



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
ATA DA DUCENTÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO ORDINÁRIA
BRASÍLIA, DF, 11 DE MARÇO DE 2010

Aos onze dias do mês de março de dois mil e dez, às nove horas, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Sétima Reunião Ordinária do CNS. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior** – Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos com saudação aos presentes, conselheiros e suplentes, Coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, técnicos do DATASUS, levando a reunião para o mundo todo e aos internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Apresentou a proposta de pauta para apreciação do Plenário. Comunicou informe do Secretário de Gestão Estratégica e Participativa, Antonio Alves de Souza, das atividades no Ministério da Saúde, solicitando uma inversão de pauta, passando o ITEM 2 para as 10h. O presidente comunicou que em virtude de audiência com o Líder do PT na Câmara, para tratar da inserção da regulamentação da EC-29 na pauta da Câmara, para ser votada ainda este ano, teve que sair em audiência, prevista para as 9h30. Disse que recebeu telefonema do Deputado Narcísio – Presidente da Frente Parlamentar de Saúde, informando que na reunião do Colégio de Líderes da Câmara dos Deputados, o Presidente Michel Temer solicitou que apresentassem à presidência da casa uma relação de cinco Projetos de Lei, considerados prioritários, para que pudessem ser pautados neste ano eleitoral. O Deputado sugeriu que a regulamentação da EC-29 fosse um dos projetos. Pediu também que fosse feita uma mobilização com líderes, para que o tema pudessem ser viabilizado. Dó o motivo da minha saída emergencial na tentativa de garantir o empenho do PT nesse projeto. Convidou o membro da Mesa Diretora, Conselheiro **Clóvis Adalberto Bouffleur**, para dirigir a reunião na sua ausência. **ITEM 01 – APROVAÇÃO DA ATA DA 206ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** O Conselheiro **Clóvis Adalberto Bouffleur** submeteu a ata para apreciação e aprovação. A conselheira **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo** comunicou que a Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** lhe solicitou, por email, a transcrição integral de sua fala na Ata. Ela disse que não se sentiu contemplada na apresentação feita na última reunião e pediu um destaque na linha 435 na qual foi resumida em cinco minutos, uma fala dela de mais de 30 minutos. Pediu que o conteúdo da apresentação seja transcrito na íntegra. Também pediu desculpas pela ausência na reunião. A Secretária-Executiva **Rozângela Fernandes Camapum** comunicou que normalmente não se faz transcrição integral na Ata, mas que envia CD para o (a) conselheiro (a) solicitante. A Conselheira **Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira** idem. E disse ainda que quando se trata de assunto de interesse, consulta-se o plenário e este vota a favor da transcrição. Questiona ainda se esse costume regimental foi mudado e quando. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** considerou que a discussão foi muito polêmica. Por isso é que a Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** solicitou a transcrição da apresentação dela. Concordou com a Conselheira **Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira** no que diz respeito a não alteração dessa prática. Aproveitou pra solicitar que também a apresentação do professor **Volnei Garrafa** seja transcrita na íntegra, além de todas as manifestações originárias dessa discussão. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** idem, além de ratificar e reforçar a solicitação da transcrição do conteúdo inteiro daquele item de pauta. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Bouffleur** encaminha esse ponto de pauta que se trata de cultura já estabelecida no Conselho, de que, quando solicitada, a transcrição seja providenciada na íntegra, dentro da ata, tanto a apresentação da Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, quanto a apresentação do professor **Volnei Garrafa**. A Secretária-Executiva **Rozângela Fernandes Camapum** disse que iria verificar como fazer. Que não existe ninguém contratado no Conselho para fazer essa transcrição. Que não vai ser imediato, porque tem que encontrar uma solução administrativa. E que assim que estiver pronto, será encaminhada a todos. O Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** idem, além de constatar a ausência de seu nome na ata, para a qual pede retificação. O Conselheiro **Geraldo Adão dos Santos** pediu alteração de sua intervenção na linha 175. No que foi atendido. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Bouffleur** encaminha dizendo que serão feitos os registros dos itens que são necessários de modificação e depois ou por e-mail ou pessoalmente com o pessoal da ata cada um vai e apresenta sua redação. Que as redações não precisam ser lidas integralmente, no momento, mas simplesmente registrar o ponto e depois receber na Mesa ou e-mail. Que esta ata seja aprovada na próxima reunião com adição das modificações anotadas. E se houver mais

alguma observação que seja encaminhada para o e-mail do CNS. O Conselheiro **Lauro Domingo Moretto** solicita retificações nas linhas 855, 856. No que foi atendido. A Conselheira **Thereza Almeida Antunes** pede retificação no seu nome, na linha 658, porque refere-se a uma “Maria Tereza da Silva”. Que se se referiu a ela, não estava presente na reunião. Que o nome deve ser suprimido ou substituído pelo nome certo. No que foi atendida. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** pediu que registrasse na página cinco: linhas 249 e 256; página 6: linha 354; e página 16: linha 920 encaminhamentos, propostas e sugestões de suas intervenções, que enviaria após a reunião. **OBSERVAÇÕES:** 1. Geraldo Alves Vasconcelos Filho – registrar como presente. 2. Transcrição Integral da fala de Gyselle Tannous. 3. Transcrição Integral da fala do Prof. Volney Garrafa e manifestações dos conselheiros. 4. Geraldo Adão dos Santos – linha 175 - retificar texto, tirar “não”. 5. Lauro Domingo Moretto – 855-856 – retificar texto. 6. linha 658 – Maria Tereza Silva – identificar quem falou. (identificado como voz de Maria Helena Machado de Souza. O Sr. Presidente identificou inicialmente como Maria Thereza e corrigiu em seguida). 7. Clóvis Boufleur - registrar na página cinco as linhas 249 e 256, página 6 a linha 354 e página 16 a linha 920 em que vou encaminhar também propostas e sugestões das minhas intervenções. Disse que a Mesa foi informada da dificuldade de comunicação e que a pauta do Rio de Janeiro não seria incluída hoje. E que o Presidente do Sindicato dos Médicos foi convidado e está presente. Disse que esse assunto é fruto de uma denúncia que apresentada no CNS. Solicitou ao Plenário para, depois dos informes, desce permissão para que fizesse uma exposição rápida sobre a situação, como subsídio, sem debate. Consultou a assembléia e, havendo acordo, o convidado va se pronunciar após os informes. Passa a palavra à Secretária-Executiva **Rozângela Fernandes Camapum** para os informes e indicações. **Informes e Indicações: DELIBERAÇÃO: Indicações:** 1. Encontro Latino-Americano de Farmacogênica em Porto Rico – Indicação de **Aníbal Gil Lopes** (Membro da CONEP) para acompanhar a Conselheira **Gyselle Saddi Tannous**. 2. **IV Conferência Municipal de Saúde de Itabuna**, Bahia, 13 de abril de 2010 – Indicação do Conselheiro **José Marcos Oliveira**. 3. **Conferência Mundial dos Povos sobre o Câmbio Climático e os Direitos da Mãe Terra**, Bolívia, 19 a 22 de abril – Indicação do Conselheiro Francisco Batista Júnior, Presidente do CNS, e indicação de representante dos Indígenas a ser informado posteriormente. 4. **GT da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Composição: Representante do Segmento dos Usuários – Conselheiro **Gilson Silva** e Conselheira **Maria de Lourdes Alves Rodrigues**; os demais segmentos serão indicados na Reunião de Abril do CNS. **Informes:** 1. **Associação Médica Nacional** – fundada em 29 de novembro de 2009, com o intuito de congrega médicos e médicas graduados no exterior. 2. **Auditoria Hospital Psiquiátrico Santa Tereza (Ribeirão Preto – SP)** – constatou-se a regularidade da instituição. 3. **Moção de Apoio à Luta em Defesa da Integralidade das Ações de Saúde, Conselho Nacional de Assistência Social** – para conhecimento dos conselheiros do CNS. 4. **I Conferência Mundial sobre Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social – Solicitações da Comissão Organizadora:** 1. Difusão do site da I CMSUS nos portais das entidades com assento no CNS; 2. Compartilhamento de informações da I CMSUS com os Conselheiros e pedido de repasse às entidades estaduais, municipais e outras de suas redes; 3. Que as entidades listem eventos nacionais e internacionais que cheguem ao seu conhecimento e repassem à I CMSUS para que esta possa encaminhar documentos a serem distribuídos nos eventos nacionais e internacionais até 1 de dezembro de 2010. 5. **XXVI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 25 a 28 de maio de 2010, em Gramado (RS)** - Três Oficinas aprovadas: 1. Papel do Setor Saúde na Construção de Sistemas de Seguridade Social, 26 de maio, de 18 às 20 horas e tem 50 vagas para a participação. Organização – Comitê Executivo da Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social. 2. Oficina do Controle Social – dia 28 de maio, das 9 às 13 horas; 200 vagas para participação; a Comissão de Educação Permanente ficou de elaborar (Conselheira **Eufrasia**). 3. Oficina “Diversidades de Sujeitos e Igualdade de Direitos”, dia 26 de maio, das 18 às 20 horas. Elaboração Conselheira Maria de Lourdes Alves Rodrigues. 6. **Curso de Informática Básica** – Data da Oficina: dias 26, 27 e 28 de abril. Participantes: técnicos do DATASUS dos estados e do nível central, Chefes dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde, representantes dos SEAUDs estaduais, representantes da Comissão de Comunicação e Informação do CNS, Secretarias Executivas e Conselheiros Estaduais de Saúde dos Conselhos Estaduais de Saúde, representantes dos COSEMS de cada estado, dirigentes e técnicos do CONASEMS e CONASS e representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, apoiadores da ParticipaSUS, consultores e convidados. 7. **Reunião com Secretárias-Executivas de Conselhos de Saúde Estaduais** – em 29 de abril de 2010 – Aprovado. 8. **Congresso Nacional da Rede Unida de 18 a 21 de julho de 2010**. Informe na Próxima Reunião. 9. **Relatório das Auditorias do DENASUS**. 1. Solicitação do Secretário de Gestão Estratégica e Participativa, Antônio Alves Souza, ao Pleno para que a apresentação dos relatórios seja realizada em outra ocasião quando o trabalho de análise das auditorias estiver encerrado. 2. Solicitar ao Ministro da Saúde que assim que ele tenha acesso aos relatórios de Auditoria imediatamente disponibilize ao Conselho Nacional de Saúde para que o Conselho possa fazer uma avaliação. 3. Criação de um GT Relatórios das Auditorias do DENASUS: três conselheiros e a COFIN.

