



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

9 Aos quinze e dezesseis dias do mês de abril de dois mil e nove, no Plenário do Conselho Nacional de
10 Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala "B", Brasília,
11 Distrito Federal, realizou-se a Centésima Nonagésima Sexta Reunião Ordinária do CNS. O Presidente
12 do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os presentes e os internautas. Em
13 seguida, apresentou a pauta da reunião para consideração do plenário. **ITEM 12 – INFORMES E**
14 **INDICAÇÕES** – Primeiro, a Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, falou
15 sobre os itens que demandam indicação de representantes do CNS: 1) XXV Congresso Nacional de
16 Secretárias Municipais de Saúde e o VI Congresso de Saúde - O evento ocorrerá nos dias 11 a 14 de
17 maio de 2009 ,no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília/DF. O CONASEMS solicita:
18 a indicação de 10 representantes do CNS para que seja feita a isenção da taxa de inscrição.
19 **Encaminhamento:** A SE/CNS fará circular lista para que os interessados se manifestem; a indicação do
20 nome de um Conselheiro Nacional do segmento dos Usuários para participar como expositor no curso:
21 Controle Público Institucional e Social nos dias 11 e 12 de maio (manhã e tarde). 2) 2º Seminário
22 Nacional de Humanização - O Programa Nacional de Humanização solicita indicação de representante
23 do CNS para compor a Comissão Organizadora do Seminário Nacional de Humanização. **Indicação:**
24 Conselheiro Raimundo Sotero. 3) III Plenária Estadual de Conselhos de Saúde – O Conselho Estadual
25 de Saúde do Tocantins convida o Conselheiro José Marcos de Oliveira para proferir palestra. O evento
26 ocorrerá no dia 29 de abril de 2009, em Tocantins - TO. A SE/CNS verificará um conselheiro para
27 participar dessa atividade. 4) Capacitação para Agentes do Controle Social no SUS para Conselheiros
28 e Lideranças Indígenas – O Conselho Estadual de Saúde de Rondônia em parceria com a FUNASA e
29 o Conselho Distrital da Saúde Indígena - CONDSI- Convida o Conselheiro Valdenir Andrade França
30 para participar do evento, que ocorrerá na cidade de Guajará Mirim-RO, nos dias 04 a 08 de maio de
31 2009, em Rondônia – RO. Aprovado. 5) Seminário Controle Social e Tuberculose na Região Sudeste I
32 - A Secretaria de Vigilância em Saúde o Programa Nacional de Controle da Tuberculose/PNCT convida
33 o conselheiro José Marcos de Oliveira para participar do painel de abertura. O evento ocorrerá nos
34 dias 26 e 27 de maio 2009, em Belo Horizonte – MG. Aprovado. 6) Coordenadoria de Direitos
35 Humanos e da Juventude - o Comitê Interinstitucional pela Erradicação da Hanseníase no Estado do
36 Piauí convida o CNS para participar da Oficina de elaboração do plano estadual. O evento ocorrerá
37 nos dias 28 e 29 de maio de 2009, em Teresina – PI. Indicação: Conselheiro Artur Custódio de Souza.
38 7) Plenária de Minas Gerais. Indicação: Conselheiro Paulo e Fernando Eliotério. 8) Fórum
39 "Medicamentos, Políticas Públicas e Judicialização da Saúde" – 7 de maio. Indicação: um integrante da
40 COFIN (verificar). Em seguida, submeteu à apreciação as seguintes Resoluções: a) redefinição da
41 coordenação da Comissão de Comunicação e Informação: Conselheira Silvia Casagrande –
42 coordenadora; e Conselheira Maria Betânia – coordenadora adjunta. **Encaminhamento:** aprovada. b)
43 redefinição da coordenação da Comissão de Práticas Complementares e Integrativas do SUS -
44 CONASEMS – coordenador; e COFITO – coordenador-adjunto. **Encaminhamento:** aprovada. A seguir,
45 apresentou moção, elaborada pela CISM/NCS, de agradecimento ao Professor Evaldo pelos trabalhos
46 de acupuntura prestados ao país. **Encaminhamento:** a Comissão deverá apresentar subsídios à
47 proposta, pois o Pleno não conhece o homenageado. Também apresentou as seguintes propostas da
48 CICIS/CNS sobre os 20 anos do SUS: a) criar no site do CNS um espaço para os 20 anos do SUS a
49 ser alimentado com materiais dos Estados e Conselheiros Nacionais; b) atualizar Do Portal do
50 Ministério da Saúde -20 Anos do SUS; c) fazer Sessão Solene no Pleno do CNS sobre os 20 anos do
51 SUS na Reunião Ordinária de junho de 2009, convidando personalidades que contribuíram para a
52 construção do SUS e fazendo a entrega de certificados; e d) aprovar uma Recomendação ao Ministro
53 da Saúde para a criação de uma medalha específica alusiva aos 20 anos do SUS. A seguir, foram
54 apresentadas novas sugestões. **Encaminhamentos:** foram aprovadas as seguintes propostas:
55 criar no site do CNS um espaço para os 20 anos do SUS a ser alimentado com materiais dos
56 Estados e Conselheiros Nacionais; atualizar (Do Portal do Ministério da Saúde -20 Anos do
57 SUS; fazer Sessão Solene no Pleno do CNS sobre os 20 anos do SUS na reunião Ordinária de

58 junho de 2009, convidando personalidades que contribuíram para a construção do SUS e
59 fazendo a entrega de certificados (a Comissão deverá apresentar proposta na reunião de maio);
60 aprovar uma Recomendação do CNS ao Ministro da Saúde para a criação de uma medalha
61 específica alusiva aos 20 anos do SUS; verificar a possibilidade de criar sala de debates a
62 respeito do tema (desde que sem ônus ou com parceria); tentar viabilizar audiência pública na
63 Câmara dos Deputados para debater os 20 anos do SUS; trabalhar material dos 20 anos para
64 disponibilizar nos eventos agendados como congresso do CONASEMS, da ABRASCO, da Rede
65 Unida, reunião anual da SBPC, seminário com movimentos sociais promovido pela SGEP e nas
66 caravanas em defesa do SUS; redigir recomendação para que seja criada medalha alusiva aos
67 20 anos do SUS – a Comissão redigirá o texto para ser submetido à apreciação do Pleno; levar
68 esse debate às entidades que compõem o CNS; enviar ofício a entidades, recomendando a
69 assinatura do abaixo-assinado sobre a regulamentação da EC e SUS como patrimônio social
70 cultura imaterial da humanidade; e enviar ofício as entidades, disponibilizando os links sobre
71 esses assuntos, para ampliar a divulgação. Além disso, considerando a deliberação do CNS de
72 ampliar a atuação do controle social, o Pleno aprovou a proposta de enviar delegação paritária
73 de quatro conselheiros para representar o CNS na Assembléia Geral da Organização Mundial de
74 Saúde, em Genebra, de 22 a 26 de maio de 2009. Indicação: Conselheiro Francisco Batista
75 Júnior. Os demais nomes deverão ser indicados com a máxima brevidade, para providências
76 em relação ao deslocamento. Em seguida, a Secretaria-Executiva do CNS registrou o recebimento
77 de ofício do CONASS, solicitando a saída da representação dessa Entidade das seguintes comissões:
78 Práticas Integrativas e Complementares do SUS, Saúde do Idoso e Saúde Bucal, dada impossibilidade
79 de indicação de nomes. **Encaminhamento: aguardar a representação do CONASS para discutir.** A
80 seguir, fez um breve informe sobre os desdobramentos acerca da denúncia da situação de saúde de
81 Alagoas. Comunicou que a Secretaria-Executiva do CNS enviou ofício ao CES/AL e à SES, solicitando
82 esclarecimentos sobre a denúncia. Contudo, a Secretaria não respondeu o ofício e o Conselho enviou
83 um conjunto de documentos, que precisam de análise. Conselheira **Maria Helena Machado** registrou
84 que o Ministério da Saúde já tomou providências no sentido de buscar entendimento sobre a situação.
85 **Encaminhamento: discutir o tema no dia seguinte com a presença do Presidente do CES/AL.** Em
86 seguida, Conselheira **Maria Tereza Antunes** pleiteou participação no GT sobre o Protocolo de Doença
87 Celíaca, aprovado na última reunião. **Encaminhamento: aprovada a inclusão da Conselheira no**
88 **GT.** Conselheiro **Luiz Antônio de Sá** informou que a Confederação Espírita Pan-americana (CEPA)
89 realizará o III Fórum do Livre-Pensar Espírita, nos dias 5, 6 e 7 de junho de 2009, em Guarulhos-SP,
90 que tem como temática central “Espiritalismo, saúde mental e cidadania”. Solicitou à SE/CNS que
91 disponibilize o material de divulgação e a ficha de inscrição. A seguir, conselheira **Eufrásia Cadorin**
92 submeteu à apreciação do Pleno a seguinte mudança na composição da Comissão de Educação
93 Permanente: a representação do MORHAN sai da coordenação-adjunta e assume uma vaga na
94 titularidade; e a FIO assume a coordenação-adjunta. **Encaminhamento: a mudança foi aprovada.**
95 Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou quais as providências que estão sendo tomadas para que o
96 GT de Órtese e Prótese se reúna. Em resposta, a Secretaria-Executiva informou que está consultando
97 os membros para definir uma data para reunião. A seguir, Conselheira **Lucimar Batista da Costa**
98 informou a realização do 1º Encontro de Jovens do MORHAN, de 12 a 16 de maio, em Brasília. O
99 convite e a programação serão encaminhados posteriormente ao CNS. Conselheiro **Raimundo Sotero**
100 solicitou à Secretaria-Executiva que divulgue os convites ao CNS, para que tome conhecimento e
101 programe-se com antecedência. **Encaminhamento: discutir com a Equipe de Comunicação a**
102 **inclusão de link no site do CNS para divulgação dos eventos.** Conselheiro **Wilen Heil** informou
103 sobre a publicação da Portaria nº. 84, que institui a classificação dos serviços prestados pelos
104 profissionais de saúde. Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou qual o encaminhamento da Mesa
105 Diretora a respeito da correspondência que encaminhou acerca da Portaria nº. 2.867, que alterou a
106 forma de repasse dos recursos para atendimento, acompanhamento, reabilitação física, mental, visual
107 e múltiplas deficiências. Disse que a Portaria acarretou decréscimo dos recursos para prestação de
108 assistência à saúde a pessoas com deficiências. O Presidente do CNS informou que a Mesa Diretora
109 solicitou ao Ministério da Saúde a avaliação sobre a possibilidade de prorrogação do prazo e aguarda
110 resposta. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou a realização do Farmapolis, em
111 Florianópolis, que congrega, entre outras, as seguintes atividades: o 1º Encontro Nacional de
112 Farmacêuticos Conselheiros de Saúde e 4º Encontro de Farmacêuticos do SUS, Encontro de
113 Farmacêuticos do MERCOSUL e Fórum de Regulação do Trabalho no MERCOSUL. Também solicitou
114 a SE/CNS que disponibilize o ofício, encaminhado ao Ministro da Saúde, solicitando a homologação da
115 Resolução do CNS sobre as fundações de direito privado. Por fim, informou a sua participação no
116 seminário realizado pelo CONASS e pela SGEP/MS a respeito da avaliação do processo de
117 conferências e propôs que fosse pautada apresentação do estudo, realizado pela UnB, sobre os
118 resultados das conferências. Conselheiro **Adson França dos Santos** propôs que o CNS monitore o
119 pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e na Amazônia Legal. As informações sobre o

120 pacto serão levadas à Mesa Diretora para apreciação. Por fim, Conselheira **Eufrásia Cadorin** informou
121 a realização do Congresso da FIO, nos dias 25 e 26 de junho de 2008 e será enviado convite ao CNS.
122 **ITEM 2 – APROVAÇÃO DAS ATAS DO CNS – 190^a, 191^a, 192^a E 193^a REUNIÕES ORDINÁRIAS –**
123 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, submeteu à apreciação do Pleno as atas
124 das seguintes reuniões ordinárias do CNS: 190^a, 191^a, 192^a e 193^a. **Encaminhamento: as atas foram**
125 **aprovadas, por unanimidade.** A Secretaria-Executiva do CNS informou que, no período da tarde,
126 seria feita experiência com estenotipia para produzir o texto *in verbis* da reunião. **ITEM 11 –**
127 **CARAVANA EM DEFESA DO SUS –** Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, fez
128 um informe das primeiras caravanas realizadas, Maranhão e Ceará, com destaque à efetiva
129 participação do controle social. Em seguida, A Secretaria-Executiva do CNS comunicou as seguintes
130 mudanças no calendário das caravanas: Distrito Federal - 15 de setembro; Paraíba - 1º de julho; e Belo
131 Horizonte - 26 de outubro. Disse que o calendário das caravanas é constantemente atualizado no site.
132 Destacou ainda que estão previstas e serão realizadas caravanas municipais como preparação para a
133 caravana nos Estados. Ressaltou que a caravana está em destaque no site do CNS e o Web site da
134 caravana é alimentado com material das atividades realizadas. Comunicou que nas caravanas já
135 realizadas foram instalados computadores para colher assinatura nos fóruns em favor do SUS como
136 patrimônio social da humanidade. Também lembrou que o CNS decidiu enviar ofícios às entidades
137 para que incluam link dos fóruns e incentivem a adesão. Ressaltou que está confirmada a Caravana de
138 Manaus/AM, no dia 21 de maio de 2009. Lembrou que o Presidente do CNS explanaria sobre
139 “Avanços e desafios do SUS” e, conforme a programação, o Pleno deveria indicar um nome para o
140 painel “SUS patrimônio social, cultural material da humanidade”. Por fim, solicitou que se
141 manifestassem os conselheiros interessados em participar da caravana de Manaus. **Manifestações.**
142 Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que o CNS faça um comunicado explicando que o movimento
143 estadual deve iniciar o processo de mobilização, com realização de caravanas municipais, por
144 exemplo, sem necessariamente aguardar a presença da caravana nacional. Demonstrou preocupação
145 com a pequena adesão aos fóruns, o que, no seu entendimento, reflete a fragilidade da mobilização,
146 considerando que 1/3 da população brasileira tem acesso à internet. Objetivando ampliar a adesão,
147 sugeriu monitorar o site, evitando problemas que impeçam o acesso e divulgar a importância da
148 adesão nos blogs. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que a coleta de assinaturas no
149 fórum da regulamentação da EC será encaminhada ao Congresso e a do SUS como patrimônio será
150 enviada à UNESCO. Enfatizou que as entidades devem mobilizar as suas bases para adesão aos
151 fóruns. Também informou que serão realizados seminários regionais para levar às comunidades
152 indígenas os resultados do trabalho do GT, que trata da transferência da saúde indígena da FUNASA
153 para o Ministério da Saúde. Em Manaus, está prevista a realização do seminário junto com a caravana,
154 para garantir a participação de grande contingente nos eventos. Informou que, após a caravana, seria
155 feita visita a São Gabriel da Cachoeira para verificar a situação local da saúde indígena. Dessa forma,
156 sugeriu a indicação de um conselheiro para acompanhar a visita. Conselheiro **Valdenir França**
157 detalhou que, em São Gabriel da Cachoeira, o Grupo visitaria uma aldeia, um Pólo-Base, a CASAI e o
158 hospital. Também manifestou o seu interesse em participar da caravana de Manaus. Conselheira
159 **Eufrásia Cadorin** colocou-se à disposição para participar do seminário e da visita a São Gabriel da
160 Cachoeira. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** também manifestou interesse em participar do seminário
161 indígena e da visita a São Gabriel da Cachoeira. Também ressaltou que é preciso envolver os
162 coordenadores de plenária no processo de mobilização. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**
163 sugeriu que as perguntas feitas durante as caravanas estaduais fossem compiladas para que os
164 conselheiros tomassem conhecimento. O coordenador da Plenária Nacional de Conselhos, **José**
165 **Teófilo**, informou que os conselheiros estaduais do Piauí participaram da caravana do Maranhão e foi
166 elaborado documento sobre a importância dessa iniciativa, a ser enviado aos municípios. Conselheiro
167 **Luiz Antônio de Sá** sugeriu criar um sistema para facilitar o acesso aos fóruns durante a realização
168 das caravanas. Conselheira **Lilian Alicke** sugeriu que também fosse feita coleta manual de
169 assinaturas. Conselheira **Eufrásia Cadorin** propôs que, a cada caravana, fosse elaborado relatório
170 sucinto para disponibilizar aos conselheiros. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** propôs que
171 fosse feito contato com as concessionárias de água e energia para incluir mensagem de incentivo à
172 adesão aos fóruns nas faturas encaminhadas aos domicílios. Também propôs que fosse elaborada
173 recomendação às centrais sindicais para que, nas comemorações do dia do trabalhador - 1º de maio,
174 façam coleta de assinatura mecânica. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que é preciso
175 imprimir um espírito popular e de massa nas caravanas com ida a locais onde o povo está, tais como
176 assentamentos, acampamentos e favelas. Também ressaltou que a coleta de assinaturas deve ser
177 uma das prioridades da agenda dos movimentos sociais. Conselheiro **Ubiratan Cassano Santos**
178 enfatizou que é preciso aproveitar as atividades das entidades para coletar assinaturas. **Retorno da**
179 **mesa.** Sobre as questões que emergiram do debate, a Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela**
180 **Fernandes Camapum**, destacou que: a cada caravana, é elaborado um relatório; o Estado é
181 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**, Secretaria 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 Secretaria 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

