seria prejudicada. Lembrou que, na época em que era Secretário, implementaram a Saúde da Família e gerenciaram com competência a rede pública. Explicou que a intervenção não podia ser uma saída, haja vista que só pode ser decretada pelo Presidente da República. Por isso, sugeriu uma solução negociada com o DF, com o CNS na mediação do processo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que o momento era de proposta e encaminhamentos. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** interveio para registrar a proposta que fora feita no Plenário e que não elencara às demais: formar um Grupo de Trabalho de conselheiros de saúde para acompanhar o processo no DF. Conselheiro **Armando Tadeu Guastapaglia** fez à intervenção para contribuir com a bancada dos gestores. Disse que, de acordo com a Constituição, cada município, cada estado é um ente da Federação autônomo. Assim qualquer iniciativa conjunta deve ocorrer por meio de pactos e negociação sucessiva e considerou precipitada a proposta de intervenção no DF. Em sua opinião, não existe nenhum gestor contra o SUS. Sendo assim e por ser Brasília a capital, propôs que houvesse o relato ao gestor sobre o debate ocorrido no CNS contemplando as preocupações do controle social com relação ao que está ocorrendo no DF. Foi favorável ao entendimento com objetivo de preservar o Sistema Único de Saúde. Conselheira **Eufrásia Cadorin** manifestou-se para dizer que ainda acredita na negociação, embora tivesse percebido que esta não é a vontade do Secretário de Saúde. Assim, sugeriu que se desse um prazo mínimo de 15 dias para o GT de conselheiros acompanharem e apresentarem relatórios sobre as negociações e que o Plenário já deliberasse, em caso de a negociação não ser viável, que o repasse de recursos seria suspenso. Conselheiro **Jorge Venâncio** propôs que o CNS se manifestasse e o Ministério da Saúde fosse incumbido dessa tarefa. Conselheiro **Alexandre Magno Lins Soares** propôs que o DENASUS fizesse uma auditoria no GDF com a participação do Conselho Nacional de Saúde. Conselheiro **Paulo Roberto Venâncio Carvalho** lembrou que a denúncia é gravíssima e que a EC 29 dispõe, nos artigos 155 e 156, que a União pode intervir caso os recursos não sejam empregados adequadamente e nesse caso, disse que o CNS deveria tomar posição contrária ao que está ocorrendo no DF, inclusive com a proposta de auditoria imediata para verificar todas as irregularidades que estiverem acontecendo. Assim, manifestou-se pela aprovação de uma Resolução suspendendo os recursos e, se a negociação reverter o processo, essa deliberação seria revista. Conselheiro **Raimundo Sotero** propôs que o Ministério Público buscasse assinar um Termo de Ajustamento de Conduta/TAC, em não resolvendo, que a Justiça fosse acionada. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez uma observação no sentido de que o controle social devesse superar a idéia de que se deliberar pela suspensão de recursos, essa ação seria prejudicial à população. O que tem sido prejudicial nesses 20 anos de SUS são os Conselhos de Saúde permitir que os recursos repassados sejam, sistematicamente, utilizados de forma equivocada. A propósito, disse que o Ministério da Saúde estava suspendendo o repasse de recursos para determinadas equipes da Saúde da Família, em razão de o Programa estar irregular. Essa decisão está fazendo com que os gestores busquem regularizar a situação. Os Conselhos de Saúde deveriam fazer o mesmo, caso contrário, ficam desacreditados frente à população. No caso do DF, entendia que o que estava em jogo não era o Pacto, não era o termo assinado pelo gestor e o Ministério da Saúde, mas um processo absolutamente inconstitucional, ilegítimo e imoral de terceirização da administração pública. Disse que na entrevista que dera, quando lhe perguntaram por que o controle social era contra a terceirização, respondeu que por dois motivos: um jurídico e outro político. Jurídico porque não há na Constituição Federal e nem na Lei Orgânica da Saúde nenhum dispositivo que autorize a transferência para o ente privado a administração do que é público. A razão política diz respeito ao tipo de medida que atesta a incompetência da gestão pública. Se a gestão do DF está atestando publicamente que é incompetente, deve discutir as razões pelas quais isso está ocorrendo e não transferi-la para o setor privado. Citou o caso de Belém, onde a Justiça Federal decretou a suspensão dos recursos. Com esse exemplo, procurou demonstrar que os Conselhos de Saúde, durante 20 anos, tentaram dialogar com os gestores, mas não houve resultado. Ao contrário, serviu para os que não têm compromisso com o SUS aplicarem os recursos indevidamente. Em sua opinião, a base espera que o CNS dê exemplo nesse sentido. Afora essas colocações, enfatizou que

estava disposto, enquanto presidente do CNS, dialogar com o Secretário de Saúde, embora este se utilizasse do mesmo discurso de outros gestores para justificar a terceirização das ações e serviços de saúde públicos. Por fim, perguntou se os encaminhamentos feitos no decorrer do debate poderiam ser considerados aprovados. Conselheiro **Armando Tadeu Guastapaglia** disse que não concordava com a suspensão dos recursos. Conselheiro Francisco Batista Júnior, então, solicitou que fosse registrada a posição contrária do conselheiro Armando. **Deliberação: aprovada Resolução, suspendendo o repasse dos recursos feitos mensalmente à Secretaria de Saúde do DF pelo Ministério da Saúde; aprovado um Grupo de Trabalho para negociar um acordo com o gestor da saúde do DF, cujas indicações serão feitas no dia seguinte.** Conselheira **Eufrásia Cadorin** tranquilizou os conselheiros do DF, no sentido de que seriam informados sobre as atividades do GT. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, em relação ao GT, disse que as indicações dos nomes seriam feitas no dia seguinte e, como já fora registrado, os conselheiros do DF poderiam contribuir com o debate. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou aos conselheiros que propuseram recomendações para fazerem os textos que as mesmas seriam aprovadas no dia seguinte. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** agradeceu o Secretário Adjunto de Saúde do DF, a Deputada Distrital, a representante do Ministério Público, os conselheiros pela contribuição significativa no debate e a todos os presentes pela paciência. Depois, encerrou o ponto de pauta. Estiveram presentes, neste primeiro dia de reunião, os seguintes conselheiros: *Titulares:* **Adson Roberto França dos Santos, Ailson dos Santos, Afonso Magalhães, Antônio Alves de Souza, Armando Tadeu Gastapaglia, Artur Custódio M. de Souza, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Clóvis Bouffleur, Eufrásia Santos Cadorin, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, Luís Augusto Facchini, Luiz Antônio de Sá, Maria Helena Machado, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Rogério Tokarski, Ronald Ferreira dos Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande, Ubiratan Cassano Santos, Valdenir Andrade França, Volmir Raimondi e Wilen Heil e Silva.** *Suplentes:* **Alceu José Peixoto Pimentel, Alexandre Magno Lins Soares, Armando Martinho Bardou Raggio, Arnaldo Marcolino, Eline Jones, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Eri de Medeiros, José Luiz Spigolon, Jovita José Rosa, Juarez Pires de Souza, Lílian Aliche, Lucimar Batista da Costa, Luís Augusto Salomon, Maria do Socorro de Souza, Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira Santana, Maria Thereza Almeida Antunes, Marlene Braz, Marisa Fúria, Paulo César Augusto de Souza e Paulo Roberto Venâncio Carvalho.** O Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, comunicando a impossibilidade de discussão do Item 8 da pauta “Força de trabalho no serviço público federal”, por conta da impossibilidade de participação do expositor. Diante disso, a pauta foi redefinida. Primeiro, foi aberta a palavra à representante da ANVISA, Daniela, que agradeceu o apoio do CNS ao Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos e ao trabalho da Agência a respeito da reavaliação de agrotóxicos. Informou a distribuição de material entregue na solenidade de divulgação dos resultados das análises realizadas em 2008. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** agradeceu o retorno da ANVISA ao CNS. Em seguida, o Presidente do Conselho Estadual de Alagoas fez um informe sobre a situação de Alagoas, com destaque para: usuários não conseguem realizar cirurgias; a situação se agrava a cada dia; os profissionais de saúde novamente estão entrando em greve pela falta de compromisso do governo (somente a categoria médica teve reajuste); processo de privatização e precarização - mecanismo: desgaste do Sistema Público para justificar a contratação de Organizações Sociais. Diante da gravidade da situação, solicitou que o CNS se manifeste sobre a questão. **Encaminhamento: constituir GT composto por dois usuários, dois trabalhadores, um representante do Ministério da Saúde, um representante do CONASS e um representante do CONASEMS para ir a Maceió dialogar com o governador do Estado, com o Secretário de Estado da Saúde, prefeito de Maceió, Secretário Municipal de Saúde de Maceió, representação das entidades médicas, representação dos trabalhadores, CES, CMS, COSEMS, movimento social e elaborar um relatório para apresentar ao CNS e subsidiar os debates.** Os nomes seriam indicados posteriormente. Em seguida, foram discutidos temas pendentes que demandavam deliberação. Primeiro, o Presidente do CNS solicitou a indicação de dois nomes para representar o CNS na Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde, dada à impossibilidade de permanência dos atuais representantes do Conselho, Conselheiros Eni Carajá Filho e Abdias José dos Santos. Além disso, apresentou a proposta de convocar Plenária Extraordinária de Conselhos de Saúde nos próximos vinte dias para promover mobilização, no Congresso Nacional, contra a proposta de fundações de direito privado e em defesa da regulamentação da EC nº. 29. **Encaminhamentos: aprovada a indicação do Conselheiro Paulo Venâncio para compor a Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde e os trabalhadores deverão indicar um nome até o final da reunião. Além disso, a coordenação da Plenária discutirá a proposta de realizar plenária extraordinária de conselhos.** Em seguida, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou os itens pendentes da reunião que demandavam deliberação. 1) Caravana Manaus/AM, no dia 21 de maio de 2009. **Encaminhamento: foram feitas as seguintes**

1422 indicações: a) SUS patrimônio cultural da humanidade - Conselheira Eufrásia Cadorin; b)
1423 Avanços e desafios do SUS – Conselheiro Francisco Batista Júnior. Manifestaram interesse em
1424 participar da caravana: Conselheiro Valdenir França, Eufrásia Cadorin, Arnaldo Marcolino,