Composição: Representante do Segmento dos Usuários – Conselheira **Maria do Socorro de Souza**; Representante do Segmento dos Trabalhadores – Conselheira **Maria Laura Bicca**; Representante do Segmento dos Gestores, Conselheira **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**. 4. Os Relatórios das Auditorias serão distribuídos aos Conselheiros. Aprovado o texto da Moção de Apoio ao DENASUS, SGEF e Ministério da Saúde quanto à realização das Auditorias. 10. **Moção de Apoio à ANVISA** – pela RDC 44 - Aprovada. O Conselheiro Clóvis solicitou encaminhar ofício à ANVISA para manifestação sobre assunto Propaganda de Alimentação Infantil. 11. A Secretaria-Executiva enviará aos Conselheiros lista das Comissões com as vagas de Coordenação e Coordenação Adjunta para serem preenchidas na reunião de abril. 12. **GT UPAS** – substituição do Conselheiro **Luiz Antonio Silva Neves** por seu suplente Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**. 13. **Seminário de Alimentação e Nutrição no Contexto do SUS** – O Seminário Nacional será de 8 a 10 de junho, em Brasília. As datas da etapa regional são: Goiás dia 24 de março; Acre dia 25 de março; Roraima de 30 a 31 de março; Tocantins 23 de março; Ceará 30 e 31 de março; Piauí dia 24 de março e; Rio Grande do Sul de 22 a 33 de março; Santa Catarina dia 29 de março. Outros estados acontecerão em abril. Os Conselheiros de cada Estado participarão do Seminário. Fazer Nota Técnica como subsídio e fazer Informativo Eletrônico para colocar no site do CNS. 14. Dia 21 de março será comemorado o Dia Internacional da Síndrome de Down. 15. A SE/CNS fez a leitura do ofício do CONASS informando que está suspensa temporariamente sua participação em todas as atividades do CNS inclusive o Pleno e Comissões. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** solicitou kits sobre AIDS para levar a evento em Portugal. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** pediu para incluir em uma das mesas do Congresso em Gramado uma fala sobre a saúde da mulher no nível municipal. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** encaminhou no sentido de que o tema deve ser transversal nas duas mesas. Em seguida convidou o **Dr. Jorge Darze**, para falar em 15 minutos sobre a situação da Saúde no Rio de Janeiro. Trata-se de uma denúncia que foi apresentada e que esse tema vai ser pautado oficialmente e inclusive porque ele veio e os outros componentes da mesa não vieram porque foi cancelado o item de pauta. E que será pautado para a próxima reunião de abril com outras pessoas, secretários de Saúde e estado e etc. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** pediu que se registrasse em ata que vai ser uma posição em mão única e que o estado, se for o caso, não está aqui para apresentar nenhum tipo de argumento, que conste em ata, por favor. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** pediu que quando o assunto voltar a ser pautado que o JORGE DARZE volte também. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** reiterou que não haverá debate, será apenas um subsídio a mais. Dr. Jorge Darze se apresentou dizendo que sua presença deve a uma denúncia do sindicato dos médicos do Rio de Janeiro sobre a situação irregular em que se encontra o controle social no estado do Rio de Janeiro, a questão da assistência à população do estado do Rio de Janeiro. Que sua presença se deve a um convite do próprio Conselho Nacional de Saúde, no dia 2 de fevereiro, informando de que estava pautado para hoje o assunto pertinente à denúncia que foi aqui entregue. Disse que o Rio de Janeiro é hoje a única região do Brasil que ainda sofre a intervenção de um Decreto Federal reconhecendo a calamidade pública na Saúde. Decreto esse que não foi revogado, do reconhecimento da situação de calamidade. Foi revogada a devolução da gestão plena ao município do Rio de Janeiro. Estamos convivendo num ambiente de calamidade pública. Essa situação de calamidade justifica a necessidade de ser pautado esse assunto com a maior brevidade. Minha apresentação será dividida em dois grandes aspectos importantes: A questão da Assistência, que é um problema grave, porque temos convivido com situações que eu considero criminosas. Nós temos pacientes que estão morrendo nos hospitais por falta da equipe de assistência. A questão da situação da assistência se expressa de várias formas, uma delas é a política de recursos humanos e justifica em grande parte essa situação da ausência dos profissionais na rede, principalmente dos médicos especialistas que é a falência da política de recursos humanos do estado do Rio de Janeiro. O Governador do Rio de Janeiro cometeu, na minha opinião, um crime quando ele enviou à Assembléia Legislativa um projeto de criação da fundação de direito privado no curso da realização da última conferência estadual de Saúde. Esse projeto não prosperou e continuamos a conviver com a mão-de-obra terceirizada. Com a falência das outras iniciativas que foram adotadas na área de recursos humanos como os contratos temporários que foram realizados através da fundação estadual de serviço público, as equipes estão absolutamente desfalcadas. Coincidentemente entre essas empresas que estão hoje assumindo essa responsabilidade, está uma que já foi amplamente denunciada pela grande imprensa, que hoje detém grande parte dos contratos com o Governo do Estado, em várias áreas da Administração Pública. Ela criou um braço destinado à área da Saúde, e tem assumido instituições importantes como o último hospital, recentemente inaugurado que foi entregue a esse conglomerado, hospital novinho com 60 milhões de recursos gastos na sua construção está sendo hoje gerido por uma empresa privada. Uma das aberrações na área de recursos humanos é que essa empresa está obrigando aos médicos a se tornarem pessoa jurídica. Isso explica a necessidade dessa empresa, e do próprio governo, de delegar aos médicos a responsabilidade objetiva pelo mal resultado. Todos sabem que nessa questão do mal resultado na área da responsabilidade civil, o profissional tem

uma exceção estabelecida pelo código de defesa do consumidor, que não cabe a ele provar a culpa, cabe a quem faz a ação judicial. No caso de se transformar o médico em pessoa jurídica, inverte-se essa regra do código de defesa do consumidor e esse médico e esse profissional passa a ter a responsabilidade de provar que ele não é o culpado por aquilo que está acontecendo. O município do Rio de Janeiro também segue a mesma cartilha e hoje tem a aprovação na Câmara dos Vereadores, um projeto que cria as organizações sociais e hoje também já se amplia na rede do município a entrega das chamadas unidades básicas, chamadas clínicas da família sobre a gestão dessas empresas privadas das organizações sociais. Uma situação ainda mais grave é você não ter hoje a capacidade de aferir quem está hoje prestando o serviço a nossa população, jogando no lixo a Constituição Federal. Já existem inúmeras decisões do Supremo Tribunal Federal ratificando o artigo 36 da constituição. E por fim, uma questão de igual importância é que o controle social no Rio de Janeiro também está violado. Até hoje eu, Conselheiro eleito na Conferência Estadual de Saúde, não tive a oportunidade de tomar posse. Não só eu, mas outros Conselheiros. Nossa participação foi caçada unilateralmente, de forma arbitrária. Não há justificativa para que uma situação como essa esteja ocorrendo no Rio de Janeiro. Essa é uma outra denúncia que já foi trazida aqui ao Conselho Nacional de Saúde, registrada aqui desde 2008 mas lamentavelmente até hoje eu entendo que o Conselho estadual de Saúde está irregular e entendo que todos os atos que são proferidas por este Conselho, na minha opinião, estão nulos, porque este Conselho não funciona de acordo com a legislação que regulamenta o controle social. Nós estamos falando de um estado que foi capital da república, tem a maior rede pública do Brasil, e onde o debate da reforma sanitária teve um espaço político de fundamental importância. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior** – Presidente do CNS agradeceu a participação do Dr. Jorge Darze. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** pediu questão de ordem. Disse que a ata está sendo transcrita na íntegra e, portanto, eu quero que conste também ao final da palavra dele que foi feita uma apresentação, uma exposição em direção sem defesa do estado. No final. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior** – Presidente do CNS confirmou o registro da posição do conselheiro. Informou o resultado da audiência com o Dep. Fernando Ferro, e que conversou com a dep. Cida Diogo, vice-presidente da Frente Parlamentar de Saúde, que assumiu o compromisso de pautar o assunto na liderança do PT. Que o Dep. Paulo Rubens Santiago, da Frente Parlamentar de Saúde, disse que o PDT vai pautar, nos próximos dias, a regulamentação da emenda 29. **ITEM 02 – RESULTADO DAS AUDITORIAS DO DENASUS NO PI, DF, SP, RS, RR E MG. PLANEJAMENTO DO CNS.** Apresentação e Deliberação: **Rozângela Fernandes Camapum** – Secretária-Executiva do Conselho nacional de Saúde. Coordenação: **Volmir Raimondi** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde. O Conselheiro **Volmir Raimondi** cumprimentou a todos e aos que acompanham pela Internet. Disse estar acompanhado da presença do Secretário **Antônio Alves Souza**, da Secretaria de Gestão Participativa e da Secretária-Executiva do Conselho, **Rozângela Fernandes Camapum**. Disse que o ponto de pauta dos relatórios do DENASUS é um dos assuntos já tratados Mesa Diretora e está trazendo ao conhecimento do Pleno. Convidou o Conselheiro **Antônio Alves Souza** para fazer o primeiro relato dessas auditorias. Antes o Conselheiro **Francisco Batista Júnior** – Presidente do CNS convidou para a Mesa o diretor do DENASUS, **Luiz Carlos Bonzan** e o Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**. O Conselheiro **Antônio Alves Souza** cumprimentou a todos. Disse que o DENASUS é um departamento SGEP. Que sua estrutura foi aprovada neste Conselho. Que a ação de auditoria da EC-29 é uma ação programática do Ministério, da SGEP, do DENASUS, definida em outubro de 2008. A Emenda Constitucional 29 determina a participação de cada governo, de cada esfera de governo, no financiamento do SUS: União e Unidades da Federação, 12%. Municípios, 15%, no mínimo. Inicialmente a auditoria começa nos estados, mas a meta é seguir com as capitais, depois municípios acima de 100 mil habitantes. Portanto, para o Ministério da Saúde ela é uma ação estratégica, especial. Especial porque não é rotina se fazer essa avaliação. O ano passado o DENASUS concluiu um conjunto enorme de ações, inclusive na parte de média e alta complexidade, assistência farmacêutica, Farmácia popular e tantas outras que posteriormente estarão sendo encaminhadas a esse Pleno. O objetivo dessa auditoria foi obter um diagnóstico preciso que possa propiciar entendimento da situação real referente ao cumprimento da EC-29, nas gestões estaduais nesse primeiro momento. Outro objetivo é subsidiar o Ministério com informações mais fidedignas, com avaliação *in loco* sobre o cumprimento da EC-29, fortalecendo a posição do Ministério e da Gestão como um todo, em defesa da regulamentação da EC-29. Foram constituídas cinco equipes fixas, cada uma com sete técnicos: três auditores da área de recursos financeiros e quatro auditores da área assistencial. Você tem que aplicar o recurso para determinado resultado, esperando determinado resultado. Foi importante saber a respeito dos indicadores que hoje estão pactuados e fazem parte do Pacto pela Saúde, Pacto de Gestão. Teve a fase do planejamento para discutir a ação, definir a metodologia para trabalhar com uniformidade nacional e a elaboração de um roteiro dessa auditoria e a elaboração de um cronograma da ação indicando início e fim dessa ação. A fase de operacionalização da ação envolve a verificação *in loco*, quando os auditores e equipe vão à Secretaria de Saúde, em torno de duas semanas, podendo ser acrescentada, dependendo da complexidade em cada secretaria. Um período total da realização da

ação de abril a dezembro de 2009. Depois de coleta de informações, de avaliação, segue-se análise e encaminhamento do auditado e análise da defesa. O período de abrangência dessa ação chama-se auditoria nas 27 UF sobre o cumprimento da EC-29 nos anos de 2006 e 2007. Citou vários fundamentos legais para a ação. Qual é a situação atual? Os primeiros relatórios concluídos do ponto de vista da fase do DENASUS são os dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Roraima, Piauí, Distrito Federal e Rio Grande do Sul, cujo relatório já está em poder do Conselho Nacional de Saúde. Nós temos mais 11 sendo encaminhados ao Ministro e outros dez estão em fase final de conclusão. Qual é o fluxo de um relatório de auditoria? A equipe analisa todos os elementos previamente: fase preliminar. Após, faz comunicação aos auditados. Disse que encaminhou ofício a todos os Secretários de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, comunicando que estava em andamento uma ação programática, feita anualmente: Programação Anual de Auditoria para o ano seguinte, solicitando a colaboração de cada gestor estadual e colocando a disposição, caso quisesse colocar os auditores do componente estadual para integrar a equipe de auditoria do DENASUS. A equipe vai a campo, faz o levantamento das informações que são necessárias para o cumprimento daquela ação programática, analisa esses documentos, solicita complementação, quando é o caso, elabora um relatório chamado preliminar. Esse relatório preliminar é encaminhado ao gestor, ao estado, quando a auditoria é da gestão ou de uma gestão de uma secretaria. Tudo é feito por meio de aviso de recebimento, pelos Correios. Quando não é possível, entrega-se pessoalmente com a assinatura de recebimento. O auditado então, compreendendo e sempre na concepção de que são parceiros do SUS, recebe prazo de 15 dias para se manifestar, quer seja na fase documental ou qualquer outra fase. O gestor, dependendo da necessidade, pode solicitar prorrogação tanto ao DENASUS como ao secretário ou até o Ministro. O direito de defesa na administração pública é sagrado, porque é um direito constitucional, e que pode chegar até o Presidente da República. Vencido esse prazo então e tendo havido ou não a manifestação do gestor notificado ou comunicado com o relatório preliminar, a equipe de posse das informações complementares, faz a análise e elabora o relatório final. Esse relatório quando solicitado pelo Ministério Público, é encaminhado ao Ministério Público; se for solicitação de um Conselho, é encaminhado ao Conselho. Em que fase estamos dessa ação programática que não está concluída? Temos os seis que o Conselho já tem cópia, que inclusive já foram encaminhadas cópias também aos respectivos conselhos dessas unidades federais, e também ao Ministério Público de cada unidade. As demais que estão em fase de conclusão e aos gestores, o Ministro encaminha por meio de um aviso ao governador informando que a relação dele se dirá diretamente com o governador encaminhando o relatório dessa auditoria. Nós fizemos um encaminhamento ao Ministro com algumas sugestões, entendendo que é um processo que faz um recorte de 2006 e 2007 e, portanto, não é atual. Nós sugerimos ao Ministro que primeiro conversasse com o parceiro e com o respectivo secretário de cada área. Segundo, que fosse feito o comunicado ao governador sobre o que estava sendo encontrado pela nossa equipe, inclusive dando direito novamente de cada instância dessa se manifestar ou até se contrapor ao relatório final, já que eles viram o relatório preliminar e depois tem um relatório final feito pela equipe. Que fizéssemos uma avaliação interna no Ministério, que o Ministro determinou, já que existem indicativos de números diferentes entre o que foi encontrado e o Ministério. Não o informado que é auto declarado pela gestão e o DENASUS na avaliação fez a comparação do que ele encontrou com o auto declarado, portanto exigindo que o nosso departamento de Economia, ligado à secretaria executiva, tenha uma avaliação. Eles também fazem uma avaliação conduzida pelo Elias para saber se o que um instrumento do Ministério tem se bate com o que nós encontramos e o que pode ter de ajuste nesse processo. Isso é fundamental para que nós preservemos a importância que tem que é uma ferramenta inclusive muito utilizada por esse Conselho em vários momentos, inclusive nas reivindicações e análises de orçamento e tudo. Além disso, é possível que esse assunto seja debatido na tripartite. Há um indicativo aí para a gente negociar isso e também na comissão corregedora que é um Fórum onde tem assento gestor das três esferas de governo. O que eu quero propor a esse Pleno? Temos na pauta os seis relatórios cujos encaminhamentos que já foram feitos previamente. A auditoria não pode encerrar em si própria. Encaminhei ao Ministro sugestão de que nos casos que se constatar após essa avaliação final, direito de defesa do auditado e tudo verificar que os percentuais em tais e tais casos não estão sendo cumpridos. Que a gente possa utilizar um instrumento que hoje para a gestão é fundamental que seja aprovado sob a nossa coordenação que é o Termo de Ajuste Sanitário. Ou seja, que cada governo federado assuma, por meio de um Termo de Ajuste Sanitário, de repor esse recurso que ficou faltando. O Ministro vai se reunir com os governadores e levar esse encaminhamento. A minha solicitação ao Pleno é que nos dê um tempo para que a gente possa concluir a ação de auditoria que não se resume somente nas que estão listadas hoje e pautadas nesse Pleno. São 27 relatórios e esses relatórios depois a gente trará uma apresentação geral onde mostraremos para o Conselho, além de encaminhar o relatório para os Conselheiros, a situação que foi encontrada, as medidas que tomou com relação ao que foi encontrado, e o status da negociação que deverá ser iniciada entre os entes federados, as três esferas de governo. São estratégias para a implementação do SUS. O cumprimento da emenda 29 é uma determinação legal e todos, união, estados