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

306 esclarecendo primeiramente, que foram emitidos 130 milhões de cartões, sendo 90 milhões com
307 números definitivos. Sobre as AIHs, disse que a obrigatoriedade de informação do número do cartão é
308 no sentido de vinculá-lo a esse procedimento para a identificação do usuário. Contudo, não foi possível
309 avançar em relação ao bloqueio no caso de não informação do número definitivo. A respeito da
310 atenção básica, explicou que está sendo pensado o cadastro dos membros da família, bem como o
311 acompanhamento das visitas domiciliares e realização do cadastro pelas equipes de Saúde da Família.
312 A respeito da padronização dos processos de trabalho, disse que é necessário para avançar nessa
313 proposta, embora não é uma proposta rígida. No que se refere às populações do campo e da floresta,
314 explicou que a lógica do sistema é contemplar qualquer cidadão que for atendido no estabelecimento
315 de saúde ou atendido por uma equipe. Disse não saber se será necessária identificação de raça, etnia
316 ou opção sexual. A respeito dos municípios, ressaltou que está sendo pensada à possibilidade de, no
317 projeto piloto, financiar a infra-estrutura necessária para implementação do projeto. Além disso, estão
318 sendo feitas articulações com o Ministério do Planejamento no sentido de utilizar o Projeto InfoVia,
319 para fazer chegar internet banda larga aos municípios. Informou que os equipamentos comprados
320 foram utilizados nos 44 municípios pilotos, realizados em 1999, e, certamente, tornaram-se obsoletos
321 nesse período. Disse que, nos casos suspeitos, serão realizadas auditorias para responsabilizar quem
322 de direito. Clarificou que o Projeto contempla a questão do cuidado, considerando a preocupação com
323 o registro na lógica da prevenção. Detalhou ainda que o Cartão é a chave de acesso ao prontuário com
324 informações do usuário e não se trata apenas de um cadastro. Reconheceu que o Projeto é ousado e
325 trabalhoso, o que necessita da participação de todos para garantir a implementação. Disse que a base
326 de dados existente é essencial para por em prática o uso do Prontuário Eletrônico do SUS e do Cartão
327 Nacional de Saúde. Ainda que seja favorável à garantia da ordem social e do sistema de segurança
328 social, enfatizou que é preciso avançar no sistema informação em saúde com vistas à integração com
329 as outras áreas da segurança social. Disse que foram pensadas estratégias para evitar fraudes e não
330 exigir do cidadão o que não é necessário para o atendimento. Reiterou ainda que o novo Cartão seja a
331 chave de acesso para o Prontuário Eletrônico do SUS e a emissão será descentralizada. Reconheceu
332 que a emissão de cartões é absolutamente viável no novo Projeto (projeção de custo: R\$ 0,13 a R\$
333 0,17 por unidade). Concordou que o Cartão pode ser um instrumento indireto de controle da atuação
334 do profissional. Disse que estão sendo discutidas à vulnerabilidade de dados e a segurança dos
335 mesmos e, nesse sentido, comunicou que para a integração com o NIS está sendo utilizado padrão da
336 Presidência da República. Explicou que as vantagens do novo Carão representam um forte argumento
337 de convencimento para a adesão dos municípios e dos estados. O assessor especial do Ministério da
338 Saúde, **Rogério Sugai**, acrescentou que é preciso mostrar à sociedade, aos profissionais de saúde e
339 aos gestores os benefícios da utilização desse sistema para uma assistência de qualidade. Ressaltou
340 que o foco da nova proposta é oferecer benefícios claros e objetivos à comunidade. Conselheiro
341 **Francisco Batista Júnior** defendeu que o Ministério da Saúde adote a exigência do cumprimento da
342 legislação como um dos principais instrumentos de convencimento dos gestores. Por outro lado,
343 concordou com a adoção de outros instrumentos, como maior investimento aos que cumprem a
344 legislação. Conselheira **Eline Jonas** destacou que dados sobre o gênero, etnia, raça, cor e orientação
345 sexual são importantes para definição de políticas públicas. Por fim, a Secretaria-Executiva do
346 Ministério da Saúde, **Márcia Bassit**, agradeceu a atenção e colocou-se à disposição para
347 esclarecimentos. Finalizando, o Presidente do CNS cumprimentou a mesa e encerrou os trabalhos da
348 manhã do primeiro dia de reunião. **ITEM 4 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E**
349 **FINANCIAMENTO – COFIN** – Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**. Composição da
350 mesa: Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN; **Francisco Funcia**, Assessor da
351 COFIN/CNS; e **João Carlos Pereira**, Coordenador de Acompanhamento e Avaliação/CGOF/SPO/MS.
352 De imediato, o assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, passou à apresentação da análise da
353 execução orçamentária do Ministério da Saúde - Dezembro/2008 (fechado) revisão/Ações e Serviços
354 Públicos de Saúde. Iniciando, explicou que a análise é feita com base nas planilhas do Ministério da
355 Saúde, por meio da SPO, que encaminha à COFIN. Esclareceu, ainda, que os dados a serem
356 apresentados foram revistos por conta da nova planilha do Ministério da Saúde encaminhada à
357 Comissão. Portanto, essa apresentação substitui a disponibilizada na última reunião do CNS. Enfatizou
358 que há inconsistências nas informações, em especial, nas relativas aos Restos a Pagar que podem
359 ensejar uma revisão. Caso isso ocorra, disse que o Plenário será informado. Feitas essas
360 considerações iniciais, o consultor passou à apresentação, que foi dividida em duas partes: indicadores
361 macro-orçamentários e indicadores orçamentários específicos da execução do Ministério da Saúde.
362 Detalhou que nos indicadores orçamentários é feita comparação entre o valor empenhado em relação
363 à receita. Destacou que o empenhado em saúde representou 6,45% do total das receitas correntes.
364 Em relação ao liquidado (serviço ou material executado e não pago), explicou que das receitas
365 correntes (R\$ 754.735.517) foi liquidado R\$ 48.670.153, representando 6,45% do total e que no
366 Ministério da Saúde o empenhado, no final do ano, aparece como liquidado. Por isso, é importante que
367 o Conselho acompanhe a execução dos Restos a Pagar, que são valores empenhados e não pagos. A

368 seguir, falou do macro indicador que compara o empenhado com o pago. Disse que, em 2008, foi
369 inscrito R\$ 5,69 bilhões de empenhos a pagar, com nível de pagamento de 88,3%. Portanto, 11,7% de
370 despesas de 2008 devem ser pagas em 2009. Acrescentou que esse valor refere-se a 2008 e ainda
371 há Restos a Pagar de anos anteriores. Nessa perspectiva, detalhou os Restos a Pagar relativo: ao
372 Exercício de 2007 – R\$ 5,37 bilhões; e Exercício de 2008 – R\$ 5,69 bilhões, e os números mostram
373 que houve um crescimento de parte das despesas empenhadas no ano de 2008, que não foram pagas
374 comparativamente às despesas empenhadas no ano de 2007 que também não foram pagas.
375 Ressaltou que a planilha de Restos a Pagar necessita de uma revisão da SPO, para que os dados
376 possam apresentar consistência entre si. Enfatizou que os valores de Restos a Pagar acumulam-se
377 ano a ano, portanto, além do orçamento, é preciso acompanhar sistematicamente a execução dos
378 Restos a Pagar. Nessa linha, informou que a COFIN solicitou à SPO que encaminhe mensalmente,
379 assim como era feito em anos anteriores, as planilhas de execução dos Restos a Pagar, que é à parte
380 da execução orçamentária do exercício. Continuando, apresentou outra planilha com o saldo a pagar
381 no fechamento em 31 de dezembro de 2008, e nessa data houve um cancelamento de R\$ 519 milhões
382 e um pagamento de restos a pagar nesse ano de R\$ 3,66 bilhões. Ainda sobre os Restos a Pagar em
383 2008, detalhou que: saldo a pagar (2007+ex.ant.): 52%, 7% cancelado e 41% pagos. Salientou que
384 esses dados demonstram baixo ritmo de execução dos Restos a Pagar. Aludiu que a COFIN
385 aprofundará o debate dessa questão nas próximas reuniões para fazer avaliação desses restos a
386 pagar, acrescentando ainda os seguintes dados: inscrição de restos a pagar referente a 2007 sobre o
387 empenhado em 2007 - 12%; inscrição de restos a pagar referente a 2008 sobre o empenhado em 2008
388 - 24%. Registrhou que o CNS precisa retomar a discussão sobre o significado de cancelamento de
389 restos a pagar, considerando que essa questão já foi discutida, mas não houve encaminhamento em
390 relação aos cancelamentos. Explicou que se trata de valores empenhados e cancelados, portanto, no
391 empenho, considera-se uma base de cálculo por cumprimento da emenda. Porém, por conta
392 cancelamento, os valores não são efetivamente aplicados em saúde. Sobre o empenhado em saúde,
393 destacou crescimento de 9,61% em 2008 em relação a 2007, que correspondeu à variação nominal do
394 PIB. Com isso, a EC nº. 29 foi cumprida no que diz respeito à aplicação. A seguir, apresentou um
395 simulado com parâmetro de 10% das receitas correntes brutas, conforme sugerido na regulamentação
396 da emenda, sendo: 75.473.552 (10,0%), considerando o empenhado de 48.670.190 (6,45%), com
397 déficit de R\$ 26 bilhões. Prosseguindo, explicou que a saúde representa 5% (48,670 bilhões) do total
398 das despesas do Governo Federal (981 bilhões) e representa 5% do total das despesas do governo
399 federal (R\$ 981.091.390). Continuando, passou à segunda parte da apresentação referente à análise
400 das planilhas da execução orçamentária. Nesse sentido, destacou a execução dos seguintes
401 programas: Fundação Oswaldo Cruz – empenhado: 98,94%, pago: 68,03%; FUNASA – empenho:
402 89%, e pago: 29,58%. Quanto ao nível de empenhamento, detalhou: a) Quanto ao nível de
403 empenhamento: a) Adequado para FIOCRUZ, ANVISA, GHC e FNS, pois superaram o parâmetro
404 mínimo de 95% para o ano de 2008; b) Regular para ANSS, pois ficou entre 90% e 95%; c)
405 Inadequado para FUNASA, pois ficou abaixo do parâmetro mínimo de 90%; d) Adequado para a
406 categoria Pessoal Ativo, pois superou o parâmetro mínimo de 95%; e Regular para as categorias OCC
407 e Total, pois ficaram entre 90% e 95%; e) Adequado para FIOCRUZ, ANVISA, GHC e FNS, pois
408 superaram o parâmetro mínimo de 95% para o ano de 2008; f) Regular para ANSS, pois ficou entre
409 90% e 95%; g) Inadequado para FUNASA, pois ficou abaixo do parâmetro mínimo de 90%; h)
410 Adequado para a categoria Pessoal Ativo, pois superou o parâmetro mínimo de 95%; i) Regular para
411 as categorias OCC e Total, pois ficaram entre 90% e 95%. Quanto ao nível de pagamento, destacou:
412 a) Adequado para Itens Globais e de Pessoal Ativo, pois ficaram acima de 90%; b) Inadequado para
413 Fiocruz, FUNASA, GHC, ANSS e ANVISA, pois ficaram abaixo do parâmetro mínimo de 80% para o
414 ano de 2008; c) Regular para FNS, pois ficou entre 80% e 90%; d) Regular para a categoria “OCC”,
415 pois ficou entre 80% e 90%. A propósito do nível de empenhamento, citou os dez primeiros itens:
416 publicidade de utilidade pública; programa de agentes comunitários de Saúde; assistência médica a
417 servidores; adequação da planta de vacinas; assistência médica a servidores da outra unidade
418 (Fiocruz ou FUNASA); emendas nominativas; pioneiras sociais; operações especiais; cumprimento de
419 sentenças judiciais, Piso Assistencial Básico – PAB; e modernização das unidades de pesquisas.
420 Quanto à importância do conjunto desses itens na execução orçamentária do MS, disse que é
421 pequena, pois representou 19% do valor empenhado total em Ações e Serviços de Saúde. Quanto ao
422 nível de empenhamento desses itens, destacou que foi adequado, pois todos superaram o parâmetro
423 mínimo de 95% para o ano de 2008. Porém, para mais 33 itens, o nível de empenhamento também foi
424 adequado, entre eles, a “Média e Alta Complexidade” (que foi o maior valor empenhado –
425 R\$22.559.837.489 ou 46% do total). A seguir, detalhou os dez primeiros itens por valor empenhado
426 (88% do total de empenho do Ministério da Saúde), que são: Média e alta complexidade; pessoal ativo;
427 Programas de Agentes Comunitários de Saúde; Piso Assistencial Básico; Medicamentos Excepcionais;
428 PAC; Vigilância em Saúde; Farmácia Básica; Vacinas e Vacinação nono; e Emendas Nominativas.
429 Explicou que esses dez representaram 88% do total de mais de setenta itens. Prosseguindo, citou os

430 dez últimos itens em termos de nível de empenhamento, sendo eles: Dívidas; Produção de Vacinas e
431 Medicamentos; Emendas Nominativas; Serviços de Processamento de Dados – DATASUS;
432 Implantação do cartão SUS; Controle de endemias erradicação do AEDES; Programa Saúde da
433 Família; Assistência médica dos servidores; Emendas Nominativas e Sistema Nacional de Vigilância
434 da Saúde. Esclarecer que esses dez últimos itens têm uma importância pequena em relação ao total,
435 pois representam 3% do valor total empenhado. Acrescentou que o nível de empenhamento foi
436 inadequado, pois todos ficaram abaixo do parâmetro mínimo de 90%. Quanto ao nível de pagamento,
437 detalhou também os dez primeiros itens: Assistência médica a servidores; Pioneiras Sociais;
438 Operações especiais; Sentença judicial; Piso Assistencial Básico; Programa de Agentes Comunitários
439 de Saúde; Farmácias Populares; e Pessoal. Ressaltou que itens possuem grande importância na
440 execução orçamentária do MS. Fora dessa lista, destacou: Média e Alta Complexidade
441 (R\$21.740.400.908, que representou 51% do valor pago total). Disse que o nível de pagamento desses
442 itens foi adequado, pois todos superaram o parâmetro mínimo de 90%. Ressaltou que os dez primeiros
443 itens em termos de valor representam 94% do total do valor pago em ações e serviços públicos de
444 saúde, que são: Média e alta complexidade; Pessoal ativo; Programa de Agentes Comunitários de
445 Saúde; Piso Assistencial Básico; Medicamentos Excepcionais; Vigilância em Saúde; Farmácia Básica;
446 Hospitais próprios; Vacinação e vacinas; e Pioneiras Sociais. Também citou os dez últimos itens em
447 termos de nível de pagamento: Reaparelhamento das unidades do SUS; Implantação do Cartão SUS;
448 Emendas Nominativas; PAC; Pandemia de Influenza; Serviço Civil Profissional de Saúde; Programa de
449 Sangue Hemoderivados; e Adequação de Plantas e Vacinais. Explicou que a importância conjunta
450 desses itens é pequena, pois representou mais ou menos 0,5% do valor total pago. Quanto ao nível de
451 pagamento desses itens, destacou que foi inadequado, pois todos ficaram abaixo do parâmetro mínimo
452 de 80%. A seguir, detalhou o nível de empenho por Secretaria: nível de execução adequado -
453 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Secretaria de Atenção à Saúde; e
454 Secretaria Executiva; e nível de empenho considerado inadequado (inferior a 90%) - Secretaria de
455 Vigilância em Saúde; Secretaria de Gestão Participativa; e Secretaria de Gestão do Trabalho e
456 Educação na Saúde. Citou ainda os principais programas de 2008 em valores absolutos, que
457 representam três quartos do total de valores empenhados: Programa 1220 - Assistência Ambulatorial e
458 Hospitalar Especializada – dotação: R\$ 24,72 bilhões; empenho: R\$ 24,35 bilhões (98% de empenho);
459 Programa 1214 - Atenção Básica em Saúde: dos R\$ 8,31 bilhões foram empenhados 8,24 bilhões
460 (99,2% de nível de empenho); e Programa 1293 - Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos -
461 dos R\$ 4,59 bilhões foram empenhados 4,37 bilhões (95,1% de nível de empenhamento).
462 Ressaltou que esses três programas totalizaram R\$ 37,83 bilhões e empenhado de R\$ 36,972 (73% do
463 total de recursos orçamentários para os programas da saúde). Destacou ainda a dotação das
464 emendas parlamentares foi de R\$ 2,14 bilhões, mas o empenhado foi de 1,003 bilhão. Explicou que a
465 primeira edição das planilhas apresentadas é de 5 de fevereiro de 2009 e foi feita uma revisão em 2 de
466 abril. Disse que provavelmente haverá outra revisão, por conta dos Restos a Pagar. **Manifestações.**
467 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que fosse disponibilizada a planilha completa da
468 execução orçamentária. A respeito dos Restos a Pagar, conselheira **Eufrásia Santos Cadorin**
469 perguntou se o recurso disponível não executado é incluído no orçamento do ano seguinte. Citou, por
470 exemplo, que foi liberado recurso para o Conselho no final de 2009, mas não foi possível utilizá-lo, por
471 ser final do período. Assim, quis saber como resgatar esse recurso. Conselheira **Marlene Braz**
472 destacou o slide 29 da apresentação e solicitou maiores detalhes sobre os 24% da dotação ministerial
473 que não foram alocados em tempo hábil. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, solicitou aparte
474 para esclarecer que a intenção é mostrar no slide 29 que os três programas possuem alto nível de
475 empenho (75% do total de valores empenhados com ações em serviços públicos de saúde).
476 Conselheira **Marlene Braz** também solicitou que fosse comentado o quadro de Restos a Pagar.
477 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, no slide 27, perguntou se as três secretarias em vermelho
478 não conseguiram utilizar nem 13% do orçamento em 2008 (considerando a média de 87% de
479 empenhado). A respeito da implantação do cartão SUS, disse que, em 2008, já estava em elaboração
480 uma nova proposta, contudo, foram gastos 8,59% na implantação do modelo antigo. Desse modo,
481 perguntou quanto representa em valores esse percentual. Conselheiro **José Eri de Medeiros**
482 cumprimentou a Comissão pelo trabalho e reiterou a necessidade de verificar a questão dos recursos
483 inscritos em Restos a Pagar. Por outro lado, disse que é preciso analisar o fato de que o Ministério da
484 Saúde continua investindo na lógica de priorizar a alta e média complexidade (aproximadamente 47%)
485 em relação à atenção primária em saúde (apenas 13%). Nessa análise, disse que é preciso discutir os
486 motivos da implementação de apenas 50% dos recursos do PROESP, que visa expandir e melhorar a
487 atenção básica. Enfatizou que é preciso mudar o modelo que investe cada vez mais na área
488 secundária e terciária em detrimento da área primária, sendo que a segunda possuiu uma demanda
489 muito maior. Nesse sentido, solicitou à Comissão uma análise sobre essa questão e avaliação sobre
490 tendência de mudança dessa pirâmide do investimento. Conselheiro **José Caetano Rodrigues**
491 solicitou maiores esclarecimentos sobre o slide 12, no que se refere à execução orçamentária dos

492 serviços de saúde e a EC nº. 29. Na verdade, quis saber a diferença que existe entre a função da
493 saúde, o valor alocado para essa função e o valor alocado para ação de serviços públicos de saúde.
494 Conselheiro **Paulo Roberto Venâncio Carvalho**, primeiro, ressaltou que é importante clarificar o que
495 se entende por Fundo Nacional de Saúde. Também disse que é preciso saber o investimento na
496 estrutura pública e na estrutura privada relacionada às três esferas, deixando claro o que é privado,
497 filantrópico e sem fins lucrativos. **Retorno da mesa.** O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**,
498 primeiro, esclareceu que a COFIN analisa os dados repassados pelo Ministério da Saúde e, diante do
499 grande volume de informações, destaca aquelas as quais considera mais relevante. A prestação de
500 contas específica à execução da despesa pública é competência do Ministério da Saúde por meio dos
501 seus técnicos. Lembrou que esse formato de apresentação foi definido anteriormente pelo Plenário,
502 contudo, está receptivo a modificá-lo caso o Pleno assim entender. A respeito das questões que
503 emergiram do debate, esclareceu que o recurso autorizado para empenhamento, mas não empenhado
504 até 31 de dezembro de cada ano, perde-se. Por outro lado, os Restos a Pagar são recursos já
505 empenhados e, portanto, devem ser gastos. Se não forem pagos em um determinado ano, há o
506 compromisso de serem pagos no ano seguinte, devendo isso ocorrer nos primeiros meses do ano
507 seguinte. Todavia, percebe-se que há Restos a Pagar relativos ao exercício de 2007, 2006 e 2005, por
508 isso, a Comissão solicitou um relatório detalhado dessa situação para trazer maiores informações a
509 respeito ao Plenário. Sobre o slide 14, explicou que este identifica, em muitos casos, valores
510 empenhados por unidades com nível de pagamento muito baixo. Ressaltou que o ideal é que o nível
511 de pagamento corresponda ao nível de empenhamento. Disse que a COFIN solicitou a SPO que, a
512 partir da próxima reunião da Comissão, apresente regularmente relatórios detalhados dos Restos a
513 Pagar que serão executados. Esclareceu que esse relatório possibilitará identificar os programas,
514 projetos e atividades que tiveram alto nível de empenhamento para execução neste ano e se estão
515 sendo efetivamente pago ao longo de 2009. No mais, subsidiará o debate da questão do cancelamento
516 e da compensação para fins de aplicação e cumprimento da EC nº. 29. Conselheiro **Ronald Ferreira**
517 **dos Santos** explicou que a análise apresentada pelo assessor da COFIN seria mais facilmente
518 compreendida com o relatório de gestão. Desse modo, propôs que o CNS aprove resolução para que o
519 Ministério da Saúde apresente, no mês de maio, o relatório de gestão, nos termos da lei. O assessor
520 da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, continuou explicando, em relação ao slide 27, que abaixo de 90%
521 significa nível de empenhamento inadequado e acima de 95% nível de empenho considerado
522 adequado. Os itens com nível abaixo de 90% têm Restos a Pagar para serem pagos em 2009,
523 portanto, será possível visualizar essa situação no relatório de Restos a Pagar. A respeito do Cartão
524 SUS, chamou a atenção para o nível de pagamento e de empenho que foram muito baixo, 8,99% e
525 50,27%, respectivamente. Em relação ao slide 12, explicou a diferença entre o valor alocado para a
526 função saúde e o valor alocado para a ação de serviços públicos de saúde. Disse também que há
527 determinadas despesas que são realizadas com recursos do fundo de combate à pobreza, que são
528 considerados recursos para a área de saúde para fins de classificação da aplicação orçamentária. A
529 propósito, lembrou que existe uma função saúde e essas despesas enquadram-se na classificação
530 orçamentária da Portaria nº. 4.299, do Ministério da Fazenda. Essa função, explicou que a sua
531 classificação que vale para todos os entes do governo. Além disso, União, estados e municípios
532 adotam essa mesma classificação. Para ações e serviços públicos de saúde, a EC nº. 29 estabelece o
533 que são gastos públicos de saúde, sendo estas definições adotadas no nível da União e que seguem
534 por força do dispositivo constitucional. Conforme a Emenda, não entram no cômputo: despesas com
535 inativos, despesas pagas com Fundo de Combate à Pobreza e o Bolsa-Família. Conselheiro **José**
536 **Caetano Rodrigues** solicitou aparte para agradecer o esclarecimento sobre valor da função saúde e
537 valor alocado para a ação de serviços públicos de saúde e solicitou que nas próximas planilhas seja
538 detalhado, conforme exposto pelo assessor para evitar dúvidas. O assessor da COFIN, **Francisco**
539 **Funcia**, finalizou destacando que é preciso lutar por um orçamento da saúde condizente com a
540 necessidade da população brasileira. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** sugeriu à COFIN/CNS
541 que fosse elaborada uma planilha de execução, de acordo com o nível de atenção básica, atenção
542 média e alta complexidade). Conselheiro **José Eri de Medeiros** perguntou se é possível apresentar
543 planilha de execução por bloco de financiamento, pois esse formato facilitaria a compreensão. O
544 **Coordenador de Acompanhamento e Avaliação/SPO, João Carlos Pereira**, informou que faria o
545 levantamento e apresentaria resposta em outra oportunidade. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**
546 enfatizou a importância da representação da SPO/MS nas reuniões do Conselho e da Comissão, para
547 eventuais esclarecimentos. O Coordenador de Acompanhamento e Avaliação/SPO, **João Carlos**
548 **Pereira**, informou que assumiu a coordenação da CGOE/MS e manifestou disposição de participar das
549 reuniões da COFIN para esclarecer questões relacionadas à execução orçamentária. Conselheiro
550 **Fernando Luiz Eliotério** solicitou a indicação de um representante da SPO para substituir o Sr.
551 Humberto, na COFIN e reiterou a importância da participação nas reuniões do CNS. Conselheira **Ruth**
552 **Ribeiro Bittencourt** propôs que as dúvidas fossem encaminhadas à técnica da COFIN/CNS, as quais
553 seriam respondidas e trazidas na próxima reunião do CNS. Resolvido esse ponto, apresentou os