1425 Francisco Batista Júnior, Ailson dos Santos, Paulo Roberto e Fernando Luiz Eliotério.
1426 Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt chamou a atenção para a importância do envolvimento da
1427 coordenação de plenária de conselhos de saúde nas caravanas. 2) GT de Visita a São Gabriel da
1428 Cachoeira. Encaminhamento: foram indicados os seguintes nomes: Conselheiro Antônio Alves
1429 de Souza, Conselheira Eufrásia Cadorin e Conselheiro Arnaldo Marcolino. 3) Plenária Estadual de
1430 Conselhos de Saúde, nos dias 8 e 9 de maio. Encaminhamento: foram indicados os conselheiros
1431 Paulo Venâncio e Fernando Luiz Eliotério, além do representante dos trabalhadores, cujo nome
1432 será indicado posteriormente. 4) Convite para participar do Fórum “Medicamentos, Políticas Públicas
1433 e Judicialização da Saúde”, no dia 7 de maio, no Senado Federal. Encaminhamento: será indicado
1434 um integrante da COFIN/CNS. Conselheira Silvia Casagrande solicitou que os interessados em
1435 participar do Programa de Inclusão Digital, de 19 a 22 de maio de 2009, no Rio de Janeiro,
1436 comunicassem a Secretaria-Executiva do CNS até o dia 20 de abril. Conselheiro Volmir Raimondi
1437 registrou a sua impossibilidade de participação no curso, por conta da não adequação ao Decreto Lei
1438 nº. 5.296, de acessibilidade às pessoas com deficiência. Encaminhamento: a SE/CNS fará diálogo com
1439 a FIOCRUZ para verificar a possibilidade de adaptação. Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt
1440 perguntou sobre a audiência no Supremo Tribunal Federal, nos dias 28 e 29 de maio e 2009. O
1441 Presidente do CNS fará uma exposição no dia 29, pela manhã. A SE/CNS fará circular a fim de dar
1442 conhecimento aos interessados em participar da atividade. Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt
1443 manifestou interesse em participar da audiência. Conselheiro Clóvis Bouffleur lembrou que a
1444 possibilidade de fala é um critério definido pelo Pleno para a participação em atividades. Conselheira
1445 Ruth Ribeiro Bittencourt acrescentou que é preciso avaliar o caráter político da participação do CNS.
1446 Encaminhamento: os convites serão trazidos ao Pleno para definição. Em seguida, a Secretária-
1447 Executiva do CNS, Rozângela Fernandes Camapum, informou o Pleno sobre as Resoluções do CNS
1448 não homologadas pelo Ministro da Saúde. A respeito da Resolução sobre o Protocolo da Doença
1449 Celíaca, disse que está pronta e foi submetida ao DECIT para análise de um item. A informação é que
1450 o protocolo será publicado na semana seguinte. Sobre a Resolução nº. 405, que dispõe sobre o
1451 posicionamento do CNS acerca da proposta de Fundação de Direito Privado, informou que, após a
1452 reunião do CNS de março, foi encaminhado ofício ao Ministro da Saúde re-encaminhando a solicitação
1453 de assinatura da resolução. Explicou que, em resposta ao encaminhamento do CNS, o Gabinete do
1454 Ministro da Saúde enviou correspondência que ratifica o posicionamento oferecido pelo parecer da
1455 CONJUR, do Projeto de Lei nº. 1.291/2008 e do Despacho 18.804 de 2008. Além disso, o documento
1456 destaca que o Projeto de Lei foi submetido ao Congresso Nacional como ato do Poder Executivo,
1457 instância a que também pertence o Ministério da Saúde. Lida a resposta do Ministro da Saúde, a
1458 Secretária-Executiva do CNS explicou o trâmite, nos termos do Regimento Interno: se o Ministro da
1459 Saúde não homologar a Resolução, nem se manifestar sobre esta em até trinta dias após o seu
1460 recebimento, a mesma retornará ao Pleno do Conselho para os devidos encaminhamentos.
1461 Conselheiro Volmir Raimondi, considerando esgotadas as possibilidades de diálogo, solicitou que o
1462 CNS tomasse os encaminhamentos devidos acerca da Resolução. Conselheira Carmem Lúcia Luiz
1463 propôs o envio da Resolução do CNS nº. 405 ao Ministério Público para as devidas providências, em
1464 cumprimento aos ritos processuais. As intervenções a seguir acompanharam a sugestão de
1465 encaminhar a Resolução ao Ministério Público. Considerando o entendimento de consenso acerca da
1466 proposta de envio da Resolução do CNS ao Ministério Público, o Presidente do CNS sugeriu que fosse
1467 feita consulta ao jurídico para verificar se há instrumentos de punição no caso de recusa do gestor em
1468 cumprir a legislação do SUS. Conselheiro Ciro Mortella perguntou qual o desdobramento do envio da
1469 Resolução ao Ministério Público. O Presidente do CNS respondeu que, ao receber o documento, o
1470 Ministério Público entra com representação para homologação da Resolução. Conselheiro Ciro
1471 Mortella sugeriu que houvesse um diálogo com a assessoria jurídica para saber as implicações desse
1472 processo do ponto de vista técnico e político, haja vista que essa atitude poderá gerar um fato político
1473 e representar um precedente. Conselheiro Antônio Alves de Souza explicou que, segundo o
1474 Regimento Interno do CNS, a Resolução do CNS aprovada e não homologada pelo Ministro da Saúde,
1475 no prazo de até trinta dias após a sua aprovação, deverá retornar ao Plenário do Conselho na reunião
1476 seguinte acompanhada de justificativa e proposta alternativa, se de sua conveniência, para avaliação
1477 do Pleno, que poderá acatar a justificativa, revogar, modificar ou manter a Resolução, que, nos dois
1478 últimos casos, será re-encaminhada ao Ministro para homologação. Se novamente o Ministro de
1479 Estado não homologar a Resolução, nem se manifestar sobre a matéria em até trinta dias após o seu
1480 recebimento, a mesma retornará ao Pleno para os devidos encaminhamentos. Diante disso, destacou
1481 que o encaminhamento feito não obedece ao Regimento. Conselheira Marlene Braz sugeriu que fosse
1482 enviada correspondência ao Ministro informando que o CNS tomará as providências nos termos
1483 regimentais. Conselheiro Francisco Batista Júnior explicou que o Ministro da Saúde respondeu à

Resolução seis meses depois de recebê-la para homologação. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** propôs que, nos termos do Regimento Interno, o CNS aguarde trinta dias para enviar a Resolução ao Ministério Público. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** propôs o seguinte encaminhamento: manter a resolução; dar ampla divulgação; e aguardar trinta dias para enviar ao Ministério Público. **Encaminhamento: nos termos do Regimento Interno do CNS, aguardar trinta dias para enviar a Resolução ao Ministério Público; fazer consulta a área jurídica sobre as implicações desse processo e se existe instrumentos de punição no caso de recusa do gestor em cumprir a legislação; e dialogar com o Ministério Público sobre essa situação.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** perguntou se havia outras Resoluções pendentes. A Secretária-Executiva do CNS informou que: a Resoluções nº.s 396 e 398, que manifesta apoio ao PL nº. 3.307/04, que foi arquivado – situação: sem efeito; e Resolução nº. 401, que trata do orçamento e financiamento do SUS, por solicitação a Secretária-Executiva do CNS, detalhou o teor da Resolução 401: Art. 1º - Com relação a orçamento e financiamento do SUS: que os recursos que compõem o orçamento para financiar as ações e os serviços públicos de saúde não sejam contingenciados; que a Lei de Responsabilidade Fiscal seja revisada, considerando o seu impacto na gestão das políticas públicas de saúde, tendo em vista que as políticas de saúde para serem implementadas necessitam essencialmente de recursos humanos; que seja regulamentada a Emenda Constitucional nº. 29 – EC 29 de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS e de acordo com a Resolução nº. 322/2003 do CNS; que seja aprovada pelo Congresso Nacional a Contribuição Social da Saúde – CSS, proposta pela Câmara dos Deputados, destinada exclusivamente ao financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde sob o controle e a fiscalização dos conselhos de saúde; e que seja debatido e aprovado, em regime de urgência, o Projeto Lei de Responsabilidade Sanitária em tramitação no Congresso Nacional. Art. 2º - Que a gestão dos serviços de saúde, no âmbito das esferas municipais, estaduais, do Distrito Federal e da União, seja de responsabilidade direta da administração pública, com personalidade jurídica de direito público, respeitando-se o disposto na Constituição Federal, art. 37, inciso XXII, parágrafo 8º, que dispõe sobre a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e das entidades da administração direta ou indireta que poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha como objetivo a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, onde seja estipulado o prazo de duração do contrato; o controle e os critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidades dos dirigentes e a remuneração de pessoal. Art.3º - Que seja implantado e implementado, pelas três esferas de governo, urgentemente, o Pacto da Saúde com os seus três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, bem como a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, com vistas ao fortalecimento das ações de planejamento, avaliação e monitoramento da gestão do SUS, auditoria, ouvidoria, apoio ao controle social, à gestão participativa e à educação popular em saúde, como estratégias de qualificação da gestão do SUS. Art. 4º - Reafirmar a necessidade de implantação e implementação, nas três esferas de governo, da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – NOB/RH-SUS, Resolução CNS nº 330, de 04 de novembro de 2003 e do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS, observadas as diretrizes estabelecidas pela Portaria GM nº. 1.318, de 05 de junho de 2007. Parágrafo único - Reafirmar que a admissão de servidores públicos para trabalho na saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, devendo se dar somente mediante concurso público de prova ou provas e títulos sob Regime Jurídico Único – RJU e que a remuneração dos mesmos seja de responsabilidade das três esferas de governo. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sugeriu transformar a Resolução nº. 401 em recomendação, pelo seu teor e seu caráter interministerial. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu separar os itens do documento em resolução e recomendação. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu que o CNS reafirme a resolução e siga o rito regimental. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** concordou que não é possível aprovar resolução que envolve outros poderes, além do Executivo. Desse modo, propôs que o art. 1º fosse transformado em uma recomendação e que a resolução contemplasse do art. 2º ao parágrafo único. **Encaminhamento: aprovada, por unanimidade, a proposta de reformulação do texto: transformar o art. 1º em recomendação; e contemplar na resolução do art. 2º ao parágrafo único, com retificação do trecho “inciso XXII, parágrafo 8º” para “inciso XXI, parágrafo 8º”. ITEM 9 – COMISSÕES DO CNS –** Composição da mesa: Conselheiro **Antônio Alves de Souza**; e Conselheiro **Clóvis Bouffleur**. Nas considerações iniciais, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que o GT, composto por ele, Antônio Alves de Souza, José Marcos de Oliveira e Graciara Matos de Azevedo e realizou reuniões virtuais e um encontro presencial. Informou que o Grupo fez uma reflexão sobre o número de comissões do CNS (26) e os motivos desse quantitativo. Historiou que, em 2004, o CNS realizou seminário para discutir o excesso de comissões, considerando as dificuldades administrativas e técnicas para assessorá-las e como proposta alternativa, foi sugerida a constituição de comissão de promoção e atenção à saúde para contemplar os temas relativos a várias comissões. Em 2007, o tema foi retomado para buscar outra proposição, pois a proposta definida em 2004 não evoluiu. Como saída, o Pleno decidiu constituir

câmaras técnicas e essas também tiveram dificuldade de serem operacionalizadas, por se tratar de uma instância não prevista em lei. No ano de 2008, foi feita avaliação das comissões, com os coordenadores, e foram identificadas as seguintes pendências: as ações contidas nos planos de trabalho das comissões não repercutiam no Pleno; problemas relativos à periodicidade das reuniões e à indicação de representantes. Lembrou que outra preocupação trazida referia-se à incapacidade financeira, administrativa e técnica de sustentar 26 comissões. Diante desse quadro, explicou que o GT elaborou proposta de Resolução sobre as Comissões do CNS. Detalhou primeiro os “considerandos” que dispõem sobre: as Comissões são constituídas pelo Conselho Nacional de Saúde a partir de suas necessidades; as Comissões são oportunidades para ampliar a participação de sujeitos sociais, instituições e entidades com atuação no campo da saúde e demais áreas sociais com repercussão nos determinantes sociais da saúde, o que representa o fortalecimento do controle social e dos movimentos sociais que participam do SUS; e a necessidade de aperfeiçoar e potencializar as Comissões do CNS. Depois, o GT sugeriu que fosse alterado o artigo 11, inciso V, do Regimento Interno do CNS, que passaria a seguinte redação: “V - criar, modificar ou extinguir, a qualquer tempo, Comissões Intersetoriais e Permanentes e Grupos de Trabalho, por meio de Resolução específica”. Ademais, outras modificações propostas: “Art. 48 - As Comissões têm como objetivo articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas do SUS e aquelas não compreendidas no âmbito do SUS”; “Parágrafo 1º. As Comissões, mediante encaminhamento do Pleno, devem analisar as políticas e os programas de suas respectivas áreas, acompanhar as implementações e emitir pareceres e relatórios para subsidiar posicionamento do Pleno”; “Parágrafo 2º. Quando solicitadas pelo Pleno, as Comissões poderão viabilizar a realização de debates específicos para subsidiar a análise do CNS”; “Art. 52 As Comissões têm o seguinte funcionamento: “I - As Comissões se reunirão de acordo com as necessidades debatidas e aprovadas pelo Pleno, com elaboração de previsão de custos para cada reunião”; (...); “IV - Cada Conselheiro poderá participar de apenas uma Comissão como membro titular”; (...); “IX - Caberá às Comissões acompanhar a execução do orçamento e financiamento da respectiva política ou programa”; “X - Serão desenvolvidas, em todas as Comissões, ações transversais relacionadas à comunicação e informação em saúde e à educação permanente para o controle social”; 2) Ficam revogados os incisos II, VII e VII e parágrafo segundo do Artigo 52; 3) As Comissões aprovadas por Resoluções específicas, relacionadas no artigo 48 do Regimento do CNS, deixam de fazer parte do Regimento e passam a ter as seguintes denominações, em consonância com o artigo 13 da Lei 8.080/90, que define Comissão Intersetorial aquela que tem a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, e Comissão Permanente aquela que tem a finalidade de articular políticas e programas da saúde com outras políticas e programas de outros setores: Comissão Permanente de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem - CPASAJ; Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN; Comissão Permanente de Assistência Farmacêutica - CPAF; Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia - CICT; Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde - CICIS; Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS - CIEPCSS; Comissão Permanente de Eliminação da Hanseníase - CPEH; Comissão Permanente de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - CPLGBT; Comissão Permanente de Pessoas com Patologias - CPPP; Comissão Permanente de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - CPPICSUS; Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH; Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente - CISAMA; Comissão Intersetorial de Saúde Bucal - CISB; Comissão Permanente de Saúde da Mulher - CPSMU; Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência - CISP; Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra - CISP; Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST; Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI; Comissão Permanente de Saúde Mental - CISM; Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia - CIVSF; Comissão Permanente da Saúde do Idoso - CIPSI; Comissão Intersetorial de Trauma e Violência - CIPTV; Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP; Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento - COFIN; Comissão Permanente de Saúde Suplementar - CPSS; e Comissão Permanente para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS - CPADAIDS. As Comissões deverão ter a composição, o funcionamento e as atribuições avaliadas anualmente pelo CNS, que deliberará pela sua manutenção, alteração ou extinção; A Mesa Diretora do CNS coordenará um processo de fusão voluntária das Comissões do CNS com atribuições compatíveis e afins, cabendo às coordenações das Comissões iniciarem o debate e apresentarem proposta com esse objetivo até 31 de dezembro 2009. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** acrescentou que a proposta do GT é aprovar resolução do CNS e fazer alteração no Regimento Interno. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou verificação de quorum, tendo em vista que é necessário 2/3 dos membros do CNS para alteração regimental. Tendo sido verificado o quorum, foi aberta a palavra para debate. Conselheira **Marlene Braz** perguntou os motivos da alteração do Regimento Interno do CNS e também falou da dificuldade de composição da Comissão Permanente de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem, pela dificuldade na