e municípios e o Distrito Federal têm que fazer um esforço para cumprir. Porque isso é para o bem do sistema único de Saúde. É o sistema que todos nós defendemos e estamos aqui para fazer a sua defesa intransigente a qualquer momento. O Conselheiro **Volmir Raimondi** agradece ao Conselheiro **Antônio Alves Souza** considerou o atraso da pauta e propôs um teto de tempo para concluir esse ponto de pauta até o meio-dia, prejudicando um pouco o ponto de pauta da COFIN. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** chamou a atenção para a importância do tema, não desmerecendo outros pontos de pauta do CNS, dada a conjuntura que se vive hoje. E disse: estamos trazendo aqui um instrumento importante para o debate. E propôs que os Conselheiros ao se posicionar fossem o mais objetivo possível no nosso posicionamento. Que é importante ouvir o CONASS, na pessoa de seu diretor aqui presente. Essa é uma daquelas grandes pautas que a gente não consegue trazer para o Conselho – pauta relacionada a auditorias, ao DENASUS. O Conselheiro **Volmir Raimondi** disse que a proposta do Conselheiro **José Marcos de Oliveira** foi compreendida: tempo limitado até esgotar o assunto, mas com bom senso no tempo das falas. Ainda há mais dois convidados, e é importante que eles se pronunciem. Passa a palavra ao Luiz Carlos Bonzan, dando-lhe boas vindas. **Luiz Carlos Bolzan – Diretor do Departamento de Auditoria do SUS – DENASUS/MS.** Agradeceu a oportunidade de estar no CNS. Fez alguns complementos em relação à fala do Secretário. Em primeiro lugar, o DENASUS é um departamento criado por lei. Não é uma criação por pactuação ou portaria. E o DENASUS felizmente hoje integra a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, o que nos dá algumas atribuições muito específicas, além daquelas que já estão previstas em lei, que são a tentativa de contribuir para o fortalecimento da gestão participativa e do controle social. De poder fazer com que informações que as auditorias apuram, cheguem aos Conselhos de Saúde, para que o Conselho tenha mais instrumentos e esteja mais fundamentado para fazer seu papel de controle social. Nesse sentido, a SGEF tem nos dado todo apoio para que nós possamos avançar nisso, e uma das ações que nós temos feito só para deixar claro já antes da minha entrada mesmo como diretor do DENASUS é a participação de auditores nossos na COFIN. Apresentou a Amélia, Coordenadora Geral de Auditoria, o Bonfim, que coordenou nacionalmente essa ação e o Oswaldo, auditor do Rio de Janeiro. O DENASUS faz parte de um Sistema Nacional de Auditoria, não existe apenas o DENASUS. A lei 8.689, de 93, previu a criação de um Sistema Nacional de Auditoria nas esferas: Federal, Estadual e Municipal. Logo, o DENASUS integra um Sistema Nacional de Auditorias do Sistema Único de Saúde previsto em Lei Federal. Teceu comentários sobre os fundamentos legais do DENASUS. A auditoria se fundamenta em documentos. Ela não se fundamenta em retórica. A gestão ou o prestador, para poder refutar a constatação, deve fazer por meio de justificativa, com documentação específica daquela esfera de gestão ou prestadora que está sendo auditada. As auditorias são feitas com informações prestadas pelos auditados, sejam eles municípios, estados, ou a União. O DENASUS também audita os serviços prestados pelo Ministério da Saúde. As informações constantes nos relatórios da auditoria são documentos oficiais, Por que nós fizemos esta ação que o secretário apresentou aqui? Porque havia uma intenção antiga do DENASUS em fazer essa ação. Ela nos dará oportunidade de ver qual é o quadro, qual é a situação, porque ocorre, porque isso e porque aquilo? E também nos dará possibilidade de fazer desta ação um experimento para tentar mudar um pouco o foco da auditoria que o DENASUS faz. A auditoria sempre foi muito acusada, algumas vezes com razão e outras não, de ser policialesca, de não ter um foco de tentar qualificar a gestão, ajudar a gestão. A crítica tinha alguma pertinência, senão de todo, mas pelo menos parcialmente. E entendemos que essa ação poderia ser um instrumento para resignificar a auditoria, mudar um pouco esse perfil. Por isso incluímos na ação, não apenas o aspecto contábil, de ver se os documentos foram bem versados ou não, se cumpriu a norma ou não, mas também cruzar esta informação com as informações de indicadores epidemiológicos. Porque entendemos que não basta ao gestor receber recurso para fazer uma ação. A ação deve ser executada dentro de uma linha de tempo, se esse recurso se transformou em alguma coisa, em melhoria de indicadores, senão todos ou alguns, ou pelo menos na área em que o plano de saúde focou. Por que 2006 e 2007? Porque nós fomos a campo no final de março de 2009. Os estados não tinham os dados prontos em relação a 2008. A Secretaria de Fazenda geralmente entrega esses dados no mês de abril, início de maio. E como se trata de ação muito grande, era necessário mais planejamento. Não é, como diz a Amélia, botar a mala na cabeça e sair para a auditoria. Não é assim que se faz auditoria. E queria deixar aqui também um registro de agradecimento ao CONASS, pela compreensão que teve. O presidente da época foi procurado por nós, lhe explicamos a ação e lhe dissemos que ao final entregaríamos os relatórios ao CONASS para que pudesse discutir internamente, e ver quais encaminhamentos internos eles poderiam tomar ou teriam interesse em tomar. Da mesma forma à Presidente atual, que no segundo semestre do ano passado manifestou também apoio ao DENASUS à ação que nós estávamos fazendo, por entender que seria importante sim para a gestão estadual. O DENASUS realizou e encerrou no ano passado 1.310 auditorias, em todos os estados do país, em todos os territórios, em municípios e em prestadores. Fizemos muitas auditorias em órgãos internos do Ministério da Saúde, em hospitais federais do Ministério da Saúde. Fizemos auditorias a pedido de muitas áreas técnicas do Ministério da Saúde. Fizemos no ano passado inúmer

ras ações para áreas técnicas do Ministério, e cito especificamente aqui o DAF Departamento de Assistência Farmacêutica, que demandou para nós três ações que nos deixaram extremamente honrados, por poder fazer a pedido do DAF, e da Secretaria de Ciência e Tecnologia. Os Departamentos e áreas técnicas do Ministério que têm solicitado auditorias, entendem auditoria hoje como instrumento para qualificar as políticas que eles trabalham, que coordenam, que dirigem. E isso para nós é uma grande honra, porque o DENASUS sempre quis isso, sempre quis ser um instrumento de contribuição para a gestão do Ministério mesmo, poder auferir como está sua política, quais são as dificuldades, quais são os nossos críticos e como aprimorar isso. Das 1310 auditorias, quase trezentas foram para o Ministério da Saúde. Já enviamos à COFIN, a pedido dela, o relatório de gestão do DENASUS em relação a 2009. O relatório de gestão é um instrumento de gestão que qualifica a gestão e que permite ao gestor se dar conta daquilo que ele faz ou não faz, daquilo que ele fez e porque não fez, e enfim, começar a se programar para o próximo período. O DENASUS nunca se manifestou publicamente em relação a essas auditorias, nunca vazou informação para a mídia. Em primeiro lugar, não há nenhuma fala minha, nem de nenhum auditor nosso, ou de coordenador nosso em nenhum veículo de comunicação sobre isso, porque não é nosso papel dar entrevista, nem