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

616 diversidade e à especificidade, ressaltou, é uma questão de legislação. Lembrou que a Constituição
617 de 88 reconheceu a diversidade brasileira, especialmente, às populações indígenas. Nesse sentido,
618 avocou a Lei Orgânica da Saúde (8080 e 8142), o Decreto 3156/99, que passa atribuição da prestação
619 da assistência à saúde para Fundação Nacional de Saúde, e a Lei Arouca, no mesmo ano,
620 acrescentando o dispositivo na Lei 8080, no capítulo quinto, criando o subsistema de atenção à Saúde
621 Indígena dentro do SUS. Também fez alusão a Portaria do MS que regulamenta o fator de incentivo,
622 que é o recurso repassado pelo Fundo Nacional de Saúde, no valor de 150 milhões, para os
623 municípios, como incentivo à contratação de recursos humanos para atenção básica nas aldeias, e os
624 30 milhões que é repassado para os hospitais que têm melhor acolhimento com a população indígena.
625 Discorreu também sobre a proposta de autonomia dos DSEIs, que consiste em uma proposta que vem
626 sendo debatida desde 1998 e até hoje não se concretizou. Além disso, disse que: em relação aos
627 DSEIs, indígenas vivem em 34 distritos como Altamira com dois mil e 261 indígenas, até o Mato
628 Grosso do Sul com 62 mil e 600 índios; a estrutura para a tenção à saúde comporta as CASAIs, que
629 não é hospital, apenas referenciam os pacientes indígenas quando precisam concluir o tratamento, os
630 pólos-base, que é uma estrutura tanto de atenção à saúde, como, muitas vezes, de acomodação da
631 equipe de saúde que se desloca para a aldeia para fazer atendimento à localidade, ficando de 30 a 40
632 dias nesse espaço, as comunidades indígenas e postos de saúde nas aldeias; houve bastante
633 investimentos em saneamento básico, tendo hoje mais de 1200 sistemas de abastecimento de água
634 nas aldeias, representando indicadores que estão pactuados; pactuação baseada em indicadores de
635 mortalidade infantil, imunização, controle de tuberculose, malária e programa de vigilância nutricional; a
636 cobertura vacinal é completa, precisando oficializar o calendário para os indígenas; no caso da
637 tuberculose, há busca ativa, casos diagnosticados, casos tratados; a malária, na região amazônica,
638 no período de 2003 a 2007, cresceu bastante, não só na população indígena, mas em toda população
639 da região amazônica e tem uma tendência muito grande de queda em toda população brasileira e
640 inclusive da população indígena; o sistema de vigilância nutricional está atento, pesando e medindo
641 crianças menores de cinco anos para prevenir e detectar precocemente a desnutrição e prevenir
642 casos de baixo peso e paridade; debate nos seminários sobre a questão de tornar os Distritos
643 Sanitários Especiais Indígenas em unidade descentralizada ou unidade gestora; a grande dificuldade
644 na assistência à saúde dos povos indígenas é a questão de recurso humanos, porque depende de
645 treinar profissionais de saúde, habilitar, capacitar com entendimento da especificidade indígena e
646 respeitando a questão cultural; parte dos profissionais que trabalham na área indígena são
647 contratados por meio de convênios com organizações não governamentais e uma outra parcela é
648 através do recurso do incentivo da atenção básica, que é repasse do fundo nacional para o fundo
649 municipal, que corresponde a 150 milhões de reais, distribuídos entre os municípios que tem indígenas
650 em seu território; há proposta para o fim da terceirização, que envolve concurso público, já acordado
651 com o Ministério Público do Trabalho, o Ministério do Planejamento e o Ministério da Saúde e
652 Fundação Nacional de Saúde, de tal forma que, até o ano de 2012, esses 12 mil profissionais
653 contratados que atuam na área de saúde indígena sejam substituídos por servidores concursados, que
654 serão assumidos pelo governo federal; a Portaria 1235/2008 foi editada com o objetivo de criar uma
655 comissão para estudar e elaborar uma política de recursos humanos para Subsistema de Saúde
656 Indígena no prazo de 180 dias, o que não aconteceu e se reitera a realização dessa ação; não pode
657 ser qualquer servidor e não pode ser simplesmente um concurso público que vai definir os recursos
658 humanos para áreas indígenas, teria, sim, que ter critérios de seleção e critérios que possa garantir
659 que esses profissionais de saúde permaneçam dentro das áreas indígenas, caso contrário, termina o
660 período probatório e, de acordo com a lei, o servidor pode pedir transferência para outra região,
661 situação esta que já aconteceu no passado; é importante que seja discutido o plano de carreira; o
662 controle social precisa ser fortalecido e respeitado na sua forma de organização, que consiste no
663 Conselho Local, só de usuários indígenas, e o Conselho Distrital, que é paritário, composto por
664 usuários, trabalhadores indígenas e gestores; outra forma de controle social é o Fórum de Presidentes
665 de Conselhos, que se reúnem quatro vez por ano para avaliar as demandas da saúde indígena, a
666 Comissão Intersetorial de Saúde Indígena/CISI, do CNS, que foi coordenada pela conselheira Zilda
667 Arns e hoje pelo conselheiro Valdenir Andrade França e o Conselho Nacional de Saúde que tem duas
668 vagas para os representantes dos povos indígenas; foram realizadas quatro Conferências Nacionais
669 de Saúde Indígena e está prevista, para 2010, a realização da quinta; além desses espaços de
670 controle social, a FUNASA dialoga com a Tripartite, para discussão de implementação de ações nos
671 municípios que têm população indígena, o Ministério Público, CGU, TCU, AGU que controlam todos os
672 recursos que são repassados para a saúde indígena. Após, mostrou as formas de deslocamento na
673 Região Amazônica, chamando a atenção para a dificuldade de acesso às aldeias. Em determinadas
674 situações só é possível graças ao apoio do Exército e da Marinha. Fez alusão também a situação do
675 Vale do Javari, onde o Conselho enviou um GT para apurar o que realmente acontece em termos de
676 assistência aos indígenas. São vinte e quinze dias de barco para se chegar a uma aldeia, mas ao
677 contrário do que foi dito, a FUNASA presta a assistência a essas populações, porque tem

678 responsabilidade sanitária. Disse que, embora o momento seja de transição, não há motivo para a
679 FUNASA deixar as populações indígenas sem assistência e assumiu compromisso público de que isso
680 não acontecerá. Solicitou que as denúncias que chegam ao CNS fossem formalizadas por escrito para
681 que assim possa tomar as devidas providências. Reconheceu que as dificuldades são muitas,
682 principalmente, em termos de transporte, comunicação e informação, mas tudo que é possível fazer
683 com os recursos disponíveis está sendo feito e com muita responsabilidade. Houve compra de
684 viaturas, de barcos, rádio de comunicação, reforma de postos, reposição de equipamentos da atenção
685 básica, dentre outras demandas prioritárias que foram atendidas. Enfatizou que a população indígena
686 representa 0,3% da população brasileira e ocupa 12% do território nacional, que é de difícil acesso e
687 depende de servidores abnegados e comprometidos com a causa. Por tudo isso, garantiu que não é
688 tarefa fácil dar conta da saúde indígena, mas a FUNASA se esforça para desenvolver uma política de
689 qualidade a essa população. **Manifestações: Conselheiro Ailson Santos (Yssô Truká)** lembrou que
690 o objetivo do debate era para saber se procediam às denúncias de falta de assistência aos povos
691 indígenas, em razão da transferência do Subsistema da FUNSA para o Ministério da Saúde. A
692 propósito da solicitação de que se fizesse por escrito as denúncias, desafiou o Coordenador do DESAI
693 para que fosse *in loco* verificar a situação dos indígenas que vivem no alto Rio Negro. Para lá foram
694 disponibilizados dois motores de 25, para carregar quatrocentos litros de gasolina, seis ou mais
695 profissionais de saúde, medicamentos, alimentação, além de ter que enfrentar cachoeiras. Assim,
696 perguntou com resolver essa situação. Além dessa denúncia, registrou que há muitas outras, citando
697 como exemplo o caso do Vale do Javari, onde a situação é crítica. Solicitou, inclusive, autorização do
698 Pleno para que o indígena dessa região falasse a respeito dos fatos, o que foi concedido. **Eliésio**
699 **Moruba** falou, então, da situação do Vale do Javari, explicando que o movimento político indígena
700 local tem buscado aproximação com a FUNASA para discutir essa questão, mas sem avanços.
701 Explicou que, em 2005, ocorreram óbitos por falta de atendimento e de estrutura de apoio aos
702 pacientes. Disse que houve uma grande campanha no Vale, bastante divulgada na imprensa, com
703 apoio do exército. Ressaltou que, apesar do alto investimento, a situação não foi resolvida e os
704 problemas se continuam se repetindo, em especial, no que se refere à hepatite. Explicou que, em
705 2006, iniciou-se o inquérito sorológico no Vale do Javari, mas, por conta de problemas políticos na
706 Coordenação Regional do Amazonas, o trabalho foi interrompido. Acrescentou que até o momento não
707 há um coordenador e a população não tem a quem recorrer. Salientou ainda que o inquérito sorológico
708 foi feito de forma errada, sem sincronia com as ações do levantamento. Explicou que os vinte
709 pacientes selecionados para o tratamento aguardaram um ano para receber o medicamento, porque
710 houve problema na licitação para a compra do remédio. Em decorrência, um dos pacientes faleceu e
711 outro está em estado crítico. Denunciou que há dois meses tenta conseguir cirurgia para esse
712 paciente. Acrescentou que outros dois pacientes também precisam de procedimentos cirúrgicos e tem
713 buscado dialogar com a FUNASA para obter resposta para essa e outras situações que afligem a
714 população indígena, mas não tem tido sucesso. Finalmente, disse que não recebe salário há quatro
715 meses. Conselheiro **José Eri de Medeiros**, a princípio, considerou que a FUNASA, por melhor que
716 seja o seu trabalho, não tem condições de atender a demanda dos povos indígenas, por entender que
717 se trata de uma questão de Estado, mais precisamente, de segurança nacional. Na sua avaliação, é
718 preciso uma atuação intersetorial e interministerial, envolvendo o Ministério da Defesa e o Ministério do
719 Exército, no sentido da defesa da soberania nacional. Disse que esteve no Vale do Javari e verificou
720 que a região está entregue às organizações internacionais. Por fim, solicitou que o relatório da visita
721 do GT do CNS ao Vale do Javari fosse incluído no registro da reunião. Conselheira **Eufrásia Santos**
722 **Cadorin** destacou que os dados demonstram avanços, mas a população indígena denuncia que ainda
723 há vários problemas que precisam, com urgência, serem resolvidos. Nesse sentido, ressaltou que é
724 preciso avaliar se esses avanços atingiram os resultados desejados e quais estratégias devem ser
725 utilizadas para atender à saúde da população indígena de forma satisfatória. Reiterou também a
726 demora no tratamento dos pacientes após inquérito sorológico. Propôs que a FUNASA envie ao CNS
727 um relatório com dados sobre acesso, atendimentos, mortalidade da população, número de agravos,
728 para que o CNS, por meio da CISI, avalie a real situação e aponte encaminhamentos ao Pleno.
729 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, primeiro, reiterou que, ao tratar dos direitos dos povos
730 indígenas, é preciso considerar o princípio do respeito à autonomia e autodeterminação dos povos.
731 Diante da possibilidade de ser criada a Secretaria de Saúde Indígena, disse que é preciso refletir se a
732 atribuição e o papel da FUNASA se mantêm enquanto autarquia ligada ao setor saúde. Acrescentou
733 que as obras na área de saneamento básico e promoção da saúde, realizadas pela FUNASA, não
734 passam efetivamente pelo controle social. Como proposta, sugeriu que fosse feito debate mais efetivo
735 sobre o papel da FUNASA. Conselheira **Lucimar Batista da Costa** solicitou informações sobre as
736 ações da FUNASA no que se refere à busca de casos e tratamento da hanseníase nas comunidades
737 indígenas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou à direção da FUNASA qual a expectativa de ação
738 da Fundação na área de saúde, inclusive nesse período de transição. Destacou que a transferência
739 das ações de saúde indígena para o Ministério da Saúde resultará na diminuição de R\$ 250 milhões do

740 orçamento da FUNASA. Sendo assim, quis saber como seria esse processo de transferência de
741 recursos e responsabilidades em relação a convênios, compras já efetuadas e gastos já
742 comprometidos pela Instituição. Também quis saber se a FUNASA pode, nesse momento, colocar à
743 disposição das comunidades indígenas uma ouvidoria específica para reclamações, inclusive sobre
744 descontinuidade das ações. Conselheiro **Arnaldo Marcolino da Silva Filho** ressaltou que as questões
745 dos povos indígenas são de responsabilidade de todos. Registrhou sua indignação, por exemplo, com a
746 demora no tratamento dos indígenas com hepatite, caracterizando essa situação como ataque aos
747 direitos humanos. Enfatizou que os povos indígenas devem ser acolhidos no SUS. Conselheiro **Ciro**
748 **Mortella**, primeiro, concordou que essa é uma questão de governo e de determinados órgãos, e a
749 FUNASA e o MS têm o papel de articular as ações intersetoriais ou interministeriais para solução dos
750 problemas. Disse que é preciso pensar em sistema diferenciado de gestão, onde as especificidades
751 dos indígenas sejam partes de um sistema de informação e operacionalização. Conselheiro **Ronald**
752 **Ferreira dos Santos** manifestou a sua inquietude com o debate, pois, segundo noticiado, já havia sido
753 acordado a criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena. Sendo assim, disse que os
754 interlocutores da discussão deveriam ser outros e não a FUNASA. Conselheiro **Ailson dos Santos**
755 explicou que o GT de Saúde Indígena está construindo propostas para a autonomia dos Distritos
756 Sanitários Indígenas, cuja intenção é transformá-los em unidades gestoras, e a possibilidade de
757 criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Apesar de já ter se reunido, ainda não apresentou
758 diagnóstico ao Ministro da Saúde. Concordou que houve avanços, mas reiterou que os problemas
759 continuam, porque a saúde indígena é uma questão de gestão do governo federal e não apenas da
760 FUNASA. Considerando as dificuldades de acesso e as distâncias, principalmente, na região
761 amazônica, lembrou que SUS não chega a muitos lugares do Brasil e é preciso definir saídas para
762 resolver essa lacuna. Ressaltou que muitos municípios são inimigos iminentes dos índios por conta da
763 disputa pela terra e a saúde dos povos indígenas passa pelo acesso a terra e por outras questões.
764 Salientou que apresentaria, por escrito, situações de descontinuidade das ações. Também destacou
765 que é preciso saber se há garantia de criação da Secretaria, considerando que depende da aprovação
766 do Congresso Nacional. A respeito do Vale do Javari, relatou que a situação é grave, como atraso na
767 entrega de medicamentos e falta de pessoal, mas que não é um problema exclusivo dessa região.
768 Ressaltou que foram gastos mais de R\$ 3 milhões e não houve continuidade das ações. Enfatizou que
769 os problemas são sérios e é responsabilidade de todos encontrarem formas para resolvê-los. **Retorno**
770 **da mesa.** O Presidente da FUNASA, **Danilo Fortes**, respondeu as intervenções que surgiram no
771 debate, explicando, inicialmente, que a FUNASA, na sua gestão, nunca se furtou ao debate. Disse que
772 agradecia à Fundação pela oportunidade de aprendizado e de conhecimento. Nessa linha, informou
773 que esteve no Vale do Javari cinco vezes e a última campanha de vacinação, iniciada em 2008, foi
774 feita em parceria com o Ministro do Equador, do Peru e da Colômbia, e ocorreu na aldeia Ticuna, na
775 beira do Vale. Disse que, ao assumir a presidência da FUNASA, trouxe à idéia de realizar exame
776 sorológico, mesmo com as dificuldades, inclusive, de entrar nas aldeias. Ressaltou também que há
777 situações em que o acesso às aldeias é dificultado por caciques e explicou que atualmente o carro da
778 FUNASA fica no pólo base à disposição das aldeias para buscar e trazer indígenas na urgência e
779 emergência. Além disso, informou que a Fundação comprou quatro vezes mais carros em relação ao
780 ano anterior, devido à redução de custos de outras demandas na Fundação. Também registrou que a
781 Fundação criou condições de fortalecer os presidentes dos CONDISIs. Em relação à realização do
782 exame sorológico, explicou que o atraso deveu-se a vários fatores alheio à vontade da FUNASA, mas
783 agora estava buscando parceria com o Exército e Aeronáutica. Explicou que 82% da população do
784 Vale do Javari têm hepatite A e 14%, hepatite B. Para mudar esse quadro, é necessária ação de
785 governo como um todo, porque a FUNASA e o Ministério da Saúde não têm condições de resolver
786 todos os problemas dessa região. Sobre os barcos do Rio Negro, informou que, ao assumir a
787 presidência, a FUNASA possuía quatorze barcos, cujos motores haviam sido roubados. Diante disso,
788 abriu processo para investigar a situação. Também comunicou que esteve em São Gabriel da
789 Cachoeira para verificar a situação local. Na região, o Exército faz-se necessário para operacionalizar
790 as ações de saneamento básico. Explicou também que a FUNASA fez intervenção de saneamento
791 básico em 1200 aldeias com abastecimento de água tratada e potável, com custo de manutenção da
792 própria Instituição. Esclareceu ainda que a Comissão somente recebe recursos se alimentar o Sistema
793 de Informação da FUNASA, com isso, foi possível atualizar os dados. Informou que, atualmente, há
794 154 aldeias com computadores disponíveis em uma parceria com o Ministério das Comunicações.
795 Também falou da sua preocupação com o papel da FUNASA no futuro, destacando, por exemplo, que
796 possui especialistas na área de saneamento. Concordou que é preciso discutir as atribuições da
797 Fundação, inclusive, no que se refere ao saneamento, porque essa é uma ação intersetorial presente
798 em outros ministérios como o do Meio Ambiente, da Integração e das Cidades. Enfatizou que investir
799 em saneamento é investimento em saúde e chamou a atenção para a importância de água tratada na
800 torneira das casas. Contudo, disse que, no Brasil, apenas 56% da população urbana tem acesso a
801 saneamento. Nas grandes cidades, o índice é de 82%. O único Estado com 92% das cidades