aprovação da Política da Criança e do Adolescente. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que a Comissão Permanente de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem consta do Regimento Interno, portanto, estão constituídas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que, no caso de demanda, a Comissão pode reunir-se mesmo não tendo sido aprovada a Política. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** justificou os motivos da mudança no Regimento Interno, explicando o entendimento do GT: a existência da Comissão está garantida com a publicação da Resolução de criação, portanto, não necessitam constar do Regimento Interno; é necessário flexibilizar o número de reuniões das comissões; é preciso prever a possibilidade de extinção de comissões; a delimitação do número de conselheiros por comissões visa garantir maior participação de suplentes. Manifestações. Conselheira **Lílian Aliche** perguntou como ficaria a composição das comissões intersetoriais, no caso de não terem mais esse caráter. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** respondeu que a mudança na nomenclatura não afeta a atual composição das comissões. Conselheiro **Wilen Heil** sugeriu que cada conselheiro possa participar de até duas comissões como membro titular. Ressaltou ainda que seria preciso encontrar saída para as comissões com caráter intersetorial e permanente, a exemplo da Comissão Permanente de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Por fim, disse que é preciso maior prazo para aprofundar o debate da proposta, inclusive para comparar com o Regimento Interno. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** registrou a proposta de encaminhamento e informou que a lei prevê comissões intersetoriais ou permanentes. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que comissões permanentes são aquelas cujas ações são executadas no âmbito do SUS, mas possuem relação com outros setores. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou o GT pelo trabalho, contudo, ponderou que é preciso aprofundar o debate das propostas colocadas. Destacou que as comissões não possuem caráter deliberativo e avaliou que os debates desses espaços não podem restringir-se apenas às demandas do Pleno, sob o risco de delimitar a capacidade de debate delas. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** destacou que a proposta do GT destaca que as Comissões são oportunidades para ampliar a participação de sujeitos sociais, instituições e entidades com atuação no campo da saúde. Conselheiro **Paulo Venâncio** concordou que a Comissão deve trazer pautas para o Pleno do CNS e defendeu que é preciso discutir se as comissões, no formato que estão, atendem a necessidade de dar suporte ao Pleno. Defendeu ainda que os conselheiros devam, obrigatoriamente, participar de, no mínimo, uma comissão. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que as comissões podem trazer pauta ao Pleno e este apresentar demandas às comissões. Disse que foi proposta alteração do Regimento Interno, de forma que as comissões se justifiquem para responder as demandas do Pleno. Caso não haja demandas, a proposta prevê a possibilidade de extinguir. Nesse momento, houve uma interrupção no debate, por conta da presença do Ministro da Saúde, **José Gomes Temporão**. O Ministro de Estado da Saúde manifestou-se nos seguintes termos: “Gostaria de fazer uma saudação a todos os conselheiros e pedir desculpas porque ontem o voo que me trazia do Rio para cá atrasou e eu tinha uma agenda importante que eu vou falar daqui a pouco. Eu gostaria de destacar alguns fatos que ocorreram essa semana e outros que ocorrerão nas próximas. Primeiro, gostaria de destacar e que vocês acompanhem e monitorem a possibilidade de portabilidade dos usuários de planos de saúde que entrou em vigor antes de ontem. Essa é uma questão importante, aliás é uma antiga demanda das entidades de defesa do consumidor, dos usuários e das famílias que possuem planos e seguros. Isso vai beneficiar, nesse primeiro momento, 7,5 milhões de brasileiros e brasileiras e, durante o ano de 2009, serão desenvolvidos vários trabalhos para permitir que em 2010 essa opção possa ser estendida aos que possuem planos coletivos. Nesse momento, apenas quem possui planos individuais e familiares pode fazer a migração sem a necessidade de cumprir novamente a carência. É uma medida importante. A segunda foi o anúncio ontem, da ANVISA e do Ministério, do último relatório do PARA, programa que analisa a presença de resíduos de pesticidas e agrotóxicos nos alimentos consumidos pela população. Inclusive, ontem na reunião, a ANVISA, na pessoa do companheiro Agenor (*Agenor Álvares de Azevedo*) fez questão de elogiar a comissão do CNS que ajudou no trabalho desenvolvido pela Agência. E vocês devem ter acompanhado na imprensa hoje que a situação é preocupante em relação a alguns produtos, apesar ter avançado muito. No estudo da ANVISA, basicamente o pimentão, uva, tomate e morango foram os produtos com índices maiores que o permitido pela lei. O preocupante também é que foram encontrados resíduos de pesticidas proibidos para uso no Brasil. Isso levanta uma questão extremamente grave de que esses produtos possam estar entrando de maneira ilegal e sendo usados de maneira ilegal. É preciso aperfeiçoar o trabalho brilhante que a ANVISA vem realizando em parceria com o Ministério da Agricultura, do Meio Ambiente e do Desenvolvimento Agrário. Essa questão também tem uma dimensão de saúde do trabalhador importante, porque se está se encontrando resíduos dessa monta nos produtos significa possivelmente que o trabalhador está se expondo de maneira perigosa a essa substância que pode causar sérios problemas de saúde. No próximo sábado, nós teremos o dia nacional de campanha de vacinação do idoso, mais uma edição. O Brasil vem apresentando índices de cobertura importantes, satisfatórios e acho que o papel do conselho é importantíssimo porque é exatamente essa capilaridade que o PNI alcançou é que dá ao Brasil uma invejável posição no cenário internacional em relação às doenças

imunopreviníveis. Todos os postos de saúde do país estarão abertos para que as pessoas com 60 anos ou mais possam tomar a vacina. O outro assunto que eu queria compartilhar com vocês é sobre a situação do orçamento do Ministério da Saúde. Nós temos a Emenda nº. 29 que protege o nosso orçamento, mas está sendo necessário fazer uma recomposição de parte importante dos recursos porque na aprovação da matéria no Congresso, uma série de atividades finalísticas do Ministério foram substituídas por recursos de emendas. Então, nós estamos agora com o Ministério do planejamento fazendo um trabalho de recomposição desses créditos, recursos de custeio para medicamentos, vacinas e programas importantes do Ministério da Saúde, mas esse trabalho com o Ministério do Planejamento está sendo feito de maneira bastante harmônica. A nossa expectativa é que, durante o mês de abril ou maio, nós possamos ter o nosso orçamento completamente recomposto, embora, evidentemente, todos nós saibamos da nossa luta pela regulamentação da EC nº. 29. Eu recomendo que todos leiam a entrevista que o Presidente Lula concedeu à Rádio Globo ontem que está publicada hoje no jornal O Globo, na íntegra, onde ele faz uma colocação bastante clara da visão de que a saúde precisa de mais recursos financeiros para poder garantir a qualidade e a universalização do atendimento como dispõe a Constituição Brasileira. No jornal de hoje tem um trecho da entrevista em que fala especificamente da saúde e o seu orçamento. Nós estamos trabalhando, foi eleito o novo presidente da Frente Nacional de Prefeitos, é o prefeito de Vitória. Eu estive com o prefeito de Recife, antes de vir para cá, tratando de projetos de atendimento e ele me garantiu que hoje à tarde a Frente discutirá a questão do financiamento da saúde e da Emenda nº. 29. Esses eram os pontos mais importantes.” **Manifestações.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sinalizou o trabalho da ANVISA, em conjunto com a Polícia Federal, que resultou na apreensão de medicamentos falsificados. Sobre esse assunto, solicitou ao Ministro da Saúde que interviesse junto ao Presidente da Câmara dos Deputados no sentido de votar o projeto, em tramitação há quatorze anos, que transforma as farmácias em estabelecimentos de saúde. O Ministro de Estado da Saúde respondeu que, em princípio, é preciso reconhecer a importância do trabalho da ANVISA, em parceria com a Política Federal e o Ministério da Justiça. Explicou que foram apreendidos medicamentos falsos e outros importados sem registro no país, sendo alguns deles comercializados em farmácias. Disse que esteve pessoalmente com o Presidente da Câmara e chamou a atenção dele para a importância do referido projeto ser votado. A propósito, informou que foi lançada medida que terá impacto no funcionamento dos laboratórios farmacêuticos oficiais e na reestruturação da farmoquímica nacional. Disse que serão selecionados um conjunto de medicamentos de interesse para a saúde pública e será firmada parceria com a farmoquímica para que desenvolva tecnologia de produção dos princípios ativos e com os laboratórios oficiais para produção dos medicamentos. Disse que o Ministério da Saúde garante a compra desses medicamentos, o que resultará em uma economia de R\$ 150 milhões/por ano. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ratificou a preocupação com o resíduo dos agrotóxicos dos alimentos e as implicações na saúde do trabalhador. Contudo, destacou que essa é uma questão que envolve outros ministérios e indica a necessidade de ação maior da vigilância sanitária. Nesse sentido, reiterou a necessidade de pautar debate sobre a ação da ANVISA. O Ministro de Estado da Saúde concordou com a proposta e sugeriu convidar, além da ANVISA, os Ministérios da Agricultura, do Desenvolvimento Agrário e do Meio Ambiente. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** lembrou que, em novembro de 2008, propôs ao Ministério da Saúde a coordenação de um mutirão emergencial para reduzir a demanda reprimida de serviços diversos. Assim, perguntou ao Ministro da Saúde o que foi feito nesse sentido. O Ministro de Estado da Saúde disse que, pessoalmente, entende que é preciso estruturar o Sistema para atender a demanda, pois a realização de mutirão não resolve o problema. Nesse sentido, destacou que o Ministério da Saúde expandiu a política de cirurgias eletivas, aumentou os recursos do teto da Média e Alta Complexidade. Contudo, reconheceu que essas ações não são suficientes para resolver a questão. Ressaltou que é preciso viabilizar financeiramente os prestadores públicos e conveniados para aumentar a oferta, além de integrar as redes assistenciais. Sinalizou que falta recurso e, nesse sentido, destacou que o financiamento do gasto em saúde, na sua maioria, é feito pelas famílias e pelas empresas (o gasto público é de 38%). Conselheira **Maria Laura Carvalho** solicitou ao Ministério da Saúde maiores informações acerca dos resultados da pesquisa sobre doenças crônicas. O Ministro de Estado da Saúde disse que a pesquisa nacional é realizada há três anos e visa captar mudanças nos hábitos de alimentação, consumo de álcool, consumo de fumo, atividade física, auto-avaliação da saúde, entre outros aspectos. Sintetizou alguns dos resultados da pesquisa: aumento do percentual de pessoas que praticam atividade física; crescimento do consumo de frutas, legumes e verduras; redução do consumo de carne gordurosa; e redução do número de fumantes. Por outro lado, destacou que a pesquisa identificou aspectos que merecem atenção: índice de excesso de peso superior a 40%; aumento do índice de pessoas obesas; alto índice de sedentarismo; mais da metade das pessoas maiores de 60 anos não realizam atividade física regular; aumento do percentual de pessoas que consomem bebida alcoólica em grande quantidade; e aumento do percentual de pessoas que consomem bebida alcoólica e dirigem. Como encaminhamento, propôs que o CNS paute os resultados da pesquisa na próxima reunião. Conselheiro **Valdenir França**

solicitou informações ao Ministro da Saúde sobre a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, posto que a transição da saúde indígena para o Ministério da Saúde está acarretando em descontinuidade das ações de saúde nos Distritos Sanitários Indígenas. Em resposta, o Ministro de Estado da Saúde, primeiro, enfatizou a importância do GT de Saúde Indígena. Informou que está pronto o decreto presidencial que concede autonomia aos DSEIs, que terá impacto na gestão, com melhoria da assistência. A respeito da criação da Secretaria, disse que depende de tramitação no Congresso Nacional. Na avaliação do GT, não seria adequada a transferência imediata da estrutura da atenção à saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde. Com isso, a estratégia é garantir a autonomia e trabalhar as demais mudanças. Acrescentou, por fim, que o GT será o espaço de debate das propostas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** reconheceu o subfinanciamento da saúde, mas, por outro lado, manifestou a preocupação com a baixa execução orçamentária de itens do Ministério da Saúde. Informou ainda que, como desdobramento do debate da situação da saúde no DF, o pleno apontou a necessidade de verificar instrumentos de punição no caso de recusa do gestor em cumprir a legislação e de má utilização do fundo público. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou manifestação do Ministro da Saúde sobre a proposta de reforma tributária. O Ministro de Estado da Saúde disse que, na condição de Ministro da Saúde, está acompanhando o debate da proposta de reforma tributária. Lembrou que está em discussão a lei de responsabilidade sanitária e informou que esteve com o relator para discutir ações no sentido de aprová-la. Conselheiro **Volmir Raimondi** destacou que, no caso de mudanças administrativas, é preciso garantir a continuidade das ações. Também sinalizou o caso de Maceió que enfrenta sérios problemas na saúde pública, inclusive com não realização de cirurgias eletivas. O Ministro de Estado da Saúde reconheceu que a situação de saúde em Alagoas é complexa, mas enfatizou que eventuais problemas na realização de cirurgias eletivas não são por falta de recursos financeiros do Ministério da Saúde. Disse que até o momento não foi procurado por nenhuma representação de Alagoas. A respeito da saúde indígena, explicou que as ações estão sendo feitas em consonância com a discussão do GT de forma a não trazer prejuízos à população. O Presidente do CES de Alagoas, Benedito Alexandre, fez uso da palavra para destacar os problemas de Alagoas, inclusive em relação a cirurgias eletivas. Disse que os profissionais deixaram de realizar essas cirurgias há oito meses e afirmam que retomarão esse processo somente após o reajuste da tabela dos valores pagos. Destacou que uma delegação esteve em Alagoas para trabalhar a contratualização das instituições privadas. O Ministro de Estado da Saúde respondeu que, em princípio, não é possível fazer esse reajuste porque não há recurso. Explicou que a representação da Mesa Nacional de Negociação do SUS esteve em Alagoas no sentido de tentar resolver a situação. O Presidente do CES de Alagoas, Benedito Alexandre, solicitou audiência com o Ministro da Saúde para debater a grave situação de Alagoas. O Ministro de Estado da Saúde dispôs-se a receber a delegação de Alagoas, desde que sejam apresentadas propostas de soluções. Conselheiro **Alceu Pimentel** registrou que os profissionais de saúde de Alagoas enfrentam intransigência da gestão que há sete meses não negocia com esses profissionais. Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos da manhã. Iniciando os trabalhos do período da tarde, houve uma inversão da pauta. **ITEM 10 – PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE CUIDADORES DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA PELA REDE DE ESCOLA TÉCNICA DO SUS – Coordenação:** Conselheira **Lílian Alicke**, coordenadora da Comissão de Saúde Idoso. A representante da Área Técnica Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS, **Elen Oliveira Pernin**, apresentou o Programa de Formação de Cuidadores de Idosos com Dependência pela Rede de Escola Técnica do SUS. Começou com justificativas para a necessidade de cuidadores de pessoas idosas. Explicou que a estimativa é de aproximadamente 19.430.000 de pessoas idosas residentes no Brasil (DATUSUS, 2008) e a projeção para 2020 é de 32.000.000 (cerca 15% da pop. total), sendo o país com 6ª população idosa do mundo, em números absolutos. Fez um histórico das portarias na área do cuidador, com destaque para: Portaria Interministerial Nº 5153, de 07 de abril de 1999, que cria o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos; e Portaria Interministerial Nº 5, de 16 de junho de 2003, que Institui a Comissão Interministerial de coordenação do Programa Nacional de Cuidadores de Idosos - prazo de 60 dias para apresentar proposta de implementação de Rede Formal de Apoio, Acompanhamento e Orientação de Cuidadores de Idoso. Explicou que o público alvo do Programa de Formação de Cuidador de Idosos Dependentes são os cuidadores já inseridos no mercado de trabalho (em instituições de longa permanência para idosos; abrigos; asilos; programas públicos de assistência social ou à saúde) ou pessoas que desejam entrar no mercado de trabalho através da ocupação de cuidador. Explicou, então, a estratégia de formação – Rede de Escolas Técnicas em Saúde – 36 Escolas, com destaque para os seguintes dados: capacidade de Formação de Cuidadores por Escola – 10 turmas/ano de 35 alunos cada turma, perfazendo 350 alunos/ano/escola; Cuidadores formados pela Rede de Escolas Técnicas/ano – 12.600 cuidadores; total de cuidadores formados pela Rede de Escolas Técnicas em 3 anos – 37.800 cuidadores; carga Horária de cada turma – 160 horas; custo por aluno – R\$ 320,00; e custo total em 3 anos – R\$ 12.096.000,00. Detalhou que o Projeto Piloto do Projeto de Formação será desenvolvido no Acre, Mato Grosso do Sul, Alagoas, Blumenau, Minas gerais, Rio de Janeiro e o término está previsto para junho