passar informação à mídia. Se o Secretário ou o Ministro entender que eu devo falar irá me comunicar sobre isso. Eu fui procurado pela mídia, quarenta dias antes da matéria sair na revista Carta Capital e comuniquei o fato ao Secretário. Eu disse que os dados são públicos, mas que não poderia passar por não ter autorização do Ministro ou do meu chefe imediato. Entendemos que, em primeiro lugar, temos um compromisso com as instâncias do Sistema Único de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde é a primeira instância onde estou falando publicamente sobre essa ação. E gostaria de estar na Tripartite, que é outra instância do Sistema Único de Saúde, e apresentar com todos esses dados e resumo desses dados, para que as esferas de gestão possam discutir. O compromisso do DENASUS, especificamente deste diretor, é com as instâncias do Sistema Único de Saúde. Que o DENASUS se manifesta pelos seus relatórios. Se algum jornalista tem interesse nos nossos relatórios, acessem por vias oficiais, conforme decreto 1.651, artigo dez, que nos obriga a encaminhar os relatórios aos Conselhos. Em caso de crime, como diz o artigo terceiro ou segundo do mesmo decreto, nós temos que encaminhar ao Ministério Público. Essa ação do DENASUS foi a única até o momento que tomamos por deliberação própria do Departamento, a iniciativa de encaminhar os relatórios à SGEF, para então encaminhar ao Ministro. E porque não fazíamos antes? Porque havia uma instrução normativa interna que dizia como deveria ser o fluxo antes e não era esse. Coloco-me à disposição dos Conselheiros e dos Secretários. Se o encaminhamento proposto pelo Secretário Antônio for aceito, assim que o documento ficar pronto, nós o apresentaremos com todos os dados ao CNS. O Conselheiro **Volmir Raimondi** agradeceu ao Bolzan pela apresentação. Consultou o Pleno sobre algumas questões práticas: informes dois convidados, Pedro Ivo e Gustavo, assessores da ANVISA para falar da RDC 44, sobre as farmácias, com pauta às 14h; que o Fúncia, membro da COFIN, vai viajar e o ponto de pauta da COFIN precisa ser concluído ainda pela manhã; há que se ouvir ainda o Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**. O Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que o consultor da COFIN e está com viagem marcada para as 16h e que precisar se retirar às 14h45. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** propõe que primeiro se ouvisse o informe da ANVISA, de aproximadamente quinze minutos, e logo depois que a COFIN seguisse até as 15h. O Conselheiro **Luiz Antônio Silva Alves** pediu um esclarecimento se será falado os resultados da auditoria do DENASUS. O Conselheiro **Volmir Raimondi - União Brasileira de Cegos** responde que há duas questões: O Conselheiro **Antônio Alves de Souza** propõe que a divulgação do resultado final seja dada após concluir a ação. Há um resultado parcial e o Conselho tem seis que podem ter acesso, já está no Conselho as seis auditorias. Não foi disponibilizado, porque o material não está digital. A Conselheira **Maria do Socorro de Souza** pondera que, mesmo que se respeitem todos os procedimentos legais e normativos, o assunto foi pautado pela gravidade do problema. Que, minimamente, as grandes questões devem ser abordadas e consideradas no CNS. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** propõe uma moção de apoio ao trabalho do DENASUS e da SGEF, porque é um trabalho que vai contribuir para os rumos firmes do SUS. E precisa do apoio do CNS. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** apela que o debate seja feito imediatamente, entrar de fato nos seis relatórios que estão prontos, independente dos demais que serão discutidos, com todo respeito ao pessoal da COFIN. A Conselheira **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo** solicitou que se desse prazo ao Conselheiro **Antônio Alves de Souza** para o assunto ao conhecimento do Ministro da Saúde, para que ele pudesse oficialmente encaminhar esses relatórios ao Conselho. Que os Conselheiros não opinassem sem conhecer o conteúdo do relatório. O Conselheiro **Volmir Raimondi** disse que o CNS tem seis relatórios, com mais de mil. Que em conversa com a Secretaria-Executiva, pudesse disponibilizar o material, até amanhã, porque não está em digital. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck** disse que se trata de obrigação do CNS. Que os relatórios das 26 auditorias, mais o Distrito Federal. Parabeniza a coragem do Ministro, do Secretário e do DENASUS de finalmente cumprir o seu papel na radicalidade. Que fica contente de o Governo ter coragem de auditar e cumprir o seu papel. E considerou que estão presentes o diretor do DENASUS, o Secretário, o CO-

NASS e o Conselho Nacional reunido. E que, portanto, o relatório de auditoria, como está pautado aqui, precisa ser ouvido neste momento. Depois pode haver um segundo momento para ouvir o Ministro no que ele tem a dizer sobre isso; um terceiro, quarto e quinto, ou poderia ser pauta permanente deste Conselho. E que o Conselho neste momento precisa debater o assunto. E encaminha que os Conselheiros ouçam as informações da agenda, o conteúdo do relatório da auditoria, os resultados de auditoria, isso pode ser feito aqui agora, porque as pessoas estão aqui. E que o companheiro Jurandi Frutuoso está preparado para trazer as ponderações necessárias e a gente pode apresentar um segundo momento. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleu** pede esclarecimento oficial por parte dos gestores, se pela lei podem fazer esclarecimentos. O Conselheiro **Antônio Alves de Souza** reafirma que os relatórios exigem um fluxo processual. Que nenhum Secretário Estadual tem ainda o relatório final. Eles têm o relatório preliminar, manifestaram as suas opiniões, encaminharam ao Ministério e este ao concluiu o relatório e encaminhou ao Ministro. Esse fluxo tem que ser respeitado. Há resultados que diferem da auditoria do SIOPS. É preciso análise com o SIOPS para não fragilizar o próprio SIOPS. Acho que poderia criar um grupo de trabalho no Conselho para analisar profundamente esses relatórios com o apoio nosso, que nós damos todo apoio enquanto DENASUS para subsidiar a análise que será feita. Hoje, qualquer opinião que o Conselho tire, ela será precipitada, porque poderá o resultado ser mudado quando o auditado se manifestar, quando nós checarmos os resultados com o SIOPS e vamos ter que reavaliar e ter relatório complementar. Esse é o procedimento em qualquer auditoria que se faz. O Conselheiro **Luiz Antônio Silva Neves** propõe que a criação de um GT, pautar para a próxima reunião, ouvir o Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**. A Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugere a continuidade dos trabalhos, ouvir a fala do Conselheiro Jurandi e em seguida as inscrições. Que o CNS não pode neste momento tratar esta pauta sem fazer minimamente ouvir outros setores da sociedade que também tem responsabilidade sobre este debate. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** E eu vou tentar trazer aqui a angústia que cercou o CONASS e seu colegiado nesses últimos dez dias a respeito desse assunto. 1. Desmistificando, que nem o CONASS e nem os Secretários temem o resultado do relatório. 2. O CONASS defende peremptoriamente a execução permanente das auditorias, porque é o caminho de se fazer saneamento de gestão. 