802 saneadas é São Paulo. Também destacou que a questão de orçamento e de pessoal da FUNASA é
803 gritante. Disse que há 32 mil guardas de endemia que não prestam serviço para a FUNASA, porque
804 estão à disposição. Ao mesmo tempo, é necessário pessoal para atuar na atenção básica da saúde
805 dos indígenas e na área de saneamento. Explicou que, dos quatrocentos engenheiros solicitados, por
806 conta do PAC, a FUNASA dispõe de 172 e há perspectiva de receber mais profissionais para fazer
807 saneamento básico. Entretanto, lembrou que, além desses profissionais, é preciso mais técnicos, mais
808 acompanhamento e custeio do processo. Comunicou ainda que a FUNASA modificou os critério da
809 política em relação às Organizações não Governamentais. O processo é feito por um convênio com
810 metas e objetivos a serem alcançados e o pagamento é feito somente se a situação estiver
811 regularizada. O Diretor do DESAI/FUNASA, **Wanderley Guenka**, respondeu as perguntas originadas
812 do debate a respeito da saúde indígena, esclarecendo que: há poucos casos de hanseníase nas
813 comunidades indígenas, mas a FUNASA está reforçando a vigilância e fazendo busca ativa de casos;
814 a FUNASA enviou recurso à coordenação regional para aquisição de motor do barco, mas o chefe de
815 distrito sanitário solicitou o cancelamento do pedido, porque desejava que fosse de determinada
816 marca, o que não pode ser feito; o convênio possui regras para prestação de contas e essas devem
817 ser seguidas para que seja feito o pagamento; o chamamento público das organizações não-
818 governamentais é através de edital público; em relação ao Vale do Javari, há poucos médicos que se
819 dispõe a ir ao local tratar de pacientes com hepatite B e a FUNASA conta com a ajuda da guarnição de
820 Tabatinga e estudos recomendam o tratamento da doença de forma adequada e respeitando a cultura
821 indígena; é preciso conhecer a região e verificar inclusive os determinantes sociais de saúde que
822 interferem na questão indígena; é necessário defender a soberania nacional e proibir a entrada de
823 organizações estrangeiras, que influenciam na especificidade dos hábitos indígenas; é necessário
824 reconhecer que houve avanços, principalmente no que se refere ao fortalecimento do controle social e
825 socialização da informação; é fundamental garantir a estrutura de retaguarda para o subsistema de
826 saúde indígena. O Presidente da FUNASA, **Danilo Fortes**, retomou a palavra para reafirmar que a
827 FUNASA, na sua gestão, não se furtará de assumir responsabilidade que a lei determina,
828 principalmente, no que se refere a não permitir a descontinuidade das ações de saúde para as
829 populações indígenas. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** reiterou a proposta de realizar um
830 seminário nacional para discutir as atribuições da FUNASA e rediscutir a Política Nacional de
831 Saneamento Básico e melhoria habitacional, com ampla participação do movimento sindical,
832 quilombolas, populações tradicionais. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu a participação
833 da FUNASA no processo de organização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Conselheiro
834 **Ailson dos Santos** ressaltou que a população indígena não pode ser penalizada com a falta de
835 assistência por conta da não prestação de contas de ONGs. Depois disso, foi encerrado esse item por
836 conta do tempo. **ITEM 6 – TERCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL -**
837 *Coordenação: Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt. Convidados: Deputada Distrital Erika Kokay,*
838 *Câmara Legislativa do Distrito Federal; Cátia Gisele Martins Vegara, Ministério Público; Augusto*
839 *Carvalho, Secretário de Saúde do Distrito Federal.* Primeiro, o Presidente do CNS anunciou a
840 presença da representação dos Conselhos de Saúde de Taguatinga, Gama, Planaltina, Sobradinho,
841 Cruzeiro e Santa Maria. Em seguida, contextualizou que o Conselho Nacional de Saúde recebeu
842 denúncias sobre dificuldades do sistema de saúde do Distrito Federal nos três níveis de atendimento e,
843 como demanda mais imediata, tomou conhecimento do processo de terceirização da administração do
844 hospital de Santa Maria. Diante disso, o CNS decidiu pautar o debate a respeito da saúde do DF, com
845 foco na terceirização do hospital de Santa Maria. Assim, sugeriu ao Secretário de Saúde que fizesse
846 uma explanação sobre as razões que levaram à Secretaria de Saúde do Distrito Federal a optar por
847 esse processo de terceirização e, a partir dessa apresentação, os demais convidados se
848 manifestariam. **Augusto Carvalho**, Secretário de Saúde do DF, iniciou a sua fala cumprimentando a
849 mesa, os conselheiros nacionais e as representações dos conselhos de saúde do DF. Lamentou o
850 atraso de uma hora para o início do debate e comunicou que poderia permanecer até às 18h45 por
851 conta de compromissos agendados. Iniciou a sua explanação manifestando satisfação por ter sido
852 deputado constituinte e, junto com Sérgio Arouca e o deputado Eduardo Jorge, ter trabalhado na
853 construção do Sistema Único de Saúde. Disse que é um grande desafio, no seu quarto de mandato de
854 Deputado Federal e um de Deputado Distrital, enfrentar os problemas da saúde pública no DF, que
855 não são diferentes dos enfrentados pelos secretários de saúde no país. Ressaltou que, no seu caso,
856 não conta com a compreensão tão excessiva como em governos anteriores e recebe críticas do
857 Ministério Público, de parlamentares e da imprensa. Ressaltou que, no dever de informar, a imprensa
858 presta um serviço relevante à sociedade, mas, em muitos casos, as realizações são desconsideradas
859 em detrimento da tragédia cotidiana da falta de profissionais, do não atendimento, das filas de nas
860 unidades de saúde. Disse que esse é um drama que ocorre em todo o país, seja qual o Governo for.
861 Destacou, por exemplo, a crise no Rio de Janeiro e no Pará, como as mais recentes. Enfatizou que é
862 preciso reconhecer a necessidade de melhoria da saúde pública no Distrito Federal e no Brasil.
863 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 cinqüenta profissionais anestesiistas, 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 seqüência 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 buscam 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 constitucionalidade. 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 constitucionalidade 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 improriedade 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

988 maior orçamento *per capita* do Brasil, mas a saúde no DF é um caos. Justificou essa afirmação com as
989 seguintes informações: conforme os dados do Ministério da Saúde de fevereiro de 2009, o DF ocupa o
990 último lugar no ranking nacional em relação à atenção à saúde bucal e à atenção de saúde da família e
991 o penúltimo lugar em números de CAPS de atenção à saúde mental; dos seis Centros de
992 Especialidades Odontológicas do Distrito Federal, um foi descredenciado recentemente; os recursos
993 do SUS destinados ao combate a DST/AIDS, quando são utilizados, não são para as finalidades que
994 são precípuas nos próprios recursos do plano; as unidades de saúde passaram três ou quatro meses
995 sem poder registrar o número de procedimentos para todo o resarcimento do SUS; a ausência de
996 atenção primária no DF. Ressaltou que o SUS, conforme definido na CF/88, é o maior sistema de
997 inclusão social do país. Mas, no caso do Distrito Federal, a Constituição está sendo descumprida com
998 a terceirização do Hospital Santa Maria, dentre outros aspectos. Explicou que, na condição de
999 parlamentar, encaminhou requerimento à Secretaria de Saúde solicitando que fosse disponibilizado o
1000 processo de contratação da Real Sociedade Espanhola. Em resposta, disse que recebeu uma
1001 justificativa da assessoria jurídica da Secretaria de Saúde sobre a contratação. O documento diz que a
1002 região abrange 650 mil habitantes, mas não possuía hospital. Diante dessa necessidade, a Secretaria
1003 justifica que contratou, em caráter complementar uma Organização Social, na opinião da deputada,
1004 não é filantrópica, vez que é responsável por um dos maiores hospitais de Salvador que atende alta
1005 complexidade. Lembrou que a gestão é pública e, quando esgotadas as possibilidades do Estado,
1006 pode-se contratar a iniciativa privada. Contudo, no caso do Hospital de Santa Maria, não se trata de
1007 contratação em caráter complementar. Explicou que o hospital foi construído e equipado com recurso
1008 público, cerca de R\$ 130 milhões a R\$ 150 milhões. Questionou, inclusive, a afirmação de que o
1009 Ministério Público impede a abertura do hospital, que inclusive foi inaugurado em abril de 2008.
1010 Perguntou o real motivo do não funcionamento do hospital, posto que estivesse pronto, equipado e há
1011 cinco mil profissionais da área de saúde concursados e habilitados para assumir. A deputada disse
1012 que o hospital não está funcionando, porque a intenção é estabelecer um processo de terceirização.
1013 Contestou ainda a contratação da Sociedade Real Espanhola sem licitação e mesmo a instituição
1014 estando em profundas dificuldades financeiras e sendo alvo de investigação da CGU. Explicou ainda
1015 que o Conselho de Saúde do DF foi chamado para discutir um edital de licitação e o aprovou.
1016 Contudo, não foi chamado para discutir a contratação direta da Real Sociedade Espanhola. A análise
1017 para o processo de contratação durou doze dias e a Procuradoria Geral do Distrito Federal posicionou-
1018 *a posteriori*. Registrou para reflexão os seguintes questionamentos: Por que foi escolhida a Real
1019 Sociedade Espanhola? É correto afirmar que a iniciativa privada possuía a excelência de qualidade?
1020 Explicou, ainda, que, mesmo com o hospital fechado, no dia 23 de março de 2008 foi feito o repasse
1021 de R\$ 4,95 milhões à Sociedade Real Espanhola para gerir a unidade e que, à época, o Secretário de
1022 Saúde exercia o mandato de deputado distrital, quando foi realizada uma CPI da Saúde que apurou
1023 gasto de R\$ 3,7 milhões com UTIs privadas. Em 2008, o gasto com UTIs de hospitais privados R\$ 71
1024 milhões, quase 60% do mesmo grupo hospitalar. Ressaltou que o Tribunal de Contas da União aponta
1025 que, em determinados casos, até foi pago 27 vezes a mais da tabela SUS por um leito de UTI. Disse
1026 que recebeu a informação de dezenas de leitos de UTIs públicos ociosos por falta de profissionais e de
1027 pequenos reparos, que poderiam ser feitos com a alta diária paga à iniciativa privada. Relatou também
1028 que, recentemente, o Governo anunciou a realização de um mutirão de cirurgias eletivas para
1029 desafogar a demanda reprimida de quinze mil cirurgias eletivas. Para esse processo, foi contratada a
1030 iniciativa privada sem licitação. Diante das questões levantadas, disse ao Secretário de Saúde que é
1031 necessário investigar a relação entre o público e privado. Por isso, justificou que a CGU e o DENASUS
1032 foram acionados no sentido de realizar força tarefa para investigar essa questão. Falou também da
1033 situação do Conselho de Saúde do DF, que possui apenas dez integrantes, quando a população é de
1034 2,7 milhões de habitantes. Além disso, destacou que essa composição não atende ao princípio da
1035 paridade. Comentou também a denúncia do Conselho de Saúde do Sobradinho que a capacidade de
1036 subestação de energia está esgotada há anos, com laudos indicando a possibilidade de um colapso e
1037 de um incêndio naquela unidade hospitalar. Além dessa situação, disse que no Distrito Federal os
1038 recursos do Governo Federal não são utilizados há falta de pessoal (a contratação de concursados
1039 efetuado foi insuficiente para atender a demanda de um quadro defasado). Comunicou também que há
1040 alguns dias, a vigilância sanitária interditou a lavanderia do Hospital de Base por aproximadamente
1041 treze horas. Segundo lhe informaram, os aparelhos, que estão obsoletos, não serão renovados porque
1042 a intenção é terceirizar os serviços. Chamou a atenção para a precarização da atenção primária à
1043 saúde e para a falta de avanços na definição de equipes do PSF. Segundo a deputada, dados de uma
1044 pesquisa da Universidade de Brasília e da Universidade de Minas Gerais mostram que 85% da
1045 demanda da atenção secundária são provenientes da atenção primária que chega à rede. Com a
1046 sobrecarga da atenção secundária, a demanda migra para a atenção terciária. Manifestou ainda a sua
1047 estranheza com a resposta ao requerimento de informações de que ainda não há metas quantitativas
1048 estabelecidas com a Real Sociedade Espanhola, e nem metas qualitativas, que serão discutidas a
1049 posteriori com a própria Real Sociedade Espanhola. Finalizando, defendeu o fortalecimento do

1050 Conselho de Saúde do Distrito Federal para que atue nos termos da legislação da saúde. Além disso,
1051 salientou que o CNS precisa reagir contra o processo ativo de terceirização que ocorre no Distrito
1052 Federal. Feitas as falas da mesa, houve uma interrupção nos trabalhos para que o Secretário de
1053 Saúde do DF e o Presidente do CNS concedessem entrevista, ao vivo, para um jornal local de TV.
1054 Retomando os trabalhos, o Presidente do CNS comunicou que, conforme informado, o Secretário de
1055 Saúde do CNS não pôde permanecer na reunião e que o Secretário-Adjunto, Fernando Antunes o
1056 representaria. A seguir, o Presidente do CNS retirou-se para participar da audiência com o Ministro do
1057 Supremo Tribunal Federal, Carlos Britto, para tratar da questão das fundações de direito privado. Foi
1058 recomendado ao Presidente do Conselho que, na audiência tratasse também da questão das
1059 organizações sociais. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** assumiu a coordenação dos trabalhos e
1060 abriu a palavra aos inscritos. Conselheiro **Alexandre Magno Lins Soares** disse que, há um ano atrás,
1061 foi aprovada a Fundação Estatal de Direito Privado, no Estado de Pernambuco, que leva o nome de
1062 Josué de Castro. Na constituição do Conselho Curador está previsto um diretor executivo, quatro
1063 membros indicados pelo Secretário Estadual, dentre pessoas com experiência na área de gestão
1064 hospitalar, orçamentária ou administrativa e financeira e um membro indicado pelo Conselho Estadual
1065 de Saúde, dentre os usuários. Só nessa questão, de acordo com o conselheiro, já não atende o
1066 princípio da paridade, muito menos o que diz o artigo 164, da Constituição Estadual “as instituições
1067 privadas poderão participar de forma complementar, no Sistema Único de Saúde, mediante contrato de
1068 direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas, sem fins lucrativos.” Lembrou,
1069 ainda, o referente ao Parágrafo Primeiro da Lei Maior do Estado que registra “A decisão sobre a
1070 contratação de serviços privados cabe ao Conselho Municipal de Saúde, quando o serviço for de
1071 abrangência municipal, e ao Conselho Estadual de Saúde, quando for de abrangência estadual”.
1072 Ademais, contemplou em sua fala os seguintes aspectos: a decisão não foi submetida ao Conselho; foi
1073 impetrada uma ADIN, que está parada na sala do Procurador de Justiça, que é escolhido pelo
1074 Governador; há uma ditadura jurídica e não se sabe que remédio se pode utilizar em uma situação
1075 como essa. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** propôs que houvesse o maior número de
1076 manifestações possíveis dos conselheiros, haja vista que o assunto é de grande importância.
1077 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** lamentou que o Secretário de Saúde tivesse saído e não
1078 retornado. Mesmo assim, registrou que, enquanto representante dos usuários, estava ali para
1079 defender o SUS. Pelo que observou o Secretário de Saúde do DF não acredita no serviço público e,
1080 por isso, investe na iniciativa privada. O exemplo do DF, de São Paulo e da Bahia demonstra que os
1081 políticos eleitos não cumprem o que preceitua o artigo 196 da Constituição Federal “A saúde é um
1082 direito de todos e um dever do Estado”. Defendeu um Estado eficiente que garanta a população
1083 brasileira saúde com qualidade. Conselheira **Eufrásia Cadorin** interveio para dizer que muito mais
1084 corajoso que propor um choque de gestão é assumir com responsabilidade a administração das
1085 unidades de saúde pública. Entregar para a iniciativa privada, como está sendo feito no DF, é ilegal,
1086 por isso, fez um apelo aos gestores para que assumam a responsabilidade e gerenciem o sistema
1087 público da saúde de acordo com a Constituição Federal e a Lei Orgânica de Saúde. No caso em
1088 questão, propôs dois encaminhamentos: fazer uma nota de repúdio para colocar no site do CNS e
1089 também ser distribuída pela Caravana em Defesa do SUS nos estados e municípios e recomendar ao
1090 Ministério Público Federal que apóie o Ministério Público do DF e, se couber um TAC, estipular um
1091 prazo de até noventa dias para reverter à situação. Não sendo assim, os repasses dos recursos do
1092 Ministério da Saúde deveriam ser suspensos. Conselheira **Silvia Casagrande** fez alusão à tendência
1093 de privatizar o SUS e a precarização dos recursos humanos que esse processo traz. Lembrou, ainda,
1094 que os recursos do DF são, na maioria, repassados pelo Ministério da Saúde. Sendo assim e enquanto
1095 representante dos trabalhadores da saúde, defendeu a suspensão dos recursos. Conselheira **Ruth**
1096 **Ribeiro Bittencourt**, como também estava inscrita, disse sentir-se contemplada com as falas da
1097 bancada dos trabalhadores de saúde e cedeu seu lugar ao conselheiro de saúde do DF. Conselheiro
1098 distrital **Michel Platini** disse que o Conselho de Saúde do DF aprovou a terceirização do Hospital de
1099 Santa Maria sob grande pressão do governo e denunciou que o Conselho não é paritário, não tem
1100 sede própria e as suas reuniões não são abertas ao público. Além disso, registrou que: o governo não
1101 reconhece os conselhos regionais; desde 2004, o Plano de DST/Aids não é executado; outros
1102 hospitais serão repassados para a iniciativa privada. Finalizou a sua intervenção, agradecendo a
1103 oportunidade de tornar pública a situação da saúde do DF no espaço do controle social. **Thiago**
1104 **Guimarães Fonseca**, representante dos concursados, disse que a Lei 4081/2008 prevê a instituição
1105 de um projeto piloto que, depois de avaliado, deveria ser difundido para toda a rede de saúde do DF.
1106 Entretanto, não foi o que aconteceu. O que o governo fez foi culpar a ineficiência do serviço público e
1107 protelar a nomeação dos aprovados em concursos. Se a tendência de privatizar virar uma realidade no
1108 SUS, os servidores do quadro e os que deveriam ser chamados não terão espaço. Por tudo isso,
1109 repudiou a terceirização e avocando o Estado democrático de direito deixou registrada a sua defesa
1110 por um quadro de recursos humanos permanente e qualificado no sistema público de saúde.
1111 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 Boufleur**, 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 desleigante 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