de 2008. Disse que foi realizada oficina na cidade de Blumenau, de 9 a 13 de abril de 2007 com Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Diretores de Escolas Técnicas em Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, SBGG, Conselhos, Universidades e ABRAZ. Esclareceu que as categorias de cuidador são: informal: aquele que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio, com ou sem vínculo familiar e que não é remunerado; formal: pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida cotidiana fazendo elo entre o idoso, a família, e serviços de saúde e da comunidade, geralmente remunerado; familiar: garantir atenção diferenciada pelas equipes de saúde, principalmente da Atenção Básica, visando: minimizar o stress inerente ao cuidado cotidiano, atendimento à sua saúde, propiciar espaços coletivos com outras pessoas que cuidam de seus familiares dependentes para troca de experiências, inquietações, angústias etc e orientações gerais. Disse que o Projeto Piloto realizado em 2008 capacitou trezentos cuidadores, sendo: Mato Grosso: 2 turmas; Fiocruz: 2 turmas; Alagoas: 1 turma; Minas Gerais: 1 turma; Blumenau: 1 turma; e Acre: 2 turmas. Finalizando, apresentou os encaminhamentos: a) Projetos Cadastrados no Gescon: Alagoas: 360 cuidadores; Maranhão: 105 cuidadores; Blumenau: 280 cuidadores; Tocantins: 35 cuidadores; Mato Grosso do Sul: 350 cuidadores; Pará: 350 cuidadores; São Paulo; Brasília; b) 15 projetos apresentados esperando abrir Gescon 2009; c) esperando Portaria do PROFAPs (recurso para capacitação de fundo a fundo); d) possibilidade de cumprir a metade da meta do MAIS SAÚDE (68.500 cuidadores). Conselheira **Lílian Aliche** agradeceu a técnica pela apresentação e informou que a Comissão propôs a realização de seminário para discutir um plano piloto para formação dos cuidadores informais. Cumprimentou a iniciativa e ponderou sobre a possibilidade de acompanhamento do Projeto de Cuidadores. A representante da Área Técnica Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS, **Elen Oliveira Pernin**, informou que foi publicado o Guia Prático do Cuidador e, no ano de 2008, foram disponibilizados 30 mil exemplares para as escolas técnicas. Disse que mais 50 mil exemplares serão impressos e distribuídos, preferencialmente, para o cuidador familiar. **Manifestações.** Conselheiro **Alexandre Magno** perguntou como se dá a intersetorialidade do Programa de Formação com o Programa Integral de Atenção à Família e os NAFs e qual a metodologia de abordagem das famílias. Conselheira **Silvia Casagrande** quis saber a avaliação sobre o PL nº. 26, do Deputado Tião Viana, que extingue a categoria de auxiliares e técnicos. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** solicitou a distribuição ao Pleno de exemplares do Guia Prático do Cuidador e ressaltou ainda que seria necessário priorizar a capacitação dos cuidadores informais. **Retorno da mesa.** A representante da Área Técnica Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS, **Elen Oliveira Pernin**, explicou que a Área está discutindo com o Ministério do Trabalho e Ministério de Desenvolvimento Social com o cuidador formal e está iniciando processo de discussão sobre o cuidador familiar, e que a meta é capacitar 68 mil cuidadores até 2011. Também destacou a preocupação do Ministério da Saúde com a proposta de extinção da categoria de auxiliares e técnicos, mas avaliou que o PL não será aprovado. Disse que será constituída comissão para debater a proposta de capacitação de cuidadores e serão convidadas entidades da área para participar. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** sugeriu que fosse definido projeto de capacitação com a participação de formadores formais e informais, de forma a possibilitar a troca de experiências. Conselheiro **Raimundo Sotero** propôs que a distribuição dos guias fosse feita de acordo com o número de cuidadores formais, priorizando os locais com menos cuidadores formados. Além disso, sugeriu a distribuição de CDs dos cursos de capacitação nos locais que mais necessitarem. Também colocou a FENAD à disposição para contribuir na distribuição desse material. A representante da Área Técnica Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS, **Elen Oliveira Pernin**, primeiro, elogiou o projeto realizado no Acre e destacou que essa experiência será considerada na elaboração da proposta de cuidadores familiares. Reiterou que os 50 mil exemplares do Guia Prático do Cuidador serão distribuídos, preferencialmente, para o cuidador familiar. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** cumprimentou pela iniciativa e enfatizou que é preciso definir outras ações que reafirmem o idoso como sujeito de direitos. Perguntou qual a relação com o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e com os Centros de Referência de Assistência Social. **Retorno da mesa.** A representante da Área Técnica Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS explicou que as competências do curso de capacitação contemplam a idéia do idoso como sujeito de direitos. Disse que a Área Técnica possui interlocução com o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e com a Secretaria Especial de Direitos Humanos e enfatizou que os Centros de Referência de Assistência Social são essenciais no processo de capacitação. Conselheira **Lílian Aliche** disse que é preciso discutir em profundidade os parâmetros do treinamento, porque vai modificar os parâmetros da família. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, coordenador-adjunto da Comissão de Saúde do Idoso, falou da defesa pela formação do cuidador de idosos e defendeu que os conteúdos considerem as particularidades dessa população. Conselheiro **Ciro Mortella** enfatizou que é preciso discutir a cobertura dos aposentados em relação à previdência e que são necessárias ações diferenciadas para a população idosa. Conselheiro **Paulo Venâncio Carvalho** disse eu é preciso refletir sobre a isonomia dos direitos dos idosos e o papel dos idosos na família. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** perguntou se o projeto prevê a formação de agentes de saúde como cuidadores.

Retorno da mesa. A representante da Área Técnica Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS explicou que o entendimento é de que a pessoa idosa deve viver cada vez mais e com qualidade de vida. Ressaltou que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações no sentido de capacitar os agentes comunitários de saúde para lidarem com processo de envelhecimento da população. Destacou que foi distribuída a caderneta de saúde da pessoa idosa, que possibilita o acompanhamento por esses agentes. Disse ainda que nas competências do curso foi contemplada a questão do uso de medicamentos. Informou que levará a visão da nova família para ser contemplada nas capacitações. Conselheira **Lílian Aliche** solicitou maior atenção para os idosos que vivem sós e os com dependência. Finalizando, agradeceu a expositora pela apresentação. A seguir, Conselheiro **Clóvis Boufleur** assumiu a coordenação dos trabalhos e retomou o debate da proposta do GT sobre as Comissões do CNS. **Manifestações.** Conselheiro **Armando Raggio** manifestou apoio à proposta, que, na sua visão, permite a renovação das comissões do CNS. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou por que algumas comissões permanentes estão destacadas? Também propôs que as mudanças sugeridas fossem implementadas após a eleição do novo Conselho, para não interromper as atividades das comissões em desenvolvimento. Além disso, defendeu que cada conselheiro possa participar de duas comissões como membro titular. No caso da Comissão de Eliminação da Hanseníase, solicitou tratamento diferenciado, até por conta dos compromissos internacionais do governo. Por fim, ponderou sobre a possibilidade de redefinir as datas das visitas da Comissão, junto com Programa Nacional Combate à Hanseníase, aos Estados mais endêmicos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** respondeu que o destaque a comissões é didático no sentido de demonstrar as que sofreram mudanças (permanente e intersetorial). Informou ainda que a proposta do GT não interferia nos planos de trabalho das comissões. Ao final do debate, será encaminhada a participação de conselheiros titulares nas comissões. Sobre a Comissão de Hanseníase, o entendimento é que se trata de uma comissão permanente, porque tem por objetivo acompanhar e monitorar a política de hanseníase desenvolvida pelo governo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ratificou a proposta do GT, por entender que corrige o rumo das comissões. Também disse são constituídas pelo Conselho Nacional de Saúde, a partir da sua necessidade de exercer e fortalecer o controle social. Entendeu que, a partir dessa proposta, os planos de trabalho das comissões com ações de longo prazo estão suspensos, tendo em vista que as comissões atuarão a partir das demandas do Pleno. Também defendeu que cada conselheiro titular participe de apenas uma comissão, a fim de garantir a participação de outros conselheiros nas comissões. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, em relação à fala do Presidente, explicou que a proposta do GT não previu a suspensão dos planos de trabalho das comissões. Contudo, essa questão pode ser discutida pelo Pleno. Conselheiro **Volmir Raimondi** reforçou o entendimento de que é possível trabalhar os temas macros de forma mais objetiva e com resultados de acordo com a realidade. Nessa lógica, sugeriu que as comissões iniciassem debate de junção no sentido de discutir esses temas macros. Assim, cumprimentou o GT pela proposta e manifestou apoio à mesma. Conselheiro **Wilen Heil** solicitou a revisão do art. 49 do Regimento Interno, que prevê a atuação de dois conselheiros titulares e suplentes para atuarem em cada comissão. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** iniciou a sua intervenção esclarecendo que a CONTAG não coordena nenhuma comissão do CNS. Avaliou que, mesmo sendo a segunda vez que o Pleno debate esse tema, não tratou das dimensões relacionadas ao papel das comissões. Ressaltou que as comissões são criadas devido à exigüidade de tempo para os debates das políticas no Pleno e em razão de o Ministério da Saúde aprovar novas políticas. Avaliou ainda que, em sendo pautadas apenas pelo Pleno, as comissões não conseguiram cumprir o papel de articular, avaliar e acompanhar a implementação. Sobre comissões permanentes e intersetoriais, defendeu que fosse estabelecida uma hierarquia de importância e acrescentou que as comissões, de um modo geral, possuem caráter intersetorial. Disse ainda que a fusão de comissões deva ser pensada a partir da afinidade das políticas e os desafios colocados para implementá-las. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** ressaltou que no documento de justificativa da CISM/CNS, elaborado pelos integrantes da Comissão, defende-se: permanência das comissões existentes; e reestruturação das comissões, desde que antecedida de amplo debate e envolvendo os integrantes das comissões. Como encaminhamento, propôs a realização de seminário do CNS, garantindo-se inclusive a participação dos integrantes das comissões, para discutir as propostas de reestruturação das comissões, para evitar, inclusive, problemas operacionais futuros. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** iniciou a sua fala ratificando a dificuldade de se trabalhar com o número de comissões existentes (26). Sugeriu a reestruturação gradual das comissões para não desconstruir o que fora construído até aquele momento. Propôs que cada conselheiro titular participe de até duas comissões e coordene apenas uma. Além disso, discordou da definição de comissão “permanente”, tendo em vista o entendimento de que as comissões são conjunturais. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** colocou duas propostas para apreciação: os integrantes da Mesa Diretora não devem participar de comissões; e reflexão sobre a possibilidade de ser instituído o cargo de duas vice-presidência no CNS (com possibilidade de rodízio na presidência e vice-presidência) – proposta para ser discutida futuramente. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** identificou, a partir

das falas, que não houve posições contrárias à proposta do GT. E esclareceu, antes dos encaminhamentos, que o processo de fusão das Comissões do CNS seria voluntário e de acordo com atribuições compatíveis e afins. A seguir, listou os pontos que emergiram do debate para definição: participação de conselheiro como membro titular nas comissões – propostas: uma comissão ou duas; exclusão do termo “permanente” das comissões; não participação de membros da Mesa Diretora em comissões; e realização de seminário, com participação de integrantes das comissões. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** solicitou a reformulação do inciso I do Art. 52 “I - As Comissões se reunirão de acordo com as necessidades debatidas e aprovadas pelo Pleno, com elaboração de previsão de custos para cada reunião”. **Encaminhamento: remeter a votação da proposta de resolução sobre as comissões para a próxima reunião, de forma a possibilitar aos conselheiros que apresentem contribuições. Estas deverão ser encaminhadas até às 12h do dia 13 de maio de 2009. O Grupo fará o consolidado das contribuições dos conselheiros para apresentar ao Pleno no segundo dia da reunião.** Definido esse ponto, Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** submeteu à apreciação do Pleno a carta elaborada pela CISM/CNS aos conselhos municipais e estaduais de saúde, alertando esses entes da federação para que se mobilizem para inclusão das diretrizes e ações de saúde mental nos municípios e estados, tendo em vista o debate e aprovação dos Planos Plurianuais e Planos Municipais em 2009. **Encaminhamento: a carta foi aprovada e será enviada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.** Em seguida, foi aberto espaço para definição de encaminhamento sobre o debate do item 5 – Saúde indígena - situação atual da assistência. Conselheiro **Ailson dos Santos(Yssô Truká)** disse que é preciso definir ação a respeito do Vale do Javari, tendo em vista as mortes, mesmo após o inquérito sorológico. Dessa forma, propôs que seja realizado novo inquérito sorológico para confirmação dos dados epidemiológicos e tratamento das pessoas. Além disso, sugeriu que o GT que esteve no Vale do Javari visite o Médio Purus para verificar a situação local, inclusive de descontinuidade das ações com o anúncio da transferência da saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** propôs a realização de seminário nacional para debater as políticas de promoção da saúde no âmbito da FUNASA. **Encaminhamentos: recomendar ao Ministério da Saúde a realização de novo inquérito sorológico e, a partir do resultado, definir ações para garantir o atendimento às pessoas; convocar o GT que esteve no Vale do Javari para ir à comunidade do Médio Rio Purus verificar a situação local; e indicar a realização de seminário nacional para debater as políticas de promoção da saúde no âmbito da FUNASA. A Secretaria-Executiva avaliará a disponibilidade de recurso para o evento. Foram indicadas as seguintes representações para organizar a atividade: CONTAG, movimento indígena, CISAMA/CNS e CIVSF/CNS.** Em seguida, o Presidente do CNS informou que a Ordem dos Advogados do Brasil, na pessoa do seu presidente, garantiu que a ADIn impetrada contra o Estado de Sergipe será estendida aos outros estados que aprovaram proposta de fundação de direito privado e assumiu o compromisso de, no caso de o projeto de lei ser aprovado, impetrar outra ADIn no Supremo Tribunal Federal. Além disso, explicou que a OAB solicitou apoio do CNS à marcha da Ordem contra o projeto de lei sobre os precatórios e divulgação no sítio do Conselho. **Encaminhamento: o Pleno fará consulta ao assessor da COFIN sobre a proposta e, no caso de manifestação positiva, o movimento da OAB será divulgado no sítio do CNS.** Conselheiro **Geraldo Adão dos Santos** solicitou a autorização do Pleno para a visita de dois integrantes da Comissão de Eliminação da Hanseníase aos Estados do Maranhão, Tocantins e Piauí, para verificar a situação local. **Encaminhamento: o Pleno autorizou a visita de dois integrantes da Comissão de Eliminação da Hanseníase aos Estados do Maranhão, Tocantins e Piauí, para verificar a situação local. ITEM 7 – ABERTURA DE NOVOS CURSOS –** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, primeiramente, justificou a ausência da conselheira Maria Helena Machado e da conselheira Graciara Matos de Azevedo e informou o Pleno sobre a oficina da CIRH, nos dias 29 e 30 de março de 2009. Disse que nessa atividade a Comissão definiu o seu planejamento para 2009 com os seguintes eixos: gestão da educação; trabalho; e relações institucionais. O relatório, tão logo seja concluído, será enviado aos conselheiros. Comunicou ainda que a Comissão recebera o convite para participar do Congresso da Rede Unida e, nessa linha, solicitou a participação de dois conselheiros integrantes da CIRH. **Encaminhamento: aprovada a participação de dois conselheiros integrantes da CIRH no Congresso da Rede Unida.** Em seguida, a Conselheira procedeu à apresentação de 34 notas técnicas sobre processos de renovação de autorização de cursos na área da saúde. Detalhou que tiveram parecer satisfatório os cursos com notas superior a 3 na avaliação do MEC e parecer insatisfatório os com nota inferior a 3. Os pareceres são: 1) Referência: Processo nº 200809813 SAPIENS Nº 20050013558; Interessado: Centro Universitário Nove de Julho – UNINOVE – São Paulo-SP; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório; 2) Referência: Processo nº 200809761 SAPIENS Nº 20050013558; Interessado: Universidade Bandeirante de São Paulo - São Paulo-SP; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório; 3) Referência: Processo nº 200808737 SAPIENS Nº 20050013558; Interessado: Universidade de Marília – UNIMAR; Curso: Renovação do Curso de Medicina; Parecer: insatisfatório. 4) Referência: Processo nº

1980 200809398; Interessado: Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP; Curso: Renovação do Curso de
1981 Medicina; Parecer: insatisfatório. 5) Referência: Processo nº 200811126; Interessado: Universidade
1982 Federal de Minas Gerais – UFMG; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 6)
1983 Referência: Processo nº 200811125NS; Interessado: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG;
1984 Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 7) Referência: Processo nº
1985 200813370; Interessado: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; Curso: Renovação do Curso
1986 de Psicologia; Parecer: satisfatório. 8) Referência: Processo nº 200806901; Interessado: Universidade
1987 Federal de Juiz de Fora – UFJF; Curso: Renovação do Curso de Medicina; Parecer: satisfatório. 9)
1988 Referência: Processo nº 200711150; Interessado: Faculdade Ruy Barbosa de Psicologia – FRBPSIC –
1989 Salvador-BA; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 10) Referência:
1990 Processo nº 200809820; Interessado: Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas-RS; Curso:
1991 Renovação do Curso de Medicina; Parecer: insatisfatório. 11) Referência: Processo nº 200811472;
1992 Interessado: Centro Universitário de Brasília – UNICEUB; Curso: Renovação do Curso de Psicologia;
1993 Parecer: satisfatório. 12) Referência: Processo nº 200809682; Interessado: Universidade Federal do