3. Como Ex-Secretário Municipal e de Estado, afirmo que ao assumir cargo público, o gestor tem que saber que o recurso é público, a gestão é pública, a ação é pública e, portanto, o resultado também é público. Por que temer o relatório? No relatório de auditoria há coisas positivas e negativas. Nós acabamos de fazer a avaliação do CNS, terminou ontem, e vimos que algumas metas foram cumpridas e muitas não foram. É assim também na Secretaria de Saúde do Município, do Estado, ou de qualquer outra. Você vai ter pontos que não vão ser cumpridos. Talvez o medo de alguns seja de achar que estamos preocupados com o relatório, quanto à questão da improbidade. CONASS não defende em nenhum momento improbidade de nenhum gestor. Se há improbidade tem que ser remetido ao Fórum legal para que o gestor lá se justifique, comprove, e se defenda, e ao final do processo tenha o veredito na mão da sua ação proba ou não. Quanto à questão da EC-29, todo mundo sabe que a posição pública do CONASS sempre foi em defesa dela. Por qual motivo? Primeiro, para regulamentar a questão dos repasses de recursos públicos de municípios e estados e união também dentro desse processo. Segundo, para que se defina o que são despesas com Saúde, para que se evite qualquer tipo de escamoteamento. E aqui no Conselho, onde estou desde 2007, nunca ninguém me viu aqui dizer que sou contra o relatório do SIOPS, porque disse isso e aquilo. Pelo contrário, nós estamos sempre atentos aos relatórios do SIOPS e temos afirmado por várias vezes aqui no Conselho que doze estados cumprem a emenda 29 pelo SIOPS, mais ou menos dez estados não cumprem pelo SIOPS e que sete estados estão aquém desse cumprimento. Mas também temos alegado por várias vezes, infinitas vezes que o instrumento de aferição do cumprimento da emenda 29, pelo fato de não estar regulamentada ainda é dos Tribunais de Conta do Estado, porque a regulamentação existe, mas pela lei, ainda é do Tribunal de Contas do Estado. Portanto, CONASS e Secretários querem e defendem as auditorias. Agora faz também uma ponderação, o Sistema Nacional de Regulação é composto pelo DATASUS, DENASUS, pelas Auditorias Estaduais e as Municipais. Por isso é um Sistema. Eles são integrados, mas não são subordinados. E daí o Bolzan e o Antônio disseram que é remetido aos estados a notificação da auditoria e os estados podem se integrar aí. E nós sabemos que o Ministério da Saúde tem o Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde. E até que eu saiba é aquele que é presidido pelo doutor Elias Jorge que faz o trabalho acurado de apurar e depurar as despesas com Saúde e saber quem cumpre ou não pelo SIOPS. Portanto no relatório que aí é a nossa queixa, vou usar a palavra queixa. O CONASS e gestores ficaram realmente um tanto preocupados ou muito preocupados, não foi com o relatório. O Secretário Antônio Alves acabou de informar aqui com muita segurança que os relatórios são preliminares, não foi? Ouviram isso? Os relatórios são preliminares. Ele foi enfático. O que nós queremos e defendemos é que a relação inter gestores que é solidária, harmônica, mas que também é independente, se dê em todo o seu percurso. De que maneira? Faz-se uma auditoria e o auditado tem que ter o direito de ser informado do resultado dela, até porque no percurso ele justifica, anexa documento, faz comprovações, e consegue ao final do relatório tê-lo relatório

483 depurado com os fatos que são na verdade concretos. O Ministro da Saúde do Brasil, Dr. Temporão, o
484 Dr. Antônio nos informou que não tomou conhecimento do relatório. Dra. Cleusa Bernardo, diretora do
485 DERAC, informou que o Ministro não tomou conhecimento do relatório. Esse é o nosso problema. A
486 gente acha que o fluxo deveria seguir normal. O que não pode é acontecer o que aconteceu. O relatório
487 está na mídia, no Ministro e nos gestores, em posição final. A matéria foi colocada na revista de mane-
488 ra bastante bombástica, no dia 3 de março de 2010. E hoje são 11 de março de 2010. Remédios por
489 juros. A matéria é bastante bonita. O ponto central da acusação é a impropriedade da aplicação dos
490 recursos das Secretarias. Ora, porque eu já fui secretário, e sei que por muitas vezes eu ouvi isso. Se
491 você não aplica, aí é que está a irregularidade. É obrigado a aplicar o recurso que está na sua Secreta-
492 ria. A GEIS no CONASS fez uma análise da matéria, e o CONASS entende que o referido, bem deva-
493 gar para ser registrado na ata completinha. O CONASS entende que o referido texto não esclarece a
494 opinião pública sobre a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, e apenas ex-
495 pressa opiniões e faz ilações sobre o procedimento administrativo de determinados estados. E que os
496 princípios do direito administrativo brasileiro e a normativa que trata do convênio instam à aplicação de
497 recursos públicos em mercados financeiros durante o período de não execução, prática em todas as
498 unidades federadas e entendimento considerado adequado pelos tribunais de contas. Afirmado ontem
499 na reunião da noite com o Ministro pela **Dra. Márcia Bassit**. Legalmente responsáveis pela análise do
500 desempenho do setor público. Tal ação não implica, como afirmado na reportagem, "um recorrente
501 crime cometido contra a Saúde Pública e como tal não pode ser atribuído aos estados." Esse é o pro-
502 blema. Os Secretários foram julgados antes da hora. Quanto ao cumprimento da EC-29, que define os
503 percentuais de receita a serem aplicados no SUS é atribuição da corte de contas e não dos auditores
504 do Ministério da Saúde. Salientamos que os gestores do SUS têm efetuado fortemente junto ao Con-
505 gresso Nacional para a regulação da EC-29. E por fim, o SUS é a materialização da conquista da soci-
506 edade brasileira ao direito à Saúde e deve estar acima de qualquer interesse. A matéria traz, na verda-
507 de, esses complicadores da avaliação prévia. A gente queria esgotar todas as fases. A gente queria
508 esgotar todas as fases da auditoria e depois de esgotada o resultado que for tem que ser publicado
509 mesmo, não tem que ir para debaixo do tapete, não. O resultado está apurado, está comprovado e tem
510 que ser publicado, sim, e o gestor tem que ser apenado. O que queremos é que o fluxo seja obedecido.
511 Há 8 meses foi criada uma portaria chamada Comissão Corregedora Tripartite. Essa Comissão Corre-
512 gedora Tripartite é composta por membros do CONASS, do CONASEMS e do Ministério da Saúde da
513 SGP. Essa comissão corregedora existe para poder fazer a discussão desses problemas. E ela não
514 tomou ciência disso. E por isso que nós no CONASS pedimos e solicitamos ao Ministro uma reunião da
515 diretoria que aconteceu ontem à noite e solicitamos uma reunião de urgência na Comissão Corregedo-
516 ra. E lhes garanto: a intenção não é encobrir, não é esconder, é apenas estudar profundamente cada
517 um desses relatórios e o que tiver de ser corrigido, será corrigido; e o que não tiver que ser corrigido
518 que por falha terá que ser publicado. E a gente quer discutir também a questão do fluxo. A Instrução
519 Normativa manda enviar para o Ministério Público, manda sim, eu sei que manda, mas tem um tempo
520 de enviar. Essa não é a primeira parte do processo, o tempo de enviar é o processo apurado, prego
521 batido aí você remete e envia para onde e quem de direito para que seja dentro do processo. Não é o
522 medo do relatório, da auditoria, pelo contrário. O Brasil tem o gestor que é o Ministro. Ele tem que to-
523 mar conhecimento do que se passa e depois enviar para os estados e chamar o gestor e o Governador
524 e chamar o Secretário, e conversar e procurar explicar ações, tentar botar o assunto de maneira bas-
525 tante limpa onde for necessário, não é esconder. Precisamos ter calma para justificar alguns assuntos.
526 Esse assunto da aplicação do recurso, que é o que mais pegou na matéria publicada, eu digo aqui e
527 afirmo que isto aqui é corriqueiro e é normal na administração. A gente fica aqui na expectativa achan-
528 do que podemos dar encaminhamentos nesse sentido, como o Antônio colocou, o encaminhamento de
529 criar GT no CNS para quando o material chegar da auditoria lá do Ministro, que ele fizesse uma apreci-
530 ação e encaminhar e vir aqui para o GT e aqui estudar dentro do GT o que vai poder ser feito e pronto
531 vai ser encaminhado. Não há intenção do CONASS em esconder e nem procurar colocar debaixo do
532 tapete nada que tenha nesse relatório. Não é nossa posição e se fosse essa eu não estaria aqui. Eu
533 tenho a comprovação de que os documentos não chegaram ao Ministro Temporão. Eu quero propor
534 que o encaminhamento seja feito dessa maneira. O único processo que nós queremos é isso, restabe-
535 lecer o fluxo para que tudo aconteça naturalmente e cada fase a seu tempo e quando chegar que se
536 tome a decisão que tenha que tomar em cima daquilo que foi normal. O Conselheiro **Francisco Batista**
537 **Júnior – Presidente do CNS** propõe dois encaminhamentos. 1. Que se faça debate dos relatórios ago-
538 ra, por falta de condições, elementos, tempo e disponibilidade. 2. Que o Ministro da Saúde imediata-
539 mente receba todos os relatórios, e imediatamente envie para o CNS. E que o CNS trabalhe com res-
540 ponsabilidade. Não se manifeste antes de todos os atores serem ouvidos, mas que tenha acesso aos
541 relatórios e comece a analisá-los. E à medida que as demais informações, inclusive de gestores sejam
542 disponibilizadas o Conselho acrescentará e fará um debate de responsabilidade. O Conselho não vai
543 com certeza, se manifestar antes de ter todos os elementos devidamente averiguados e comprovados.