1174 Socorro. No que fiz respeito ao Hospital Santa Maria o que o governo pretende é repassar o dinheiro
1175 público para uma entidade privada, subestimando a capacidade de entes público para gerir ações e
1176 serviços de saúde. Por isso, enfatizou que o CNS deveria se posicionar contrário a esse fato. Também
1177 contemplou em sua fala que: o trabalhador de saúde pública deve ser concursado; muitos estados já
1178 trabalham na lógica de cooperativas para a contratação dos médicos, citando o caso de Goiás; a
1179 qualidade e abrangência dos serviços e ações de saúde dependem, em grande parte, da estrutura da
1180 rede e dos recursos humanos; a situação do atendimento pediátrico é grave; o SUS está
1181 deliberadamente sendo privatizado pelos gestores; o fato de o Conselho de Saúde do DF não ter
1182 garantido o seu poder deliberativo representa um acinte à democracia e um desrespeito ao Controle
1183 Social; o DENASUS tem que acompanhar os recursos que são repassados para o DF, assim com ao
1184 Programa de DST e AIDS; assim como outros conselheiros e na condição de servidor público, acredita
1185 na eficiência do Estado; os trabalhadores de saúde devem receber remuneração condizente, no caso,
1186 dos médicos, sete mil pela carga horária de vinte horas. **Retorno da Mesa – Fernando Antunes**,
1187 Secretário Adjunto de Saúde do DF, considerou legítima a discussão sobre uma melhor remuneração
1188 para os profissionais de saúde, tanto do setor público com do setor privado, porém, discordou que se
1189 tratasse de privatização o caso do Hospital de Santa Maria. Como houve manifestação do plenário
1190 referente à baixa execução orçamentária de 2008, lembrou que o Secretário Augusto Carvalho
1191 assumira a Secretaria de Saúde em agosto de 2009, portanto, não sendo de sua responsabilidade a
1192 aplicação desses recursos. Quanto ao debate sobre o Hospital Santa Maria fez um relato sobre o que,
1193 em sua opinião, estava acontecendo. Nesse sentido disse que: havia uma indicação de que esse
1194 hospital fosse gerido a partir de uma experiência fora do modelo tradicional e, por isso, a proposta foi
1195 construída de acordo com a Lei das OS, visando flexibilizar a gestão; o recurso público é disputa
1196 alocativa, tendo o gestor que priorizar as ações onde serão investidos os recursos, haja vista que estes
1197 são finitos; a Real Sociedade Espanhola, não é, como foi dito no plenário, uma entidade espanhola, é
1198 sim, da Bahia e foi fundada pela comunidade espanhola; não havia ilegalidade em buscar experiências
1199 brasileiras que estavam dando certo para agilizar a gestão da saúde; há partidos políticos que fazem
1200 defesas teóricas, mas na prática agem de forma diferente; a proposta de gerenciamento do Hospital
1201 Santa Maria objetiva melhorar o acesso da população às ações de saúde; existe um contrato com a
1202 Real Sociedade Espanhola que está sendo questionado pelo Ministério Público e que depende da
1203 Justiça julgar o mérito da ação; não houve manipulação do Conselho de Saúde do DF para a
1204 assinatura do contrato de Organização Social com Hospital de Santa Maria; a população de Santa
1205 Maria bem como o Conselho Local foram favoráveis a modalidade de gestão proposta pelo governo
1206 do DF; em relação à situação dos conselhos de saúde de todo o país, há um estudo nesse sentido
1207 feito pela CGU, que valeria a pena os conselheiros tomarem conhecimento; a opção de gestão do
1208 Hospital Santa Maria está também baseada em lei distrital, com contrato que regula as metas dos
1209 procedimentos a serem realizados e só serão pagos se atingirem os 100%, caso contrário, será feito
1210 ajuste na proporcionalidade; o debate é ideológico e que se deveria encontrar alternativas para tornar
1211 o SUS viável. Após, agradeceu a atenção dos conselheiros e encerrou a sua fala. Conselheira **Ruth**
1212 **Ribeiro Bittencourt** agradeceu o Secretário Adjunto e passou a palavra para a deputada Érica Kokay.
1213 Como o Secretário Adjunto de Saúde gastara dezessete minutos em seu pronunciamento, informou
1214 que a deputada teria igual tempo. Deputada Distrital **Erika Kokay** esclareceu que a lei distrital a que o
1215 Secretário Adjunto se referia não era maior que a Constituição Federal, que responsabiliza o Estado a
1216 prestar saúde à população. Por essa razão, o DF não pode prescindir de licitação, de concurso público
1217 ou processo seletivo, ainda que seja simplificado, para o quadro de pessoal. Lembrou que, durante o
1218 processo de aprovação da lei, a oposição apresentara emendas relacionadas à licitação, ao
1219 nepotismo, ao concurso público, mas fora derrotada pela bancada do governo. Sendo assim, o
1220 governo rejeitara os princípios da moralidade e incorporara os do neoliberalismo com a irracionalidade
1221 do mercado. Disse que não aceitava a tese de que o debate era ideológico e partidário por parte da
1222 oposição. O que estava acontecendo podia ser definido como o acolhimento de uma política do
1223 Estado-mínimo, do absolutismo que fora rejeitada, em tempos anteriores, pelos próprios
1224 representantes dos que hoje estão no governo do DF. Além dessas questões, ressaltou que: fora
1225 rompido o Estado democrático de direito; até o momento a execução orçamentária do controle social é
1226 zero por cento; o Conselho de Saúde do DF não estava estruturado adequadamente, tanto que
1227 funcionava no Clube dos Servidores; a reunião que decidiu o modelo de gestão do Hospital de Santa
1228 Maria contava com um grande número de servidores comissionados, que com apitos tumultuavam a
1229 sessão; o Secretário de Saúde em mais um streap tease ideológico buscava se valer da terceirização
1230 no Hospital Santa Maria; ao invés de o governo chamar os concursados está contratando profissionais
1231 no mercado; diante das atitudes do governo do DF, não existe Estado soberano; poder que não tem
1232 controle social é Estado absolutista; o gestor não permitiu que o Conselho fosse livre para escolher o
1233 seu presidente, tanto que o cargo é do Secretário de Saúde; o controle social em Brasília é subjugado
1234 pelo gestor; é crime estabelecer um contrato com o Hospital Santa Maria para ser gerido por uma
1235 entidade privada; o gestor do DF prefere terceirizar, porque pode mandar o trabalhador para rua

1236 quando quiser. Afora essas observações também deixou claro que o governo do DF não prioriza os
1237 concursados, porque tem interesse em acabar com a estabilidade no serviço público e não quer que os
1238 trabalhadores sirvam ao público e sim seja massa de manobra em períodos de eleições. Também
1239 considerou inaceitável que a Real Sociedade Espanhola tenha sido a escolhida para gerir o hospital. O
1240 que é mais grave, o governo não solicitou parecer da Procuradoria Geral do DF, não consultou o
1241 Conselho de Saúde e dispensou licitação em procedimento feito durante o recesso parlamentar. Disse
1242 que em 12 dias todas as providências foram tomadas para contratar, sem licitação, a Real Sociedade
1243 Espanhola, que receberá 222 milhões para administrar o hospital. A propósito, disse também que a
1244 entidade não tem comprovante de idoneidade financeira referente aos anos 2007 e 2008. E, no seu
1245 entendimento, uma empresa sob suspeição não deveria gerir o hospital público. Nesse caso, o
1246 Secretário de Saúde terá que se esforçar muito para prestar contas com o controle social. Registrhou
1247 que além do *strip tease* ideológico é preciso que se faça um *estrip tease* da moralidade. Para finalizar,
1248 registrou “Que a vida nunca permita que eu me acovarde, ou que eu me acomode, ou que mude de
1249 lado como vocês mudaram.” Dra. **Cátia Gisele Martins Vegara**, representante do Ministério Público
1250 do DF, considerou inconsistente o discurso do gestor em relação à privatização da saúde no DF. O que
1251 mais lhe chamou a atenção foi o Secretário Adjunto ter participado da Reforma Sanitária, trabalhado
1252 com Sérgio Arouca e, ainda assim, defende um modelo contrário ao Sistema Único de Saúde. Embora
1253 tenha sido dito que o debate é ideológico, lembrou que o argumento do Ministério Público é jurídico e
1254 considera o repasse das ações de saúde para a iniciativa privada uma afronta a Constituição Federal.
1255 No que diz respeito à autonomia e à independência do MP nos estados, reconhece ser um processo
1256 ainda em construção e que, às vezes, apresenta problemas, tal como colocou o conselheiro Alexandre
1257 e o conselheiro Paulo. Feitas essas ressalvas, ateve-se à questão do DF. Em sua compreensão, o
1258 atendimento não está bom, havendo, inclusive, violação dos direitos humanos. Também não justifica
1259 dizer que os recursos são finitos, porque se forem geridos sem responsabilidade e sem prioridades,
1260 tornar-se-ão mais finitos ainda. Reafirmou ainda que, no DF, a porta de entrada é no Pronto Socorro,
1261 invertendo, desta forma, a lógica do Sistema. Além disso, há problemas na prestação de contas dos
1262 recursos recebidos, superfaturamento, falta de licitação, pessoas selecionadas para trabalhar em
1263 função do partido, desrespeito ao concurso público. Defendeu a moralidade, sem apadrinhamento
1264 político com possibilidade de concorrência de forma igual e por mérito. Ademais contemplou em seu
1265 pronunciamento, dentre outros, os seguintes aspectos: a ineficiência do sistema de saúde no DF está
1266 relacionada à má gestão; os interesses públicos são diferentes dos interesses do setor privado, porque
1267 este visa o lucro; há uma crise na saúde do DF que se configura na falta de leitos, na fila para a
1268 cirurgia, no colapso da pediatria; o Conselho de Saúde do Distrito Federal não é respeitado pelo
1269 gestor; pela manifestação do Secretário Adjunto, ficou claro que o controle social, a participação da
1270 comunidade não interessa ao gestor; a democracia participativa que a Constituição Federal garante
1271 não vem sendo respeitada no DF; o sistema de saúde é único, por isso, cada ente da federação deve
1272 dialogar entre si; o controle social, um dos pilares do SUS, deve ser considerado e garantido; o
1273 Conselho Nacional de Saúde tem a responsabilidade referenciar os demais Conselhos de Saúde e, no
1274 caso do DF, pode sim debater a situação da saúde; foi apresentado no MP um abaixo-assinado com
1275 muitas assinaturas de pessoas contrárias à privatização do Hospital Santa Maria e que faz parte dos
1276 autos do processo encaminhado à Justiça, bem como a nota de repúdio do Conselho Nacional de
1277 Saúde. Embora tendo outras questões para colocar, decidiu encerrar a sua fala em razão do tempo.
1278 Antes, porém, deixou claro que o Ministério Público é contra a terceirização da saúde pública, porque é
1279 inconstitucional, imoral e contra a lógica do SUS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** agradeceu a
1280 Promotora. A seguir, conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez uma avaliação das propostas que
1281 emergiram do plenário: solicitar ao Ministério Público que apóie a luta do Ministério Público do DF;
1282 recomendação ao Ministério da Saúde para que acompanhem, através do Denasus, os repasses fundo
1283 a fundo ao DF; recomendação à Secretaria de Saúde do DF para que debata imediatamente a
1284 estrutura, composição e funcionamento do Conselho de Saúde do Distrito Federal, tal como determina
1285 a Lei 8142; recomendação à CGU que acompanhe o processo de terceirização da saúde no DF;
1286 acionar os mecanismos de controle do Jurídico/MP e do Estado como a CGU e o Tribunal de Contas
1287 para contribuírem no acompanhamento do processo e na garantia da legalidade; moção de repúdio
1288 aos gestores que não cumpriram os preceitos legais do SUS; especialmente ao do Distrito Federal pela
1289 privatização da Saúde. **Michel Platini** retirou a moção de repúdio que fora proposta, dizendo que havia
1290 um movimento para a construção de diálogo com a Secretaria de Saúde e uma ação como essa
1291 poderia prejudicar. Ainda assim, reconhecia a atitude deslegante da Secretaria de Saúde à Mesa.
1292 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** antes de abrir para manifestações do Plenário esclareceu que,
1293 com o advento do pacto, não existe mais um instrumento de desabilitação da gestão, o que existe é a
1294 suspensão do repasse do recurso. Este mecanismo pode ser usado pelo Ministério da Saúde, no caso
1295 de o município descumprir as deliberações e preceitos legais do SUS. Conselheiro **Paulo Roberto**
1296 **Venâncio Carvalho** considerou temerária a suspensão dos recursos. Conselheiro **Francisco Batista**
1297 **Júnior**, haja vista a intervenção do conselheiro Paulo Roberto Venâncio Carvalho, perguntou se seria

1298 o caso de propor a suspensão da autonomia da gestão dos recursos pelo Distrito Federal. Conselheiro
1299 **Paulo Roberto Venâncio Carvalho** concordou com a proposta do conselheiro Francisco Batista
1300 Júnior desde que fosse viável. O que não concordou foi com a suspensão dos recursos, como fizera
1301 uma proposta e não ficara clara, explicou que, como o DF tem status de estado e município, precisaria
1302 saber em que condição seria assinada o acordo. Para ser mais sucinto disse que defendia a gestão
1303 financeira dos recursos da saúde do DF pelo Ministério da Saúde, com o acompanhamento do CNS e
1304 da Tripartite. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** chamou a atenção para o fato de se estar há
1305 quase 14 horas no Plenário fazendo debates importantes para o controle social. Porém, como ainda
1306 havia outros temas também importantes para serem debatidos, sugeriu que se entrasse em processo
1307 de entendimento. Para tanto, lembrou que o Distrito Federal apresentara explicações e o CNS tinha
1308 posição sobre o assunto. Defendeu que o DF voltasse à normalidade e seguisse o que determina a
1309 Constituição Federal. Como já fora Secretário Adjunto de Saúde do DF, entendia que, qualquer medida
1310 radical que fosse tomada, a população seria prejudicada. Lembrou que, na época em que era
1311 Secretário, implementaram a Saúde da Família e gerenciaram com competência a rede pública.
1312 Explicou que a intervenção não podia ser uma saída, haja vista que só pode ser decretada pelo
1313 Presidente da República. Por isso, sugeriu uma solução negociada com o DF, com o CNS na
1314 mediação do processo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que o momento era de proposta e
1315 encaminhamentos. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** interveio para registrar a proposta que fora
1316 feita no Plenário e que não elencara às demais: formar um Grupo de Trabalho de conselheiros de
1317 saúde para acompanhar o processo no DF. Conselheiro **Armando Tadeu Guastapaglia** fez à
1318 intervenção para contribuir com a bancada dos gestores. Disse que, de acordo com a Constituição,
1319 cada município, cada estado é um ente da Federação autônomo. Assim qualquer iniciativa conjunta
1320 deve ocorrer por meio de pactos e negociação sucessiva e considerou precipitada a proposta de
1321 intervenção no DF. Em sua opinião, não existe nenhum gestor contra o SUS. Sendo assim e por ser
1322 Brasília a capital, propôs que houvesse o relato ao gestor sobre o debate ocorrido no CNS
1323 contemplando as preocupações do controle social com relação ao que está ocorrendo no DF. Foi
1324 favorável ao entendimento com objetivo de preservar o Sistema Único de Saúde. Conselheira **Eufrásia**
1325 **Cadorin** manifestou-se para dizer que ainda acredita na negociação, embora tivesse percebido que
1326 esta não é a vontade do Secretário de Saúde. Assim, sugeriu que se desse um prazo mínimo de 15
1327 dias para o GT de conselheiros acompanharem e apresentarem relatórios sobre as negociações e que
1328 o Plenário já deliberasse, em caso de a negociação não ser viável, que o repasse de recursos seria
1329 suspenso. Conselheiro **Jorge Venâncio** propôs que o CNS se manifestasse e o Ministério da Saúde
1330 fosse incumbido dessa tarefa. Conselheiro **Alexandre Magno Lins Soares** propôs que o DENASUS
1331 fizesse uma auditoria no GDF com a participação do Conselho Nacional de Saúde. Conselheiro **Paulo**
1332 **Roberto Venâncio Carvalho** lembrou que a denúncia é gravíssima e que a EC 29 dispõe, nos artigos
1333 155 e 156, que a União pode intervir caso os recursos não sejam empregados adequadamente e
1334 nesse caso, disse que o CNS deveria tomar posição contrária ao que está ocorrendo no DF, inclusive
1335 com a proposta de auditoria imediata para verificar todas as irregularidades que estiverem
1336 acontecendo. Assim, manifestou-se pela aprovação de uma Resolução suspendendo os recursos e, se
1337 a negociação reverter o processo, essa deliberação seria revista. Conselheiro **Raimundo Sotero**
1338 propôs que o Ministério Público buscassem assinar um Termo de Ajustamento de Conduta/TAC, em não
1339 resolvendo, que a Justiça fosse acionada. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez uma observação
1340 no sentido de que o controle social devesse superar a idéia de que se deliberar pela suspensão de
1341 recursos, essa ação seria prejudicial à população. O que tem sido prejudicial nesses 20 anos de SUS
1342 são os Conselhos de Saúde permitir que os recursos repassados sejam, sistematicamente, utilizados
1343 de forma equivocada. A propósito, disse que o Ministério da Saúde estava suspendendo o repasse de
1344 recursos para determinadas equipes da Saúde da Família, em razão de o Programa estar irregular.
1345 Essa decisão está fazendo com que os gestores busquem regularizar a situação. Os Conselhos de
1346 Saúde deveriam fazer o mesmo, caso contrário, ficam desacreditados frente à população. No caso do
1347 DF, entendia que o que estava em jogo não era o Pacto, não era o termo assinado pelo gestor e o
1348 Ministério da Saúde, mas um processo absolutamente constitucional, ilegítimo e imoral de
1349 terceirização da administração pública. Disse que na entrevista que dera, quando lhe perguntaram por
1350 que o controle social era contra a terceirização, respondeu que por dois motivos: um jurídico e outro
1351 político. Jurídico porque não há na Constituição Federal e nem na Lei Orgânica da Saúde nenhum
1352 dispositivo que autorize a transferência para o ente privado a administração do que é público. A razão
1353 política diz respeito ao tipo de medida que atesta a incompetência da gestão pública. Se a gestão do
1354 DF está atestando publicamente que é incompetente, deve discutir as razões pelas quais isso está
1355 ocorrendo e não transferi-la para o setor privado. Citou o caso de Belém, onde a Justiça Federal
1356 decretou a suspensão dos recursos. Com esse exemplo, procurou demonstrar que os Conselhos de
1357 Saúde, durante 20 anos, tentaram dialogar com os gestores, mas não houve resultado. Ao contrário,
1358 serviu para os que não têm compromisso com o SUS aplicarem os recursos indevidamente. Em sua
1359 opinião, a base espera que o CNS dê exemplo nesse sentido. Afora essas colocações, enfatizou que

1360 estava disposto, enquanto presidente do CNS, dialogar com o Secretário de Saúde, embora este se
1361 utilizasse do mesmo discurso de outros gestores para justificar a terceirização das ações e serviços de
1362 saúde públicos. Por fim, perguntou se os encaminhamentos feitos no decorrer do debate poderiam ser
1363 considerados aprovados. Conselheiro **Armando Tadeu Guastapaglia** disse que não concordava com
1364 a suspensão dos recursos. Conselheiro Francisco Batista Júnior, então, solicitou que fosse registrada a
1365 posição contrária do conselheiro Armando. **Deliberação: aprovada Resolução, suspendendo o**
1366 **repasse dos recursos feitos mensalmente à Secretaria de Saúde do DF pelo Ministério da**
1367 **Saúde; aprovado um Grupo de Trabalho para negociar um acordo com o gestor da saúde do DF,**
1368 **cujas indicações serão feitas no dia seguinte.** Conselheira **Eufrásia Cadorin** tranquilizou os
1369 conselheiros do DF, no sentido de que seriam informados sobre as atividades do GT. Conselheiro
1370 **Francisco Batista Júnior**, em relação ao GT, disse que as indicações dos nomes seriam feitas no dia
1371 seguinte e, como já fora registrado, os conselheiros do DF poderiam contribuir com o debate.
1372 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou aos conselheiros que propuseram recomendações
1373 para fazerem os textos que as mesmas seriam aprovadas no dia seguinte. Conselheiro **Francisco**
1374 **Batista Júnior** agradeceu o Secretário Adjunto de Saúde do DF, a Deputada Distrital, a representante
1375 do Ministério Público, os conselheiros pela contribuição significativa no debate e a todos os presentes
1376 pela paciência. Depois, encerrou o ponto de pauta. Estiveram presentes, neste primeiro dia de reunião,
1377 os seguintes conselheiros: **Titulares:** Adson Roberto França dos Santos, Ailton dos Santos,
1378 Afonso Magalhães, Antônio Alves de Souza, Armando Tadeu Gastapaglia, Artur Custódio M. de
1379 Souza, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Clóvis Boufleur, Eufrásia Santos Cadorin, Fernando
1380 Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João
1381 Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, Luís Augusto Facchini, Luiz Antônio de Sá, Maria
1382 Helena Machado, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Rogério Tokarski, Ronald
1383 Ferreira dos Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande, Ubiratan Cassano
1384 Santos, Valdenir Andrade França, Volmir Raimondi e Wilen Heil e Silva. **Suplentes:** Alceu José
1385 Peixoto Pimentel, Alexandre Magno Lins Soares, Armando Martinho Bardou Raggio, Arnaldo
1386 Marcolino, Eline Jones, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Eri de Medeiros, José Luiz
1387 Spigolon, Jovita José Rosa, Juarez Pires de Souza, Lílian Alické, Lucimar Batista da Costa, Luís
1388 Augusto Salomon, Maria do Socorro de Souza, Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Natividade
1389 Gomes da Silva Teixeira Santana, Maria Thereza Almeida Antunes, Marlene Braz, Marisa Fúria,
1390 Paulo César Augusto de Souza e Paulo Roberto Venâncio Carvalho. O Presidente do CNS
1391 procedeu à abertura dos trabalhos, comunicando a impossibilidade de discussão do Item 8 da pauta
1392 “Força de trabalho no serviço público federal”, por conta da impossibilidade de participação do
1393 expositor. Diante disso, a pauta foi redefinida. Primeiro, foi aberta a palavra à representante da
1394 ANVISA, Daniela, que agradeceu o apoio do CNS ao Programa de Análise de Resíduos de
1395 Agrotóxicos e ao trabalho da Agência a respeito da reavaliação de agrotóxicos. Informou a distribuição
1396 de material entregue na solenidade de divulgação dos resultados das análises realizadas em 2008.
1397 Conselheiro **Clóvis Boufleur** agradeceu o retorno da ANVISA ao CNS. Em seguida, o Presidente do
1398 Conselho Estadual de Alagoas fez um informe sobre a situação de Alagoas, com destaque para:
1399 usuários não conseguem realizar cirurgias; a situação se agrava a cada dia; os profissionais de saúde
1400 novamente estão entrando em greve pela falta de compromisso do governo (somente a categoria
1401 médica teve reajuste); processo de privatização e precarização - mecanismo: desgaste do Sistema
1402 Público para justificar a contratação de Organizações Sociais. Diante da gravidade da situação,
1403 solicitou que o CNS se manifeste sobre a questão. **Encaminhamento: constituir GT composto por**
1404 **dois usuários, dois trabalhadores, um representante do Ministério da Saúde, um representante**
1405 **do CONASS e um representante do CONASEMS para ir a Maceió dialogar com o governador do**
1406 **Estado, com o Secretário de Estado da Saúde, prefeito de Maceió, Secretário Municipal de**
1407 **Saúde de Maceió, representação das entidades médicas, representação dos trabalhadores,**
1408 **CES, CMS, COSEMS, movimento social e elaborar um relatório para apresentar ao CNS e**
1409 **subsidiar os debates.** Os nomes seriam indicados posteriormente. Em seguida, foram discutidos
1410 temas pendentes que demandavam deliberação. Primeiro, o Presidente do CNS solicitou a indicação
1411 de dois nomes para representar o CNS na Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde, dada à
1412 impossibilidade de permanência dos atuais representantes do Conselho, Conselheiros Eni Carajá Filho
1413 e Abdias José dos Santos. Além disso, apresentou a proposta de convocar Plenária Extraordinária de
1414 Conselhos de Saúde nos próximos vinte dias para promover mobilização, no Congresso Nacional,
1415 contra a proposta de fundações de direito privado e em defesa da regulamentação da EC nº. 29.
1416 **Encaminhamentos: aprovada a indicação do Conselheiro Paulo Venâncio para compor a**
1417 **Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde e os trabalhadores deverão indicar um nome**
1418 **até o final da reunião. Além disso, a coordenação da Plenária discutirá a proposta de realizar**
1419 **plenária extraordinária de conselhos.** Em seguida, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela**
1420 **Fernandes Camapum**, apresentou os itens pendentes da reunião que demandavam deliberação. 1)
1421 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 **Anvanços 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 Boufleur 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