1994 Triângulo Mineiro-UFTM; Curso: Renovação do Curso de Medicina; Parecer: satisfatório. 13)
1995 Referência: Processo nº 200800281; Interessado: Centro Universitário da Grande Dourados –
1996 UINGRAN; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 14) Referência: Processo
1997 nº 200800429; Interessado: Centro Universitário de Volta Redonda – UNIFOA; Curso: Renovação do
1998 Curso de Medicina; Parecer: insatisfatório. 15) Referência: Processo nº 200809243; Interessado:
1999 Universidade de Brasília – UNB; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 16)
2000 Referência: Processo nº 200809244; Interessado: Universidade de Brasília – UNB; Curso: Renovação
2001 do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 17) Referência: Processo nº 200809245; Interessado:
2002 Universidade de Brasília – UNB; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 18)
2003 Referência: Processo nº 200812964; Interessado: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM;
2004 Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 19) Referência: Processo nº 2007-
2005 1405; Interessado: Universidade Veiga de Almeida - UVA - Rio de Janeiro-RJ; Curso: Renovação do
2006 Curso de Odontologia; Parecer: satisfatório. 20) Referência: Processo nº 2008-00004; Interessado:
2007 Faculdade de Imperatriz – FACIMP – Imperatriz-MA; Curso: Renovação do Curso de Odontologia;
2008 Parecer: insatisfatório. 21) Referência: Processo nº 200815411; Interessado: Universidade Federal de
2009 Sergipe-UFS – São Cristóvão-SE; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 22)
2010 Referência: Processo nº 200812333; Interessado: Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de
2011 Janeiro-RJ; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 23) Referência: Processo
2012 nº 200812348; Interessado: Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro-RJ; Curso:
2013 Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 24) Referência: Processo nº 200809636;
2014 Interessado: Faculdade do Amazonas-CIEC ODONT - Manaus-AM; Curso: Renovação do Curso de
2015 Odontologia; Parecer: insatisfatório. 25) Referência: Processo nº 200809463; Interessado: Centro
2016 Universitário do Triângulo - UNITRI – Uberlândia-MG; Curso: Renovação do Curso de Odontologia;
2017 Parecer: satisfatório. 26) Referência: Processo nº 200810644; Interessado: Centro Universitário
2018 Fluminense – UNIFLU – Campos dos Goytacazes-RJ; Curso: Renovação do Curso de Odontologia;
2019 Parecer: insatisfatório. 27) Referência: Processo nº 200809454; Interessado: Universidade Paranaense
2020 – UNIPAR – Umuarama-PR; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório. 28)
2021 Referência: Processo nº 200809669; Interessado: Faculdade de Odontologia de Caruaru – FOC;
2022 Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório. 29) Referência: Processo nº
2023 200811070; Interessado: Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES – Santos-SP; Curso:
2024 Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório. 30) Referência: Processo nº 200811170;
2025 Interessado: Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES – Santos-SP; Curso: Renovação do
2026 Curso de Medicina; Parecer: insatisfatório. 31) Referência: Processo nº 200809708; Interessado:
2027 Universidade Tiradentes – UNIT – Aracaju-SE; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer:
2028 satisfatório. 32) Referência: Processo nº 200809498; Interessado: Universidade Cruzeiro do Sul –
2029 UNICSUL – São Paulo-SP; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório. 33)
2030 Referência: Processo nº 200808951; Interessado: Universidade de Brasília – UNB; Curso: Renovação
2031 do Curso de Medicina; Parecer: satisfatório. 34) Referência: Processo nº 200809629; Interessado:
2032 Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS – Manaus-AM; Curso: Renovação do Curso de
2033 Medicina; Parecer: insatisfatório. **Encaminhamento: as 34 notas técnicas foram aprovadas por**
2034 **unanimidade.** A seguir, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Camapum**, apresentou os temas
2035 pendentes da reunião. Primeiro, submeteu à apreciação do Pleno uma minuta de resolução sobre os
2036 20 anos do SUS que resolve: que o Ministério da saúde conceda medalha própria comemorativa dos
2037 20 anos do SUS para homenagear pessoas que se destacaram e se destacam nessa construção, e
2038 indicados (as) pelo CNS e Ministério da Saúde. **Encaminhamento: a resolução foi aprovada.** O
2039 Presidente do CNS justificou que teria que se retirar porque participaria da caravana em defesa do
2040 SUS em Betim. Continuando, a Secretária-Executiva do CNS apresentou a composição da Comissão
2041 de Atenção Integral à Saúde da Criança, Adolescente e Jovens, com destaque à inclusão da Força

Sindical e do MEC. **Encaminhamento: a composição foi aprovada. A seguir, apresentou mudança na composição da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos: Coordenador – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – Degert; e Coordenador Adjunto – Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO passa de suplente a titular; e Associação Brasileira de Odontologia como suplente. Encaminhamento: as modificações foram aprovadas.** Prosseguindo, solicitou a indicação dos nomes para compor o GT de Alagoas. **Encaminhamento: foram indicados os seguintes nomes para compor o GT: Jurandi Frutuoso, Nilo, Maria Helena Machado, Alceu Pimentel, Sílvia Casagrande, Francisco Batista Júnior, Alexandre Magno, Maria do Socorro de Souza e Carmem Lúcia Luiz.** Em seguida, solicitou a indicação de nomes para compor o GT para debater com o governador do DF, o Secretário de Saúde e o Ministério Público a recomposição do Conselho, a definição de sede própria e a publicidade das reuniões. **Encaminhamento: foram indicados os seguintes nomes: Jovita José, Francisco Batista Júnior, Antônio Alves de Souza, Nildes de Oliveira Andrade, Afonso Magalhães e um representante do CONASS ou CONASEMS.** Em seguida, a Secretária-Executiva do CNS retomou a questão do GT do Médio Rio Purus. Comunicou que, conforme aprovado, os integrantes do GT do Vale do Javari (Eufrásia Santos Cadorin, Ailson dos Santos, Valdenir de Andrade França e José Eri de Medeiros) visitariam o Médio Rio Purus. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** colocou-se à disposição para compor o GT. **Encaminhamento: o GT de Visita ao Médio Rio Purus foi composto por: Eufrásia Santos Cadorin, Ailson dos Santos, Valdenir de Andrade França, José Eri de Medeiros e Carmem Lúcia Luiz.** A data provável da visita é de 30 de abril a 7 de maio. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** solicitou a indicação de representantes do CNS para participar do Seminário Nacional de Diversidade de Sujeitos e igualdade de direitos no SUS, de 8 a 11 de maio de 2009. **Encaminhamento: foram indicados para participar do seminário como representante do CNS os Conselheiros Alexandre Magno e Ailson dos Santos e para compor a mesa de abertura, representando o CNS, foi indicada a Conselheira Carmem Lúcia Luiz. A atividade será divulgada e os conselheiros interessados deverão comunicar à Secretaria-Executiva do CNS.** A seguir, a Secretária-Executiva do CNS apresentou os seguintes documentos em relação ao Distrito Federal; 1) Recomendação: ao Secretário de Saúde do DF que inicie debate sobre a recomposição, a definição da sede própria e a publicidade das reuniões do Conselho de Saúde do DF; e 2) Resolução: a) recomendar a suspensão do repasse dos recursos financeiros Fundo a Fundo do governo federal para o governo do DF b) instituir GT de conselheiros nacionais, para, no prazo de quinze dias, iniciar um diálogo com o Secretário de Saúde do DF. **Encaminhamento: aprovada a recomendação e a resolução, com o adendo de fazer menção nos considerandos à terceirização da gestão do Hospital de Santa Maria. ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a Secretária-Executiva do CNS, **Rosângela Camapum**, encerrou a reunião, agradecendo a presença de todos e dos internautas. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares: Ailson dos Santos, Antônio Alves de Souza, Armando Tadeu Gastapaglia, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Clóvis Bouffleur, Eufrásia Santos Cadorin, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, João Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, Luiz Antônio de Sá, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Ronald Ferreira dos Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sílvia Martins Casagrande, Ubiratan Cassano Santos, Valdenir Andrade França, Volmir Raimondi e Wilen Heil e Silva. Suplentes: Alceu José Peixoto Pimentel, Alexandre Magno Lins Soares, André Luiz de Oliveira, Armando Martinho Bardou Raggio, Arnaldo Marcolino, Eline Jones, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Eri de Medeiros, Juarez Pires de Souza, Lílian Alicke, Lucimar Batista da Costa, Luís Augusto Salomon, Maria do Socorro de Souza, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Thereza Almeida Antunes, Marlene Braz, Marília Ehl Barbosa, Marisa Fúria, Paulo Roberto Venâncio Carvalho e Sérgio Ricardo Góes Mena Barreto.**