Essa é a proposta concreta de encaminhamento. E que as demais inscrições não tratem de debate no momento. E acrescentou algumas análises: Primeiro. Parabenizou o Ministério da Saúde, o Governo Lula, o Secretário Antônio Alves de Souza, mas principalmente o DENASUS. As dificuldades que o DENASUS enfrenta são enormes: falta de estímulo profissional, falta de carreira, falta de valorização, falta de perspectiva. Apesar disso os profissionais fizeram um trabalho brilhante e profundo. O diretor Bolzan tem um papel fundamental nisso tudo. O Secretário Antônio Alves que tem liderado também esse processo. Segundo. Disse que CNS não pode aceitar o processo de desqualificação que estão tentando fazer com esse trabalho do Ministério da Saúde, que alguns atores estão declarando na imprensa, desqualificando esse trabalho, acusando o Ministério da Saúde e o Governo Lula de fazer proselitismo político, de fazer perseguição. Terceiro. Creio que todos são inocentes até que provem em contrário, e confio nos gestores, principalmente em você, Conselheiro **Jurandi Frutuoso**, que conheço mais de perto e somos de estados vizinhos, e somos nordestinos sofredores. Mas me permita discordar um pouco de você. Não consigo entender como sendo comum e normal as aplicações de recursos do SUS no mercado financeiro, quando as ações não estão sendo desenvolvidas e quando em não se desenvolvendo as ações a cada ano aquela rubrica apresenta um saldo cada vez maior. Foi isso que vi no relatório de gestão de alguns estados. Quarto. Apoiar o Secretário **Antônio Alves de Souza**, o diretor Bolzan e o Ministro da Saúde nessa cruzada contra a imoralidade e impunidade. O CNS tem que se manifestar sobre isso. Quinto. A questão do fluxo. Independente do fluxo, o parágrafo segundo do artigo primeiro da lei 8.142 é claro. A mesma coisa o artigo terceiro do decreto 1.232/94, a mesma coisa o artigo dez do decreto 1.651 de 95, os produtos e relatórios de auditoria serão disponibilizados ao CNS. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** pediu a palavra para fazer um esclarecimento. Disse: Quando se coloca fazer uma moção para o Ministro, a impressão que se dá é que o Ministro está sendo acusado pelos estados para não fazer a publicação. Não é verdade isso, não. Ele não está ameaçado em nenhum momento com isso aqui, não. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck** pediu a palavra para reiterar sua preocupação com as questões de fundo que foram colocadas e que precisam ser debatidas. Que existe uma guerra política lá fora e que o CNS precisa se manifestar e dizer o que pensa a respeito da auditoria e não pode deixar para depois. O Conselheiro **Artur Custódio Moreira de Sousa** levanta uma questão de ordem. Que concorda com absolutamente toda a manifestação do Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**, mas que as inscrições que foram feitas devem ser respeitadas. O Conselheiro **Volmir Raimondi** colocou em votação a proposta das manifestações versarem apenas sobre encaminhamento. O Conselheiro **Volmir Raimondi** levanta os encaminhamentos na coordenação da mesa: A moção de apoio proposta pelo Presidente ao DENASUS, ao Ministro e a Secretaria de Gestão Participativa, e a Graciara também. Então o Pleno concorda em que se faça essa moção. Quem escreve? Quem pode colaborar para escrever? Graciara, Júnior, Artur? Artur e Maria Helena. OK. A proposta foi a criação de um GT para ter acesso a toda essa documentação junto com a COFIN para analisar e trazer depois as conclusões desse GT. Com participação da COFIN, mas é a criação do GT. Tem acordo na criação desse GT? Cinco membros então. Quem seriam os cinco membros? A Conselheira **Maria do Socorro de Souza** considerou que a auditoria tem duas dimensões: uma fiscal contábil com todo embasamento legal e outra numa dimensão de direito humano a saúde, que está sendo violado. Propõe então que o GT seja com a COFIN com a participação de outras entidades. O Conselheiro **Volmir Raimondi** coloca a proposta em votação. A COFIN fica responsável, com indicação de um membro de cada um dos fóruns, Fórum de usuários, Fentas, e aí amanhã apresenta a indicação do nome de cada membro para esse trabalho. Pautar nas próximas reuniões em abril e maio pautar novamente esse assunto para que haja um debate com mais tempo como já foi proposto. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** pediu para incluir um membro representante do gestor CONASS na comissão. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** reafirma que a proposta apresentada e aprovada pelo plenário é que o Ministro recebendo, imediatamente disponibiliza ao CNS. E o Conselho acompanhar todas as contribuições que foram feitas. O Conselheiro **Antônio Alves de Souza** disse que o Ministro tem a prerrogativa de fazer os encaminhamentos. Que o Conselho não pode deliberar o que ele deve fazer. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** levanta a questão da autonomia do CNS enquanto instância deliberativa e de acompanhar. Que o Conselho está ficando subordinado a uma decisão do Ministro e de acompanhar ou não as auditorias. Que o executivo faz o papel dele e o CNS faz a função dele. Eu quero reiterar imediatamente que os relatórios concluídos sejam disponibilizados para o CNS. O Conselheiro **Volmir Raimondi** pergunta se há algum outro encaminhamento que não foi identificado pela mesa que o Pleno gostaria de fazer? Não tem? OK. Então agora, nós podemos passar para a mesa fazer suas despedidas. **RELATÓRIO DAS AUDITORIAS DO DENASUS:** Solicitação do Relator, Conselheiro **Antônio Alves Souza**, ao Pleno para encaminhar a apresentação dos relatórios para outra ocasião quando o trabalho de análise deles estiver encerrado. 1. que nós não façamos aqui o debate dos relatórios agora porque não temos condição para isso e nem temos elementos e nem temos tempo. 2. A proposta concreta é de confinamento e que as demais inscrições se forem para debater avaliação que não se faça isso agora. 3. Solicitar ao Ministro da Saúde

que assim que ele tenha acesso aos relatórios que imediatamente disponibilizasse a todo o Conselho Nacional de Saúde para que o Conselho possa fazer uma avaliação. **4. Criação de um G T Relatórios das Auditorias do DENASUS:** Cinco conselheiros e a COFIN. **Composição:** Representante do Segmento dos Usuários – Conselheira **Maria do Socorro de Souza**; Representante do Segmento dos Trabalhadores – Conselheira **Maria Laura Bicca**; Representante do Segmento dos Gestores, Conselheira **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**. **5. GT da XIV Conferência Nacional de Saúde.** **Composição:** Representante do Segmento dos Usuários – Conselheiro **Gilson Silva**; Representante do Segmento dos Usuários – Conselheira **Maria de Lourdes Alves Rodrigues**. **Documento de Apoio à AN-VISA – ações de controle, promoção e regulação de medicamentos.** **Luiz Carlos Bolzan – Diretor do Departamento de Auditoria do SUS – DENASUS/MS.** O DENASUS se manifesta somente quando é chamado a fazer isso, e a gente vai continuar cumprindo isso. As versões que dão ou não aos fatos que estão nos relatórios não são de competência do DENASUS. E, inclusive, por responsabilidade física e pessoal de cada um que fala isso podendo depois ser interpelado da forma que for. Não posso enquanto diretor do DENASUS ouvir que o DENASUS não teria competência para auditar a EC-29. É uma posição da qual o DENASUS discorda frontalmente, e tenho certeza que o Ministério também discorda disso. No decreto que dá vida ao DENASUS ou ao SNA, e na legislação, estão estabelecidas as competências. E lembrar que já está regulamentada, o seu parágrafo quarto do artigo sétimo diz que: “Se até o exercício de 2005 não surgir uma Lei Federal que a regulamente, passa a vigorar o que está no artigo 198 da Constituição Federal.” Portanto, basta uma leitura acurada para saber que não há necessidade de regulamentação para o aspecto percentual. Registra-se aqui o agradecimento ao CNS pelo apoio, pelo foi proposto aqui e pela aquiescência de todos os Conselheiros e as Conselheiras. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** disse este será um ano bastante animado, e que o CONASS estará sempre no CNS para trazer os esclarecimentos necessários. Quanto à questão do percentual, claramente definido: 12% para o estado, 15% para o município e variação do PIB para a União. O que não está regulamentado são as despesas e gastos com Saúde. Isso é o cerne do problema. O Conselheiro **Antônio Alves de Souza** esclarece que o relatório é preliminar quando estava em poder da equipe que ainda não encaminhou ao auditado. Quando volta com as manifestações do auditado ele é encerrado. Cabe ao Ministro de Estado comunicar ou não o caso a SGP ou DENASUS, encaminhar cópia do relatório final para o auditado, porque ele também pode tomar conhecimento do acatamento ou não por parte do auditor e se manifestar a qualquer momento. É o direito de defesa e ele é permanente em qualquer fase do processo. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Bouffleur** orientou que há 45 minutos para esse ponto de pauta até as 13h30. **ITEM 03 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO. PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CNS – 2009.** Apresentação e Deliberação: **Fernando Luiz Eliotério** – Coordenador da Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento – COFIN. Coordenação: **Ruth Ribeiro Bittencourt** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde. Francisco Fúncia, Consultor da COFIN fez seguinte apresentação: **Análise da Execução Orçamentária do Ministério da Saúde no período de Janeiro-Dezembro/2009 (fechado). 4º Trimestre/2009 (acumulado). Ações e Serviços Públicos de Saúde. Resumo Executivo: Período: Janeiro-Dezembro/2009. SUMÁRIO: Introdução: Contextualização Financeira da Execução Orçamentária; Ações e Serviços Públicos de Saúde: 1ª Parte: Indicadores Macro-Orçamentários. 2ª Parte: Itens, Unidades, Programas e Ações. Observações Finais. Introdução: Contextualização Financeira da Execução Orçamentária do Ministério da Saúde.