1484 Resolução seis meses depois de recebê-la para homologação. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz**
1485 propôs que, nos termos do Regimento Interno, o CNS aguarde trinta dias para enviar a Resolução ao
1486 Ministério Público. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** propôs o seguinte encaminhamento:
1487 manter a resolução; dar ampla divulgação; e aguardar trinta dias para enviar ao Ministério Público.
1488 **Encaminhamento: nos termos do Regimento Interno do CNS, aguardar trinta dias para enviar a**
1489 **Resolução ao Ministério Público; fazer consulta a área jurídica sobre as implicações desse**
1490 **processo e se existe instrumentos de punição no caso de recusa do gestor em cumprir a**
1491 **legislação; e dialogar com o Ministério Público sobre essa situação.** Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1492 perguntou se havia outras Resoluções pendentes. A Secretaria-Executiva do CNS informou que: a
1493 Resoluções nº.s 396 e 398, que manifesta apoio ao PL nº. 3.307/04, que foi arquivado – situação: sem
1494 efeito; e Resolução nº. 401, que trata do orçamento e financiamento do SUS, por solicitação a
1495 Secretaria-Executiva do CNS, detalhou o teor da Resolução 401: Art. 1º - Com relação a orçamento e
1496 financiamento do SUS: que os recursos que compõem o orçamento para financiar as ações e os
1497 serviços públicos de saúde não sejam contingenciados; que a Lei de Responsabilidade Fiscal seja
1498 revisada, considerando o seu impacto na gestão das políticas públicas de saúde, tendo em vista que
1499 as políticas de saúde para serem implementadas necessitam essencialmente de recursos humanos;
1500 que seja regulamentada a Emenda Constitucional nº. 29 – EC 29 de acordo com os princípios e as
1501 diretrizes do SUS e de acordo com a Resolução nº. 322/2003 do CNS; que seja aprovada pelo
1502 Congresso Nacional a Contribuição Social da Saúde – CSS, proposta pela Câmara dos Deputados,
1503 destinada exclusivamente ao financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde sob o controle
1504 e a fiscalização dos conselhos de saúde; e que seja debatido e aprovado, em regime de urgência, o
1505 Projeto Lei de Responsabilidade Sanitária em tramitação no Congresso Nacional. Art. 2º - Que a
1506 gestão dos serviços de saúde, no âmbito das esferas municipais, estaduais, do Distrito Federal e da
1507 União, seja de responsabilidade direta da administração pública, com personalidade jurídica de direito
1508 público, respeitando-se o disposto na Constituição Federal, art. 37, inciso XXII, parágrafo 8º, que
1509 dispõe sobre a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e das entidades da
1510 administração direta ou indireta que poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus
1511 administradores e o poder público, que tenha como objetivo a fixação de metas de desempenho para o
1512 órgão ou entidade, onde seja estipulado o prazo de duração do contrato; o controle e os critérios de
1513 avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidades dos dirigentes e a remuneração de
1514 pessoal. Art.3º - Que seja implantado e implementado, pelas três esferas de governo, urgentemente, o
1515 Pacto da Saúde com os seus três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o
1516 Pacto de Gestão, bem como a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS –
1517 ParticipaSUS, com vistas ao fortalecimento das ações de planejamento, avaliação e monitoramento da
1518 gestão do SUS, auditoria, ouvidoria, apoio ao controle social, à gestão participativa e à educação
1519 popular em saúde, como estratégias de qualificação da gestão do SUS. Art. 4º - Reafirmar a
1520 necessidade de implantação e implementação, nas três esferas de governo, da Política Nacional de
1521 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – NOB/RH-SUS, Resolução CNS nº 330, de 04 de
1522 novembro de 2003 e do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS, observadas as diretrizes
1523 estabelecidas pela Portaria GM nº. 1.318, de 05 de junho de 2007. Parágrafo único - Reafirmar que a
1524 admissão de servidores públicos para trabalho na saúde é de responsabilidade das três esferas de
1525 governo, devendo se dar somente mediante concurso público de prova ou provas e títulos sob Regime
1526 Jurídico Único – RJU e que a remuneração dos mesmos seja de responsabilidade das três esferas de
1527 governo. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sugeriu transformar a Resolução nº. 401 em
1528 recomendação, pelo seu teor e seu caráter interministerial. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu
1529 separar os itens do documento em resolução e recomendação. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1530 **Santos** defendeu que o CNS reafirme a resolução e siga o rito regimental. Conselheiro **Francisco**
1531 **Batista Júnior** concordou que não é possível aprovar resolução que envolve outros poderes, além do
1532 Executivo. Desse modo, propôs que o art. 1º fosse transformado em uma recomendação e que a
1533 resolução contemplasse do art. 2º ao parágrafo único. **Encaminhamento: aprovada, por**
1534 **unanimidade, a proposta de reformulação do texto: transformar o art. 1º em recomendação; e**
1535 **contemplar na resolução do art. 2º ao parágrafo único, com retificação do trecho “inciso XXII,**
1536 **parágrafo 8º” para “inciso XXI, parágrafo 8º”.** **ITEM 9 – COMISSÕES DO CNS** – Composição da
1537 mesa: Conselheiro **Antônio Alves de Souza**; e Conselheiro **Clóvis Boufleur**. Nas considerações
1538 iniciais, Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o GT, composto por ele, Antônio Alves de Souza,
1539 José Marcos de Oliveira e Graciara Matos de Azevedo e realizou reuniões virtuais e um encontro
1540 presencial. Informou que o Grupo fez uma reflexão sobre o número de comissões do CNS (26) e os
1541 motivos desse quantitativo. Historiou que, em 2004, o CNS realizou seminário para discutir o excesso
1542 de comissões, considerando as dificuldades administrativas e técnicas para assessorá-las e como
1543 proposta alternativa, foi sugerida a constituição de comissão de promoção e atenção à saúde para
1544 contemplar os temas relativos a várias comissões. Em 2007, o tema foi retomado para buscar outra
1545 proposição, pois a proposta definida em 2004 não evoluiu. Como saída, o Pleno decidiu constituir

1546 câmaras técnicas e essas também tiveram dificuldade de serem operacionalizadas, por se tratar de
1547 uma instância não prevista em lei. No ano de 2008, foi feita avaliação das comissões, com os
1548 coordenadores, e foram identificadas as seguintes pendências: as ações contidas nos planos de
1549 trabalho das comissões não repercutiam no Pleno; problemas relativos à periodicidade das reuniões e
1550 à indicação de representantes. Lembrou que outra preocupação trazida referia-se à incapacidade
1551 financeira, administrativa e técnica de sustentar 26 comissões. Diante desse quadro, explicou que o
1552 GT elaborou proposta de Resolução sobre as Comissões do CNS. Detalhou primeiro os
1553 "considerandos" que dispõem sobre: as Comissões são constituídas pelo Conselho Nacional de Saúde
1554 a partir de suas das necessidades; as Comissões são oportunidades para ampliar a participação de
1555 sujeitos sociais, instituições e entidades com atuação no campo da saúde e demais áreas sociais com
1556 repercussão nos determinantes sociais da saúde, o que representa o fortalecimento do controle social
1557 e dos movimentos sociais que participam do SUS; e a necessidade de aperfeiçoar e potencializar as
1558 Comissões do CNS. Depois, o GT sugeriu que fosse alterado o artigo 11, inciso V, do Regimento
1559 Interno do CNS, que passaria a seguinte redação: "V - criar, modificar ou extinguir, a qualquer tempo,
1560 Comissões Intersetoriais e Permanentes e Grupos de Trabalho, por meio de Resolução específica".
1561 Ademais, outras modificações propostas: "Art. 48 - As Comissões têm como objetivo articular políticas
1562 e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas do SUS e aquelas não
1563 compreendidas no âmbito do SUS"; "Parágrafo 1º. As Comissões, mediante encaminhamento do
1564 Pleno, devem analisar as políticas e os programas de suas respectivas áreas, acompanharem as
1565 implementações e emitirem pareceres e relatórios para subsidiar posicionamento do Pleno"; "Parágrafo
1566 2º. Quando solicitadas pelo Pleno, as Comissões poderão viabilizar a realização de debates
1567 específicos para subsidiar a análise do CNS"; "Art. 52 As Comissões têm o seguinte funcionamento: "I -
1568 As Comissões se reunirão de acordo com as necessidades debatidas e aprovadas pelo Pleno, com
1569 elaboração de previsão de custos para cada reunião"; (...); "IV - Cada Conselheiro poderá participar de
1570 apenas uma Comissão como membro titular"; (...); "IX – Caberá às Comissões acompanharem a
1571 execução do orçamento e financiamento da respectiva política ou programa"; "X - Serão
1572 desenvolvidas, em todas as Comissões, ações transversais relacionadas à comunicação e informação
1573 em saúde e à educação permanente para o controle social"; 2) Ficam revogados os incisos II, VII e VII
1574 e parágrafo segundo do Artigo 52; 3) As Comissões aprovadas por Resoluções específicas,
1575 relacionadas no artigo 48 do Regimento do CNS, deixam de fazer parte do Regimento e passam a ter
1576 as seguintes denominações, em consonância com o artigo 13 da Lei 8.080/90, que define Comissão
1577 Intersetorial aquela que tem a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde
1578 cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, e Comissão Permanente aquela
1579 que tem a finalidade de articular políticas e programas da saúde com outras políticas e programas de
1580 outros setores: Comissão Permanente de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do
1581 Jovem - CPASAJ; Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN; Comissão Permanente de
1582 Assistência Farmacêutica - CPAF; Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia - CICT; Comissão
1583 Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde - CICIS; Comissão Intersetorial de Educação
1584 Permanente para o Controle Social no SUS - CIEPCSS; Comissão Permanente de Eliminação da
1585 Hanseníase - CPEH; Comissão Permanente de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e
1586 Transexuais - CPLGBTT; Comissão Permanente de Pessoas com Patologias - CPPP; Comissão
1587 Permanente de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - CPPICSUS; Comissão Intersetorial
1588 de Recursos Humanos - CIRH; Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente - CISAMA;
1589 Comissão Intersetorial de Saúde Bucal - CISB; Comissão Permanente de Saúde da Mulher - CPSMU;
1590 Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência - CISPD; Comissão Intersetorial de Saúde
1591 da População Negra - CISPN; Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST; Comissão
1592 Intersetorial de Saúde Indígena - CISI; Comissão Permanente de Saúde Mental - CISM; Comissão
1593 Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia - CIVSF; Comissão Permanente da Saúde
1594 do Idoso - CIPSI; Comissão Intersetorial de Trauma e Violência - CIPTV; Comissão Nacional de Ética
1595 em Pesquisa - CONEP; Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento - COFIN; Comissão
1596 Permanente de Saúde Suplementar - CPSS; e Comissão Permanente para Acompanhamento das
1597 Políticas em DST/AIDS - CPADAIDS. As Comissões deverão ter a composição, o funcionamento e as
1598 atribuições avaliadas anualmente pelo CNS, que deliberará pela sua manutenção, alteração ou
1599 extinção; A Mesa Diretora do CNS coordenará um processo de fusão voluntária das Comissões do
1600 CNS com atribuições compatíveis e afins, cabendo às coordenações das Comissões iniciarem o
1601 debate e apresentarem proposta com esse objetivo até 31 de dezembro 2009. Conselheiro **Antônio**
1602 **Alves de Souza** acrescentou que a proposta do GT é aprovar resolução do CNS e fazer alteração no
1603 Regimento Interno. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou verificação de quorum, tendo
1604 em vista que é necessário 2/3 dos membros do CNS para alteração regimental. Tendo sido verificado o
1605 quorum, foi aberta a palavra para debate. Conselheira **Marlene Braz** perguntou os motivos da
1606 alteração do Regimento Interno do CNS e também falou da dificuldade de composição da Comissão
1607 Permanente de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem, pela dificuldade na

1608 aprovação da Política da Criança e do Adolescente. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou
1609 que a Comissão Permanente de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem
1610 consta do Regimento Interno, portanto, estão constituídas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
1611 explicou que, no caso de demanda, a Comissão pode reunir-se mesmo não tendo sido aprovada a
1612 Política. Conselheiro **Clóvis Boufleur** justificou os motivos da mudança no Regimento Interno,
1613 explicando o entendimento do GT: a existência da Comissão está garantida com a publicação da
1614 Resolução de criação, portanto, não necessitam constar do Regimento Interno; é necessário flexibilizar
1615 o número de reuniões das comissões; é preciso prever a possibilidade de extinção de comissões; a
1616 delimitação do número de conselheiros por comissões visa garantir maior participação de suplentes.
1617 Manifestações. Conselheira **Lílian Alické** perguntou como ficaria a composição das comissões
1618 intersetoriais, no caso de não terem mais esse caráter. Conselheiro **Clóvis Boufleur** respondeu que a
1619 mudança na nomenclatura não afeta a atual composição das comissões. Conselheiro **Wilen Heil**
1620 sugeriu que cada conselheiro possa participar de até duas comissões como membro titular. Ressaltou
1621 ainda que seria preciso encontrar saída para as comissões com caráter intersetorial e permanente, a
1622 exemplo da Comissão Permanente de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Por fim, disse
1623 que é preciso maior prazo para aprofundar o debate da proposta, inclusive para comparar com o
1624 Regimento Interno. Conselheiro **Clóvis Boufleur** registrou a proposta de encaminhamento e informou
1625 que a lei prevê comissões intersetoriais ou permanentes. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**
1626 explicou que comissões permanentes são aquelas cujas ações são executadas no âmbito do SUS,
1627 mas possuem relação com outros setores. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou o
1628 GT pelo trabalho, contudo, ponderou que é preciso aprofundar o debate das propostas colocadas.
1629 Destacou que as comissões não possuem caráter deliberativo e avaliou que os debates desses
1630 espaços não podem restringir-se apenas às demandas do Pleno, sob o risco de delimitar a capacidade
1631 de debate delas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou que a proposta do GT destaca que as
1632 Comissões são oportunidades para ampliar a participação de sujeitos sociais, instituições e entidades
1633 com atuação no campo da saúde. Conselheiro **Paulo Venâncio** concordou que a Comissão deve
1634 trazer pautas para o Pleno do CNS e defendeu que é preciso discutir se as comissões, no formato que
1635 estão, atendem a necessidade de dar suporte ao Pleno. Defendeu ainda que os conselheiros devam,
1636 obrigatoriamente, participar de, no mínimo, uma comissão. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que
1637 as comissões podem trazer pauta ao Pleno e este apresentar demandas às comissões. Disse que foi
1638 proposta alteração do Regimento Interno, de forma que as comissões se justifiquem para responder as
1639 demandas do Pleno. Caso não haja demandas, a proposta prevê a possibilidade de extinguir. Nesse
1640 momento, houve uma interrupção no debate, por conta da presença do Ministro da Saúde, **José**
1641 **Gomes Temporão**. O Ministro de Estado da Saúde manifestou-se nos seguintes termos: "Gostaria de
1642 fazer uma saudação a todos os conselheiros e pedir desculpas porque ontem o vôo que me trazia do
1643 Rio para cá atrasou e eu tinha uma agenda importante que eu vou falar daqui a pouco. Eu gostaria de
1644 destacar alguns fatos que ocorreram essa semana e outros que ocorrerão nas próximas. Primeiro,
1645 gostaria de destacar e que vocês acompanhem e monitorem a possibilidade de portabilidade dos
1646 usuários de planos de saúde que entrou em vigor antes de ontem. Essa é uma questão importante,
1647 aliás é uma antiga demanda das entidades de defesa do consumidor, dos usuários e das famílias que
1648 possuem planos e seguros. Isso vai beneficiar, nesse primeiro momento, 7,5 milhões de brasileiros e
1649 brasileiras e, durante o ano de 2009, serão desenvolvidos vários trabalhos para permitir que em 2010
1650 essa opção possa ser estendida aos que possuem planos coletivos. Nesse momento, apenas quem
1651 possui planos individuais e familiares pode fazer a migração sem a necessidade de cumprir novamente
1652 a carência. É uma medida importante. A segunda foi o anúncio ontem, da ANVISA e do Ministério, do
1653 último relatório do PARA, programa que analisa a presença de resíduos de pesticidas e agrotóxicos
1654 nos alimentos consumidos pela população. Inclusive, ontem na reunião, a ANVISA, na pessoa do
1655 companheiro Agenor (Agenor Álvares de Azevedo) fez questão de elogiar a comissão do CNS que
1656 ajudou no trabalho desenvolvido pela Agência. E vocês devem ter acompanhado na imprensa hoje que
1657 a situação é preocupante em relação a alguns produtos, apesar ter avançado muito. No estudo da
1658 ANVISA, basicamente o pimentão, uva, tomate e morango foram os produtos com índices maiores que
1659 o permitido pela lei. O preocupante também é que foram encontrados resíduos de pesticidas proibidos
1660 para uso no Brasil. Isso levanta uma questão extremamente grave de que esses produtos possam
1661 estar entrando de maneira ilegal e sendo usados de maneira ilegal. É preciso aperfeiçoar o trabalho
1662 brilhante que a ANVISA vem realizando em parceria com o Ministério da Agricultura, do Meio Ambiente
1663 e do Desenvolvimento Agrário. Essa questão também tem uma dimensão de saúde do trabalhador
1664 importante, porque se está se encontrando resíduos dessa monta nos produtos significa possivelmente
1665 que o trabalhador está se expondo de maneira perigosa a essa substância que pode causar sérios
1666 problemas de saúde. No próximo sábado, nós teremos o dia nacional de campanha de vacinação do
1667 idoso, mais uma edição. O Brasil vem apresentando índices de cobertura importantes, satisfatórios e
1668 acho que o papel do conselho é importantíssimo porque é exatamente essa capilaridade que o PNI
1669 alcançou é que dá ao Brasil uma invejável posição no cenário internacional em relação às doenças

1670 imunopreviníveis. Todos os postos de saúde do país estarão abertos para que as pessoas com 60
1671 anos ou mais possam tomar a vacina. O outro assunto que eu queria compartilhar com vocês é sobre a
1672 situação do orçamento do Ministério da Saúde. Nós temos a Emenda nº. 29 que protege o nosso
1673 orçamento, mas está sendo necessário fazer uma recomposição de parte importante dos recursos
1674 porque na aprovação da matéria no Congresso, uma série de atividades finalísticas do Ministério foram
1675 substituídas por recursos de emendas. Então, nós estamos agora com o Ministério do planejamento
1676 fazendo um trabalho de recomposição desses créditos, recursos de custeio para medicamentos,
1677 vacinas e programas importantes do Ministério da Saúde, mas esse trabalho com o Ministério do
1678 Planejamento está sendo feito de maneira bastante harmônica. A nossa expectativa é que, durante o
1679 mês de abril ou maio, nós possamos ter o nosso orçamento completamente recomposto, embora,
1680 evidentemente, todos nós saibamos da nossa luta pela regulamentação da EC nº. 29. Eu recomendo
1681 que todos leiam a entrevista que o Presidente Lula concedeu à Rádio Globo ontem que está publicada
1682 hoje no jornal O Globo, na íntegra, onde ele faz uma colocação bastante clara da visão de que a saúde
1683 precisa de mais recursos financeiros para poder garantir a qualidade e a universalização do
1684 atendimento como dispõe a Constituição Brasileira. No jornal de hoje tem um trecho da entrevista em
1685 que fala especificamente da saúde e o seu orçamento. Nós estamos trabalhando, foi eleito o novo
1686 presidente da Frente Nacional de Prefeitos, é o prefeito de Vitória. Eu estive com o prefeito de Recife,
1687 antes de vir para cá, tratando de projetos de atendimento e ele me garantiu que hoje à tarde a Frente
1688 discutirá a questão do financiamento da saúde e da Emenda nº. 29. Esses eram os pontos mais
1689 importantes.” **Manifestações.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sinalizou o trabalho da
1690 ANVISA, em conjunto com a Polícia Federal, que resultou na apreensão de medicamentos falsificados.
1691 Sobre esse assunto, solicitou ao Ministro da Saúde que interviesse junto ao Presidente da Câmara dos
1692 Deputados no sentido de votar o projeto, em tramitação há quatorze anos, que transforma as farmácias
1693 em estabelecimentos de saúde. O Ministro de Estado da Saúde respondeu que, em princípio, é preciso
1694 reconhecer a importância do trabalho da ANVISA, em parceira com a Política Federal e o Ministério da
1695 Justiça. Explicou que foram apreendidos medicamentos falsos e outros importados sem registro no
1696 país, sendo alguns deles comercializados em farmácias. Disse que esteve pessoalmente com o
1697 Presidente da Câmara e chamou a atenção dele para a importância do referido projeto ser votado. A
1698 propósito, informou que foi lançada medida que terá impacto no funcionamento dos laboratórios
1699 farmacêuticos oficiais e na reestruturação da farmoquímica nacional. Disse que serão selecionados um
1700 conjunto de medicamentos de interesse para a saúde pública e será firmada parceria com a
1701 farmoquímica para que desenvolva tecnologia de produção dos princípios ativos e com os laboratórios
1702 oficiais para produção dos medicamentos. Disse que o Ministério da Saúde garante a compra desses
1703 medicamentos, o que resultará em uma economia de R\$ 150 milhões/por ano. Conselheira **Maria do**
1704 **Socorro de Souza** ratificou a preocupação com o resíduo dos agrotóxicos dos alimentos e as
1705 implicações na saúde do trabalhador. Contudo, destacou que essa é uma questão que envolve outros
1706 ministérios e indica a necessidade de ação maior da vigilância sanitária. Nesse sentido, reiterou a
1707 necessidade de pautar debate sobre a ação da ANVISA. O Ministro de Estado da Saúde concordou
1708 com a proposta e sugeriu convidar, além da ANVISA, os Ministérios da Agricultura, do
1709 Desenvolvimento Agrário e do Meio Ambiente. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** lembrou que, em
1710 novembro de 2008, propôs ao Ministério da Saúde a coordenação de um mutirão emergencial para
1711 reduzir a demanda reprimida de serviços diversos. Assim, perguntou ao Ministro da Saúde o que foi
1712 feito nesse sentido. O Ministro de Estado da Saúde disse que, pessoalmente, entende que é preciso
1713 estruturar o Sistema para atender a demanda, pois a realização de mutirão não resolve o problema.
1714 Nesse sentido, destacou que o Ministério da Saúde expandiu a política de cirurgias eletivas, aumentou
1715 os recursos do teto da Média e Alta Complexidade. Contudo, reconheceu que essas ações não são
1716 suficientes para resolver a questão. Ressaltou que é preciso viabilizar financeiramente os prestadores
1717 públicos e conveniados para aumentar a oferta, além de integrar as redes assistenciais. Sinalizou que
1718 falta recurso e, nesse sentido, destacou que o financiamento do gasto em saúde, na sua maioria, é
1719 feito pelas famílias e pelas empresas (o gasto público é de 38%). Conselheira **Maria Laura Carvalho**
1720 solicitou ao Ministério da Saúde maiores informações acerca dos resultados da pesquisa sobre
1721 doenças crônicas. O Ministro de Estado da Saúde disse que a pesquisa nacional é realizada há três
1722 anos e visa captar mudanças nos hábitos de alimentação, consumo de álcool, consumo de fumo,
1723 atividade física, auto-avaliação da saúde, entre outros aspectos. Sintetizou alguns dos resultados da
1724 pesquisa: aumento do percentual de pessoas que praticam atividade física; crescimento do consumo
1725 de frutas, legumes e verduras; redução do consumo de carne gordurosa; e redução do número de
1726 fumantes. Por outro lado, destacou que a pesquisa identificou aspectos que merecem atenção: índice
1727 de excesso de peso superior a 40%; aumento do índice de pessoas obesas; alto índice de
1728 sedentarismo; mais da metade das pessoas maiores de 60 anos não realizam atividade física regular;
1729 aumento do percentual de pessoas que consomem bebida alcoólica em grande quantidade; e aumento
1730 do percentual de pessoas que consomem bebida alcoólica e dirigem. Como encaminhamento, propôs
1731 que o CNS paute os resultados da pesquisa na próxima reunião. Conselheiro **Valdenir França**

1732 solicitou informações ao Ministro da Saúde sobre a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena,
1733 posto que a transição da saúde indígena para o Ministério da Saúde está acarretando em
1734 descontinuidade das ações de saúde nos Distritos Sanitários Indígenas. Em resposta, o Ministro de
1735 Estado da Saúde, primeiro, enfatizou a importância do GT de Saúde Indígena. Informou que está
1736 pronto o decreto presidencial que concede autonomia aos DSEIs, que terá impacto na gestão, com
1737 melhoria da assistência. A respeito da criação da Secretaria, disse que depende de tramitação no
1738 Congresso Nacional. Na avaliação do GT, não seria adequada a transferência imediata da estrutura da
1739 atenção à saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde. Com isso, a estratégia é garantir a
1740 autonomia e trabalhar as demais mudanças. Acrescentou, por fim, que o GT será o espaço de debate
1741 das propostas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** reconheceu o subfinanciamento da saúde, mas,
1742 por outro lado, manifestou a preocupação com a baixa execução orçamentária de itens do Ministério
1743 da Saúde. Informou ainda que, como desdobramento do debate da situação da saúde no DF, o pleno
1744 apontou a necessidade de verificar instrumentos de punição no caso de recusa do gestor em cumprir a
1745 legislação e de má utilização do fundo público. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou
1746 manifestação do Ministro da Saúde sobre a proposta de reforma tributária. O Ministro de Estado da
1747 Saúde disse que, na condição de Ministro da Saúde, está acompanhando o debate da proposta de
1748 reforma tributária. Lembrou que está em discussão a lei de responsabilidade sanitária e informou que
1749 esteve com o relator para discutir ações no sentido de aprovar a proposta. Conselheiro **Volmir Raimondi**
1750 destacou que, no caso de mudanças administrativas, é preciso garantir a continuidade das ações.
1751 Também sinalizou o caso de Maceió que enfrenta sérios problemas na saúde pública, inclusive com
1752 não realização de cirurgias eletivas. O Ministro de Estado da Saúde reconheceu que a situação de
1753 saúde em Alagoas é complexa, mas enfatizou que eventuais problemas na realização de cirurgias
1754 eletivas não são por falta de recursos financeiros do Ministério da Saúde. Disse que até o momento
1755 não foi procurado por nenhuma representação de Alagoas. A respeito da saúde indígena, explicou que
1756 as ações estão sendo feitas em consonância com a discussão do GT de forma a não trazer prejuízos à
1757 população. O Presidente do CES de Alagoas, Benedito Alexandre, fez uso da palavra para destacar os
1758 problemas de Alagoas, inclusive em relação a cirurgias eletivas. Disse que os profissionais deixaram
1759 de realizar essas cirurgias há oito meses e afirmam que retomarão esse processo somente após o
1760 reajuste da tabela dos valores pagos. Destacou que uma delegação esteve em Alagoas para trabalhar
1761 a contratualização das instituições privadas. O Ministro de Estado da Saúde respondeu que, em
1762 princípio, não é possível fazer esse reajuste porque não há recurso. Explicou que a representação da
1763 Mesa Nacional de Negociação do SUS esteve em Alagoas no sentido de tentar resolver a situação. O
1764 Presidente do CES de Alagoas, Benedito Alexandre, solicitou audiência com o Ministro da Saúde para
1765 debater a grave situação de Alagoas. O Ministro de Estado da Saúde dispôs-se a receber a delegação
1766 de Alagoas, desde que sejam apresentadas propostas de soluções. Conselheiro **Alceu Pimentel**
1767 registrou que os profissionais de saúde de Alagoas enfrentam intransigência da gestão que há sete
1768 meses não negocia com esses profissionais. Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos da
1769 manhã. Iniciando os trabalhos do período da tarde, houve uma inversão da pauta. **ITEM 10 –**
1770 **PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE CUIDADORES DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA PELA REDE**
1771 **DE ESCOLA TÉCNICA DO SUS** – *Coordenação:* Conselheira **Lílian Aliche**, coordenadora da
1772 Comissão de Saúde Idoso. A representante da Área Técnica Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS, **Elen**
1773 **Oliveira Pernin**, apresentou o Programa de Formação de Cuidadores de Idosos com Dependência
1774 pela Rede de Escola Técnica do SUS. Começou com justificativas para a necessidade de cuidadores
1775 de pessoas idosas. Explicou que a estimativa é de aproximadamente 19.430.000 de pessoas idosas
1776 residentes no Brasil (DATUSUS, 2008) e a projeção para 2020 é de 32.000.000 (cerca 15% da pop.
1777 total), sendo o país com 6ª população idosa do mundo, em números absolutos. Fez um histórico das
1778 portarias na área do cuidador, com destaque para: Portaria Interministerial Nº 5153, de 07 de abril de
1779 1999, que cria o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos; e Portaria Interministerial Nº 5, de 16 de
1780 junho de 2003, que Institui a Comissão Interministerial de coordenação do Programa Nacional de
1781 Cuidadores de Idosos - prazo de 60 dias para apresentar proposta de implementação de Rede Formal
1782 de Apoio, Acompanhamento e Orientação de Cuidadores de Idoso. Explicou que o público alvo do
1783 Programa de Formação de Cuidador de Idosos Dependentes são os cuidadores já inseridos no
1784 mercado de trabalho (em instituições de longa permanência para idosos; abrigos; asilos; programas
1785 públicos de assistência social ou à saúde) ou pessoas que desejam entrar no mercado de trabalho
1786 através da ocupação de cuidador. Explicou, então, a estratégia de formação – Rede de Escolas
1787 Técnicas em Saúde – 36 Escolas, com destaque para os seguintes dados: capacidade de Formação
1788 de Cuidadores por Escola – 10 turmas/ano de 35 alunos cada turma, perfazendo 350
1789 alunos/ano/escola; Cuidadores formados pela Rede de Escolas Técnicas/ano – 12.600 cuidadores;
1790 total de cuidadores formados pela Rede de Escolas Técnicas em 3 anos – 37.800 cuidadores; carga
1791 Horária de cada turma – 160 horas; custo por aluno – R\$ 320,00; e custo total em 3 anos – R\$
1792 12.096.000,00. Detalhou que o Projeto Piloto do Projeto de Formação será desenvolvido no Acre, Mato
1793 Grosso do Sul, Alagoas, Blumenau, Minas gerais, Rio de Janeiro e o término está previsto para junho

1794 de 2008. Disse que foi realizada oficina na cidade de Blumenau, de 9 a 13 de abril de 2007 com
1795 Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Diretores de Escolas
1796 Técnicas em Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, SBGG, Conselhos, Universidades
1797 e ABRAZ. Esclareceu que as categorias de cuidador são: informal: aquele que presta cuidados à
1798 pessoa idosa no domicílio, com ou sem vínculo familiar e que não é remunerado; formal: pessoa
1799 capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida
1800 cotidiana fazendo elo entre o idoso, a família, e serviços de saúde e da comunidade, geralmente
1801 remunerado; familiar: garantir atenção diferenciada pelas equipes de saúde, principalmente da Atenção
1802 Básica, visando: minimizar o stress inerente ao cuidado cotidiano, atendimento à sua saúde, propiciar
1803 espaços coletivos com outras pessoas que cuidam de seus familiares dependentes para troca de
1804 experiências, inquietações, angústias etc e orientações gerais. Disse que o Projeto Piloto realizado em
1805 2008 capacitou trezentos cuidadores, sendo: Mato Grosso: 2 turmas; Fiocruz: 2 turmas; Alagoas: 1
1806 turma; Minas Gerais: 1 turma; Blumenal: 1 turma; e Acre: 2 turmas. Finalizando, apresentou os
1807 encaminhamentos: a) Projetos Cadastrados no Gescon: Alagoas: 360 cuidadores; Maranhão: 105
1808 cuidadores; Blumenal: 280 cuidadores; Tocantins: 35 cuidadores; Mato Grosso do Sul: 350 cuidadores;
1809 Pará: 350 cuidadores; São Paulo; Brasília; b) 15 projetos apresentados esperando abrir Gescon 2009;
1810 c) esperando Portaria do PROFAPs (recurso para capacitação de fundo a fundo); d) possibilidade de
1811 cumprir a metade da meta do MAIS SAÚDE (68.500 cuidadores). Conselheira **Lílian Aliche**
1812 agradeceu a técnica pela apresentação e informou que a Comissão propôs a realização de seminário
1813 para discutir um plano piloto para formação dos cuidadores informais. Cumprimentou a iniciativa e
1814 ponderou sobre a possibilidade de acompanhamento do Projeto de Cuidadores. A representante da
1815 Área Técnica Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS, **Elen Oliveira Pernin**, informou que foi publicado o
1816 Guia Prático do Cuidador e, no ano de 2008, foram disponibilizados 30 mil exemplares para as escolas
1817 técnicas. Disse que mais 50 mil exemplares serão impressos e distribuídos, preferencialmente, para o
1818 cuidador familiar. **Manifestações**. Conselheiro **Alexandre Magno** perguntou como se dá a
1819 intersetorialidade do Programa de Formação com o Programa Integral de Atenção à Família e os NAFs
1820 e qual a metodologia de abordagem das famílias. Conselheira **Silvia Casagrande** quis saber a
1821 avaliação sobre o PL nº. 26, do Deputado Tião Viana, que extingue a categoria de auxiliares e
1822 técnicos. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** solicitou a distribuição ao Pleno de exemplares do
1823 Guia Prático do Cuidador e ressaltou ainda que seria necessário priorizar a capacitação dos
1824 cuidadores informais. **Retorno da mesa**. A representante da Área Técnica Saúde do
1825 Idoso/DAPES/SAS/MS, **Elen Oliveira Pernin**, explicou que a Área está discutindo com o Ministério do
1826 Trabalho e Ministério de Desenvolvimento Social com o cuidador formal e está iniciando processo de
1827 discussão sobre o cuidador familiar, e que a meta é capacitar 68 mil cuidadores até 2011. Também
1828 destacou a preocupação do Ministério da Saúde com a proposta de extinção da categoria de auxiliares
1829 e técnicos, mas avaliou que o PL não será aprovado. Disse que será constituída comissão para
1830 debater a proposta de capacitação de cuidadores e serão convidadas entidades da área para
1831 participar. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorn** sugeriu que fosse definido projeto de capacitação
1832 com a participação de formadores formais e informais, de forma a possibilitar a troca de experiências.
1833 Conselheiro **Raimundo Sotero** propôs que a distribuição dos guias fosse feita de acordo com o
1834 número de cuidadores formais, priorizando os locais com menos cuidadores formados. Além disso,
1835 sugeriu a distribuição de CDs dos cursos de capacitação nos locais que mais necessitarem. Também
1836 colocou a FENAD à disposição para contribuir na distribuição desse material. A representante da Área
1837 Técnica Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS, **Elen Oliveira Pernin**, primeiro, elogiou o projeto realizado
1838 no Acre e destacou que essa experiência será considerada na elaboração da proposta de cuidadores
1839 familiares. Reiterou que os 50 mil exemplares do Guia Prático do Cuidador serão distribuídos,
1840 preferencialmente, para o cuidador familiar. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** cumprimentou pela
1841 iniciativa e enfatizou que é preciso definir outras ações que reafirmem o idoso como sujeito de direitos.
1842 Perguntou qual a relação com o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e com os Centros de
1843 Referência de Assistência Social. **Retorno da mesa**. A representante da Área Técnica Saúde do
1844 Idoso/DAPES/SAS/MS explicou que as competências do curso de capacitação contemplam a idéia do
1845 idoso como sujeito de direitos. Disse que a Área Técnica possui interlocução com o Conselho Nacional
1846 dos Direitos do Idoso e com a Secretaria Especial de Direitos Humanos e enfatizou que os Centros de
1847 Referência de Assistência Social são essenciais no processo de capacitação. Conselheira **Lílian**
1848 **Aliche** disse que é preciso discutir em profundidade os parâmetros do treinamento, porque vai
1849 modificar os parâmetros da família. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, coordenador-adjunto da
1850 Comissão de Saúde do Idoso, falou da defesa pela formação do cuidador de idosos e defendeu que os
1851 conteúdos considerem as particularidades dessa população. Conselheiro **Ciro Mortella** enfatizou que
1852 é preciso discutir a cobertura dos aposentados em relação à previdência e que são necessárias ações
1853 diferenciadas para a população idosa. Conselheiro **Paulo Venâncio Carvalho** disse eu é preciso
1854 refletir sobre a isonomia dos direitos dos idosos e o papel dos idosos na família. Conselheira **Maria do**
1855 **Socorro de Souza** perguntou se o projeto prevê a formação de agentes de saúde como cuidadores.

1856 **Retorno da mesa.** A representante da Área Técnica Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS explicou que o
1857 entendimento é de que a pessoa idosa deve viver cada vez mais e com qualidade de vida. Ressaltou
1858 que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações no sentido de capacitar os agentes comunitários
1859 de saúde para lidarem com processo de envelhecimento da população. Destacou que foi distribuída a
1860 caderneta de saúde da pessoa idosa, que possibilita o acompanhamento por esses agentes. Disse
1861 ainda que nas competências do curso foi contemplada a questão do uso de medicamentos. Informou
1862 que levará a visão da nova família para ser contemplada nas capacitações. Conselheira **Lílian Aliche**
1863 solicitou maior atenção para os idosos que vivem sós e os com dependência. Finalizando, agradeceu a
1864 expositora pela apresentação. A seguir, Conselheiro **Clóvis Boufleur** assumiu a coordenação dos
1865 trabalhos e retomou o debate da proposta do GT sobre as Comissões do CNS. **Manifestações.**
1866 Conselheiro **Armando Raggio** manifestou apoio à proposta, que, na sua visão, permite a renovação
1867 das comissões do CNS. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou por que algumas comissões
1868 permanentes estão destacadas? Também propôs que as mudanças sugeridas fossem implementadas
1869 após a eleição do novo Conselho, para não interromper as atividades das comissões em
1870 desenvolvimento. Além disso, defendeu que cada conselheiro possa participar de duas comissões
1871 como membro titular. No caso da Comissão de Eliminação da Hanseníase, solicitou tratamento
1872 diferenciado, até por conta dos compromissos internacionais do governo. Por fim, ponderou sobre a
1873 possibilidade de redefinir as datas das visitas da Comissão, junto com Programa Nacional Combate à
1874 Hanseníase, aos Estados mais endêmicos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** respondeu que o destaque a
1875 comissões é didático no sentido de demonstrar as que sofreram mudanças (permanente e
1876 intersetorial). Informou ainda que a proposta do GT não interferia nos planos de trabalho das
1877 comissões. Ao final do debate, será encaminhada a participação de conselheiros titulares nas
1878 comissões. Sobre a Comissão de Hanseníase, o entendimento é que se trata de uma comissão
1879 permanente, porque tem por objetivo acompanhar e monitorar a política de hanseníase desenvolvida
1880 pelo governo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ratificou a proposta do GT, por entender que
1881 corrige o rumo das comissões. Também disse são constituídas pelo Conselho Nacional de Saúde, a
1882 partir da sua necessidade de exercer e fortalecer o controle social. Entendeu que, a partir dessa
1883 proposta, os planos de trabalho das comissões com ações de longo prazo estão suspensos, tendo em
1884 vista que as comissões atuarão a partir das demandas do Pleno. Também defendeu que cada
1885 conselheiro titular participe de apenas uma comissão, a fim de garantir a participação de outros
1886 conselheiros nas comissões. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, em relação à fala do Presidente, explicou
1887 que a proposta do GT não previu a suspensão dos planos de trabalho das comissões. Contudo, essa
1888 questão pode ser discutida pelo Pleno. Conselheiro **Volmir Raimondi** reforçou o entendimento de que
1889 é possível trabalhar os temas macros de forma mais objetiva e com resultados de acordo com a
1890 realidade. Nessa lógica, sugeriu que as comissões iniciassem debate de junção no sentido de discutir
1891 esses temas macros. Assim, cumprimentou o GT pela proposta e manifestou apoio à mesma.
1892 Conselheiro **Wilen Heil** solicitou a revisão do art. 49 do Regimento Interno, que prevê a atuação de
1893 dois conselheiros titulares e suplentes para atuarem em cada comissão. Conselheira **Maria do**
1894 **Socorro de Souza** iniciou a sua intervenção esclarecendo que a CONTAG não coordena nenhuma
1895 comissão do CNS. Avaliou que, mesmo sendo a segunda vez que o Pleno debate esse tema, não
1896 tratou das dimensões relacionadas ao papel das comissões. Ressaltou que as comissões são criadas
1897 devido à exigüidade de tempo para os debates das políticas no Pleno e em razão de o Ministério da
1898 Saúde aprovar novas políticas. Avaliou ainda que, em sendo pautadas apenas pelo Pleno, as
1899 comissões não conseguiram cumprir o papel de articular, avaliar e acompanhar a implementação.
1900 Sobre comissões permanentes e intersetoriais, defendeu que fosse estabelecida uma hierarquia de
1901 importância e acrescentou que as comissões, de um modo geral, possuem caráter intersetorial. Disse
1902 ainda que a fusão de comissões deva ser pensada a partir da afinidade das políticas e os desafios
1903 colocados para implementá-las. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** ressaltou que no documento de
1904 justificativa da CISM/CNS, elaborado pelos integrantes da Comissão, defende-se: permanência das
1905 comissões existentes; e reestruturação das comissões, desde que antecedida de amplo debate e
1906 envolvendo os integrantes das comissões. Como encaminhamento, propôs a realização de seminário
1907 do CNS, garantindo-se inclusive a participação dos integrantes das comissões, para discutir as
1908 propostas de reestruturação das comissões, para evitar, inclusive, problemas operacionais futuros.
1909 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** iniciou a sua fala ratificando a dificuldade de se trabalhar com o
1910 número de comissões existentes (26). Sugeriu a reestruturação gradual das comissões para não
1911 desconstruir o que fora construído até aquele momento. Propôs que cada conselheiro titular participe
1912 de até duas comissões e coordene apenas uma. Além disso, discordou da definição de comissão
1913 “permanente”, tendo em vista o entendimento de que as comissões são conjunturais. Conselheiro
1914 **Antônio Alves de Souza** colocou duas propostas para apreciação: os integrantes da Mesa Diretora
1915 não devem participar de comissões; e reflexão sobre a possibilidade de ser instituído o cargo de duas
1916 vice-presidência no CNS (com possibilidade de rodízio na presidência e vice-presidência) – proposta
1917 para ser discutida futuramente. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** identificou, a partir

1918 das falas, que não houve posições contrárias à proposta do GT. E esclareceu, antes dos
1919 encaminhamentos, que o processo de fusão das Comissões do CNS seria voluntário e de acordo com
1920 atribuições compatíveis e afins. A seguir, listou os pontos que emergiram do debate para definição:
1921 participação de conselheiro como membro titular nas comissões – propostas: uma comissão ou duas;
1922 exclusão do termo “permanente” das comissões; não participação de membros da Mesa Diretora em
1923 comissões; e realização de seminário, com participação de integrantes das comissões. Conselheira
1924 **Maria do Socorro de Souza** solicitou a reformulação do inciso I do Art. 52 “I - As Comissões se
1925 reunirão de acordo com as necessidades debatidas e aprovadas pelo Pleno, com elaboração de
1926 previsão de custos para cada reunião”. **Encaminhamento: remeter a votação da proposta de
1927 resolução sobre as comissões para a próxima reunião, de forma a possibilitar aos conselheiros
1928 que apresentem contribuições. Estas deverão ser encaminhadas até às 12h do dia 13 de maio
1929 de 2009. O Grupo fará o consolidado das contribuições dos conselheiros para apresentar ao
1930 Pleno no segundo dia da reunião.** Definido esse ponto, Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** submeteu
1931 à apreciação do Pleno a carta elaborada pela CISM/CNS aos conselhos municipais e estaduais de
1932 saúde, alertando esses entes da federação para que se mobilizem para inclusão das diretrizes e ações
1933 de saúde mental nos municípios e estados, tendo em vista o debate e aprovação dos Planos
1934 Plurianuais e Planos Municipais em 2009. **Encaminhamento: a carta foi aprovada e será enviada
1935 aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.** Em seguida, foi aberto espaço para definição de
1936 encaminhamento sobre o debate do item 5 – Saúde indígena - situação atual da assistência.
1937 Conselheiro **Ailson dos Santos(Yssô Truká)** disse que é preciso definir ação a respeito do Vale do
1938 Javari, tendo em vista as mortes, mesmo após o inquérito sorológico. Dessa forma, propôs que seja
1939 realizado novo inquérito sorológico para confirmação dos dados epidemiológicos e tratamento das
1940 pessoas. Além disso, sugeriu que o GT que esteve no Vale do Javari visite o Médio Purus para
1941 verificar a situação local, inclusive de descontinuidade das ações com o anúncio da transferência da
1942 saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**
1943 propôs a realização de seminário nacional para debater as políticas de promoção da saúde no âmbito
1944 da FUNASA. **Encaminhamentos: recomendar ao Ministério da Saúde a realização de novo
1945 inquérito sorológico e, a partir do resultado, definir ações para garantir o atendimento às
1946 pessoas; convocar o GT que esteve no Vale do Javari para ir à comunidade do Médio Rio Purus
1947 verificar a situação local; e indicar a realização de seminário nacional para debater as políticas
1948 de promoção da saúde no âmbito da FUNASA. A Secretaria-Executiva avaliará a disponibilidade
1949 de recurso para o evento. Foram indicadas as seguintes representações para organizar a
1950 atividade: CONTAG, movimento indígena, CISAMA/CNS e CIVSF/CNS.** Em seguida, o Presidente
1951 do CNS informou que a Ordem dos Advogados do Brasil, na pessoa do seu presidente, garantiu que a
1952 ADIn impetrada contra o Estado de Sergipe será estendida aos outros estados que aprovaram
1953 proposta de fundação de direito privado e assumiu o compromisso de, no caso de o projeto de lei ser
1954 aprovado, impetrar outra ADIn no Supremo Tribunal Federal. Além disso, explicou que a OAB solicitou
1955 apoio do CNS à marcha da Ordem contra o projeto de lei sobre os precatórios e divulgação no sítio do
1956 Conselho. **Encaminhamento: o Pleno fará consulta ao assessor da COFIN sobre a proposta e, no
1957 caso de manifestação positiva, o movimento da OAB será divulgado no sítio do CNS.**
1958 Conselheiro **Geraldo Adão dos Santos** solicitou a autorização do Pleno para a visita de dois
1959 integrantes da Comissão de Eliminação da Hanseníase aos Estados do Maranhão, Tocantins e Piauí,
1960 para verificar a situação local. **Encaminhamento: o Pleno autorizou a visita de dois integrantes da
1961 Comissão de Eliminação da Hanseníase aos Estados do Maranhão, Tocantins e Piauí, para
1962 verificar a situação local. ITEM 7 – ABERTURA DE NOVOS CURSOS** – Conselheira **Ruth Ribeiro
1963 Bittencourt**, primeiramente, justificou a ausência da conselheira **Maria Helena Machado** e da
1964 conselheira **Graciara Matos de Azevedo** e informou o Pleno sobre a oficina da CIRH, nos dias 29 e 30
1965 de março de 2009. Disse que nessa atividade a Comissão definiu o seu planejamento para 2009 com
1966 os seguintes eixos: gestão da educação; trabalho; e relações institucionais. O relatório, tão logo seja
1967 concluído, será enviado aos conselheiros. Comunicou ainda que a Comissão receberá o convite para
1968 participar do Congresso da Rede Unida e, nessa linha, solicitou a participação de dois conselheiros
1969 integrantes da CIRH. **Encaminhamento: aprovada a participação de dois conselheiros integrantes
1970 da CIRH no Congresso da Rede Unida.** Em seguida, a Conselheira procedeu à apresentação de 34
1971 notas técnicas sobre processos de renovação de autorização de cursos na área da saúde. Detalhou
1972 que tiveram parecer satisfatório os cursos com nota superior a 3 na avaliação do MEC e parecer
1973 insatisfatório os com nota inferior a 3. Os pareceres são: 1) Referência: Processo nº 200809813
1974 SAPIENS Nº 20050013558; Interessado: Centro Universitário Nove de Julho – UNINOVE – São Paulo-
1975 SP; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório; 2) Referência: Processo nº
1976 200809761SAPIENS Nº 20050013558; Interessado: Universidade Bandeirante de São Paulo - São
1977 Paulo-SP; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório; 3) Referência:
1978 Processo nº 200808737APIENS Nº 20050013558; Interessado: Universidade de Marília – UNIMAR;
1979 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 Medicina; Parecer: insatisfatório. 5) Referência: Processo nº 200811126; Interessado: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 6) Referência: Processo nº 200811125NS; Interessado: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 7) Referência: Processo nº 200813370; Interessado: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 8) Referência: Processo nº 200806901; Interessado: Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF; Curso: Renovação do Curso de Medicina; Parecer: satisfatório. 9) Referência: Processo nº 200711150; Interessado: Faculdade Ruy Barbosa de Psicologia – FRBPSIC – Salvador-BA; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 10) Referência: Processo nº 200809820; Interessado: Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas-RS; Curso: Renovação do Curso de Medicina; Parecer: insatisfatório. 11) Referência: Processo nº 200811472; Interessado: Centro Universitário de Brasília – UNICEUB; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 12) Referência: Processo nº 200809682; Interessado: Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM; Curso: Renovação do Curso de Medicina; Parecer: satisfatório. 13) Referência: Processo nº 200800281; Interessado: Centro Universitário da Grande Dourados – UINGRAN; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 14) Referência: Processo nº 200800429; Interessado: Centro Universitário de Volta Redonda – UNIFOA; Curso: Renovação do Curso de Medicina; Parecer: insatisfatório. 15) Referência: Processo nº 200809243; Interessado: Universidade de Brasília – UNB; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 16) Referência: Processo nº 200809244; Interessado: Universidade de Brasília – UNB; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 17) Referência: Processo nº 200809245; Interessado: Universidade de Brasília – UNB; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 18) Referência: Processo nº 200812964; Interessado: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 19) Referência: Processo nº 2007-1405; Interessado: Universidade Veiga de Almeida - UVA - Rio de Janeiro-RJ; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: satisfatório. 20) Referência: Processo nº 2008-00004; Interessado: Faculdade de Imperatriz – FACIMP – Imperatriz-MA; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório. 21) Referência: Processo nº 200815411; Interessado: Universidade Federal de Sergipe-UFS – São Cristovão-SE; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 22) Referência: Processo nº 200812333; Interessado: Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro-RJ; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 23) Referência: Processo nº 200812348; Interessado: Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro-RJ; Curso: Renovação do Curso de Psicologia; Parecer: satisfatório. 24) Referência: Processo nº 200809636; Interessado: Faculdade do Amazonas-CIEC ODONT - Manaus-AM; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório. 25) Referência: Processo nº 200809463; Interessado: Centro Universitário do Triângulo - UNITRI – Uberlândia-MG; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: satisfatório. 26) Referência: Processo nº 200810644; Interessado: Centro Universitário Fluminense – UNIFLU – Campos dos Goytacazes-RJ; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório. 27) Referência: Processo nº 200809454; Interessado: Universidade Paranaense – UNIPAR – Umuarama-PR; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório. 28) Referência: Processo nº 200809669; Interessado: Faculdade de Odontologia de Caruaru – FOC; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório. 29) Referência: Processo nº 200811070; Interessado: Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES – Santos-SP; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório. 30) Referência: Processo nº 200811170; Interessado: Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES – Santos-SP; Curso: Renovação do Curso de Medicina; Parecer: insatisfatório. 31) Referência: Processo nº 200809708; Interessado: Universidade Tiradentes – UNIT – Aracaju-SE; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: satisfatório. 32) Referência: Processo nº 200809498; Interessado: Universidade Cruzeiro do Sul – UNICSUL – São Paulo-SP; Curso: Renovação do Curso de Odontologia; Parecer: insatisfatório. 33) Referência: Processo nº 200808951; Interessado: Universidade de Brasília – UNB; Curso: Renovação do Curso de Medicina; Parecer: satisfatório. 34) Referência: Processo nº 200809629; Interessado: Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS – Manaus-AM; Curso: Renovação do Curso de Medicina; Parecer: insatisfatório. **Encaminhamento: as 34 notas técnicas foram aprovadas por unanimidade.** A seguir, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Camapum**, apresentou os temas pendentes da reunião. Primeiro, submeteu à apreciação do Pleno uma minuta de resolução sobre os 20 anos do SUS que resolve: que o Ministério da saúde conceda medalha própria comemorativa dos 20 anos do SUS para homenagear pessoas que se destacaram e se destacam nessa construção, e indicados (as) pelo CNS e Ministério da Saúde. **Encaminhamento: a resolução foi aprovada.** O Presidente do CNS justificou que teria que se retirar porque participaria da caravana em defesa do SUS em Betim. Continuando, a Secretária-Executiva do CNS apresentou a composição da Comissão de Atenção Integral à Saúde da Criança, Adolescente e Jovens, com destaque à inclusão da Força

2042 Sindical e do MEC. **Encaminhamento: a composição foi aprovada. A seguir, apresentou mudança**
2043 **na composição da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos: Coordenador – Departamento**
2044 **de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – Degert; e Coordenador Adjunto – Conselho**
2045 **Federal de Serviço Social – CFESS; Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO passa de**
2046 **suplente a titular; e Associação Brasileira de Odontologia como suplente. Encaminhamento: as**
2047 **modificações foram aprovadas.** Prosseguindo, solicitou a indicação dos nomes para compor o GT de
2048 Alagoas. **Encaminhamento: foram indicados os seguintes nomes para compor o GT:** Jurandi
2049 Frutuoso, Nilo, Maria Helena Machado, Alceu Pimentel, Sílvia Casagrande, Francisco Batista
2050 Júnior, Alexandre Magno, Maria do Socorro de Souza e Carmem Lúcia Luiz. Em seguida, solicitou
2051 a indicação de nomes para compor o GT para debater com o governador do DF, o Secretário de Saúde
2052 e o Ministério Público a recomposição do Conselho, a definição de sede própria e a publicidade das
2053 reuniões. **Encaminhamento: foram indicados os seguintes nomes: Jovita José, Francisco Batista**
2054 **Júnior, Antônio Alves de Souza, Nildes de Oliveira Andrade, Afonso Magalhães e um**
2055 **representante do CONASS ou CONASEMS.** Em seguida, a Secretaria-Executiva do CNS retomou a
2056 questão do GT do Médio Rio Purus. Comunicou que, conforme aprovado, os integrantes do GT do
2057 Vale do Javari (Eufrásia Santos Cadorin, Ailson dos Santos, Valdenir de Andrade França e José Eri de
2058 Medeiros) visitariam o Médio Rio Purus. Conselheira Carmem Lúcia Luiz colocou-se à disposição
2059 para compor o GT. **Encaminhamento: o GT de Visita ao Médio Rio Purus foi composto por:**
2060 **Eufrásia Santos Cadorin, Ailson dos Santos, Valdenir de Andrade França, José Eri de Medeiros**
2061 **e Carmem Lúcia Luiz.** A data provável da visita é de 30 de abril a 7 de maio. Conselheira Maria do
2062 **Socorro de Souza** solicitou a indicação de representantes do CNS para participar do Seminário
2063 Nacional de Diversidade de Sujeitos e igualdade de direitos no SUS, de 8 a 11 de maio de 2009.
2064 **Encaminhamento: foram indicados para participar do seminário como representante do CNS os**
2065 **Conselheiros Alexandre Magno e Ailson dos Santos e para compor a mesa de abertura,**
2066 **representando o CNS, foi indicada a Conselheira Carmem Lúcia Luiz.** A atividade será divulgada
2067 **e os conselheiros interessados deverão comunicar à Secretaria-Executiva do CNS.** A seguir, a
2068 Secretaria-Executiva do CNS apresentou os seguintes documentos em relação ao Distrito Federal; 1)
2069 Recomendação: ao Secretário de Saúde do DF que inicie debate sobre a recomposição, a definição da
2070 sede própria e a publicidade das reuniões do Conselho de Saúde do DF; e 2) Resolução: a)
2071 recomendar a suspensão do repasse dos recursos financeiros Fundo a Fundo do governo federal para
2072 o governo do DF b) instituir GT de conselheiros nacionais, para, no prazo de quinze dias, iniciar um
2073 diálogo com o Secretário de Saúde do DF. **Encaminhamento: aprovada a recomendação e a**
2074 **resolução, com o adendo de fazer menção nos considerandos à terceirização da gestão do**
2075 **Hospital de Santa Maria. ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a Secretaria-Executiva do
2076 CNS, Rosângela Camapum, encerrou a reunião, agradecendo a presença de todos e dos internautas.
2077 Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares: Ailson dos Santos, Antônio Alves de**
2078 **Souza, Armando Tadeu Gastapaglia, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Clóvis Boufleur, Eufrásia**
2079 **Santos Cadorin, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, João**
2080 **Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, Luiz Antônio de Sá, Nildes de Oliveira Andrade,**
2081 **Raimundo Sotero, Ronald Ferreira dos Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins**
2082 **Casagrande, Ubiratan Cassano Santos, Valdenir Andrade França, Volmir Raimondi e Wilen Heil**
2083 **e Silva. Suplentes: Alceu José Peixoto Pimentel, Alexandre Magno Lins Soares, André Luiz de**
2084 **Oliveira, Armando Martinho Bardou Raggio, Arnaldo Marcolino, Eline Jones, Jorge Alves de**
2085 **Almeida Venâncio, José Eri de Medeiros, Juarez Pires de Souza, Lílian Alicke, Lucimar Batista**
2086 **da Costa, Luís Augusto Salomon, Maria do Socorro de Souza, Maria Ermínia Ciliberti, Maria**
2087 **Laura Carvalho Bicca, Maria Thereza Almeida Antunes, Marlene Braz, Marilia Ehl Barbosa,**
2088 **Marisa Fúria, Paulo Roberto Venâncio Carvalho e Sérgio Ricardo Góes Mena Barreto.**