** Arrecadação das Receitas Federais. Crise Financeira Internacional: o impacto das políticas anticíclicas do governo federal sobre o nível de atividade econômica e o sobre a receita federal. As perspectivas da economia brasileira para 2010. **Destaques da Arrecadação Federal. Período: Janeiro-Dezembro/2009:** Queda nominal e real da receita total (excluída a Receita Previdenciária); Imposto s/Renda: principal tributo (27% da receita total). A arrecadação das empresas representam 44% da arrecadação total do IR. Com exceção da Receita Previdenciária, as principais receitas federais, que respondem por cerca de 68% do total, totalizaram R\$ 470,9 bilhões contra R\$ 479,7 bilhões do mesmo período de 2008 (a preços correntes, uma queda de 1,84%). Em termos reais, descontada a inflação (a preços de dezembro/2009), a queda foi de 3,57%. IPI automóveis (quedas de R\$ 4 bilhões e de 66%). Entidades Financeiras: aumento real da arrecadação de IRPJ, COFINS, PIS e CSLL. A redução tributária decorrente da política econômica de combate à crise financeira internacional foi um dos principais fatores explicativos dessa queda de arrecadação. Crise Financeira Internacional: o impacto das políticas anticíclicas do governo federal sobre o nível de atividade econômica e o sobre a receita federal. O conjunto de medidas de política econômica, de caráter anticíclico, adotado pelo governo federal desde o último trimestre de 2008 para combater os efeitos da crise financeira internacional sobre a economia brasileira foi eficaz, à medida que, em 2009, o período e a intensidade da recessão foi pequeno em relação ao resto do mundo, bem como a recuperação da atividade econômica foi mais rápida em comparação aos países mais desenvolvidos. Desta forma, projeta-se um crescimento econômico entre 5% e 6% para 2010 e de 5% para 2011. **DESTAQUES:** Crescimento expressivo da dotação atualizada em relação à situação inicial, especialmente para Outros Custeios e Capital (OCC) das Ações e Serviços

de Saúde, porém, quase 30% desse acréscimo não foi utilizado, ou seja, não foi empenhado. Perspectivas para 2010 e próximos anos: O caráter da crise financeira internacional, bem como a natureza das políticas anticíclicas adotadas pelos governos de todos os países, resgatou o papel do Estado enquanto regulador da economia, mesmo (e principalmente) no capitalismo. Em especial, no caso brasileiro, apesar da pequena redução dos níveis de concentração de renda e de pobreza verificada nos últimos anos, a desigualdade sócio-econômica ainda é elevada. A manutenção (e o aprofundamento) das políticas econômicas e sociais voltadas para a redução dessa desigualdade implicará necessariamente no fortalecimento ainda maior do mercado interno (fator decisivo no combate à crise internacional diante da restrição externa) e, por isso, são concretas as perspectivas de crescimento econômico acima de 5% para 2010 e os próximos anos. Para tanto, é preciso considerar a ampliação da oferta de bens e serviços que se efetivará em decorrência do aumento da capacidade produtiva a ser gerada pelos investimentos em curso na economia brasileira, destacando-se o importante papel desempenhado pelo BNDES. O aumento de oferta possibilitará tanto a redução dos focos pontuais de pressão inflacionária (inibindo-se assim uma das motivações para o aumento da taxa básica de juros pelo COPOM), quanto a maior inserção da economia brasileira na corrente de comércio internacional (medida pela soma das exportações e importações). **DESTAQUES: Saldo Orçamentário de cerca de R\$ 1,4 bilhão em OCC** das Ações e Serviços de Saúde: trata-se de uma **economia orçamentária**, situação contraditória diante do cenário de mobilização por mais recursos. **Elevado saldo a pagar** (16,6% dos valores empenhados em OCC não foram pagos até 31/12/2009), que foi inscrito em Restos a Pagar para execução (pagamento) a partir de 2010. A combinação desses dois pontos aponta para a necessidade de tornar mais eficiente a gestão, identificando os obstáculos internos e externos da execução orçamentária e financeira. Consultar despesas com **Ações e Serviços Públicos de Saúde** conforme EC29 e Resolução 322/2003. Continua integrando o rol de despesas, em desacordo com a Resolução 322: farmácias populares e assistência médica a servidores (clientela fechada). **União – MS – Ações e Serviços Públicos de Saúde. Nível de Empenhamento – janeiro-dezembro/2009: Destaques (2009 X 2008):** Crescimento expressivo do valor empenhado em Ações e Serviços de Saúde (de R\$48,670 bilhões para R\$58,270 bilhões), o que aumentou a base para o cálculo da aplicação mínima em 2010 e anos subsequentes. O valor adicional ao que seria o mínimo constitucional para 2009, em termos aproximados, foi de R\$3,5 bilhões (R\$58,270-R\$54,827), e com isso houve uma incorporação parcial da recomendação do Ministério Público (de R\$5,485 bilhões). Redução expressiva do Saldo Orçamentário (de R\$2,598 bilhões para R\$1,410 bilhão, equivalente a -45,7%), o que implicou na maior utilização dos recursos disponíveis. Maior nível de empenho (de 94,9% para 97,6%). Segundo bloco: **Ações e Serviços Públicos de Saúde. 1ª Parte: INDICADORES MACRO-ORÇAMENTÁRIOS.** Despesas Totais: Referentes às ações e serviços de saúde nos termos da EC-29 (com a inclusão de Farmácia Popular e Assistência Médica a Servidores). O total do MS inclui inativos, dívidas e outras despesas que não são computadas para o cálculo da aplicação mínima constitucional. Conceitos Utilizados: Dotação Inicial: valores aprovados na LOA. Dotação Atualizada: valores aprovados na LOA acrescidos ou reduzidos em decorrência do processo de suplementação orçamentária. Saldo Orçamentário em 31/12/2009: saldos das dotações orçamentárias - valores não utilizados para empenho e que foram automaticamente cancelados. Saldo a Pagar em 31/12/2009: valores empenhados, mas não pagos até 31/12/2009; no início de 2010, foram inscritos em Restos a Pagar referente a 2009. **União – MS – Ações e Serviços Públicos de Saúde. Saldo a Pagar – janeiro-dezembro/2009: Destaques (2009 X 2008):** Variação positiva expressiva do saldo a pagar (50,9%), ou seja, dos empenhos não pagos até o final do exercício (de R\$5,690 bilhões para R\$8.589 bilhões). Crescimento do nível de saldo a pagar (de 11,7% para 14,7% da despesa empenhada). A combinação desses dois aspectos implica na necessidade de um esforço adicional de gestão para a execução dessas despesas empenhadas e não pagas até 31/12/2009, ou seja, dos Restos a Pagar, concomitantemente com a execução orçamentária de 2010. Restos a Pagar (RP): **Destaques e Questionamentos: FNS e FUNASA** concentram no mínimo 95% dos Restos a Pagar (RP) do MS. RP desde 2003: serão executados ou cancelados (projetar valores). Valor acumulado elevado de RP: o que efetivamente pressionará a receita de 2010 em termos de desembolso financeiro? O que ainda restará pendente de pagamento (projeção)? Por quê? Qual é a estratégia (se houver) que o MS adotará em 2010 para executar os Restos a Pagar e o Orçamento de 2010, com o objetivo de reduzir o saldo a pagar em 31 de dezembro das despesas empenhadas em 2010 e dos Restos a Pagar? Em complemento ao questionamento anterior: a disponibilidade orçamentária e financeira para o MS apresentada no Decreto Federal que regulamenta a execução orçamentária e financeira para 2010 é compatível com essa necessidade de execução? Quais foram os valores disponibilizados para empenho e pagamento do MS? Análise da Execução Orçamentária e Financeira. Ações e Serviços Públicos de Saúde. **2ª Parte. ITENS, UNIDADES, PROGRAMAS E AÇÕES. Fundo Nacional de Saúde. Dotação Atualizada Inicial. Principais Itens.** Seguem várias planilhas com detalhamento. **Observações Finais: A COFIN** recebeu do Ministério da Saúde: as planilhas referentes à execução orçamentária até dezembro/2009; a apresentação requisitada da situação dos restos a pagar. Porém,

727 não recebeu o Relatório Trimestral com a análise do Poder Executivo sobre essa execução. Elaboração
728 de Francisco Funcia para a COFIN como subsídio para o debate sobre a execução orçamentária do
729 Ministério da Saúde (referente ao 4º trimestre/2009). Reunião COFIN: 03 de Março de 2010. **DELIBE-**
730 **RAÇÃO: 1.** Plano Nacional de Saúde 2008 a 2011 - A COFIN ficou responsável de receber as contri-
731 buições, fazer análise e, posteriormente, encaminhar para a SPO. **2.** Lei de Diretrizes Orçamentárias –
732 Proposta de Formulário de acordo com os critérios da Secretaria de Orçamento Federal. **3.** Realização
733 da 14ª. Conferência Nacional de Saúde, em 2011. **4.** Posicionamento do CNS quanto à falta de cum-
734 primento da Emenda nº. 29/00 por parte de vários estados da nossa nação. **5.** Recomendação com
735 relação ao CNPJ. **6.** Que a Secretaria-Executiva envie formalmente para a FUNASA um recorte da
736 apresentação feita pelo Senhor Funcia com informações sobre a execução orçamentária. **7.** Convidar o
737 Subsecretário de Planejamento e Orçamento para a reunião do CNS. O Conselho deve pensar em
738 outras metodologias e outra forma de formulação de Plano Nacional de Saúde. **8.** Agenda de Reunião
739 da COFIN - 05 e 06 de abril. Às 13h30, o Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** suspendeu a reunião
740 para o almoço. Às 14h40, o Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** retomou a
741 reunião convidando **Pedro Ivo Sebba Ramalho**, Diretor Adjunto da ANVISA – Agência Nacional de
742 Vigilância Sanitária, para falar da RDC 44, sobre a assistência farmacêutica e comércio de medicamen-
743 tos. O palestrante agradeceu a todos a oportunidade de comparecer ao plenário do CNS para apresen-
744 tar, na visão da agência, os avanços e as consequências da publicação RDC 44. Projetou sua apresen-
745 tação para subsidiar os conselheiros e as conselheiras de informações, imagens e outras coisas mais
746 sobre as **Boas Práticas Farmacêuticas em Farmácias e Drogarias – Resolução RDC 44/2009**. Dis-
747 se que segundo a Organização Mundial da Saúde, mais da metade dos medicamentos são prescritos,
748 dispensados ou utilizados de forma inadequada. Os países devem estabelecer normas nacionais para a
749 promoção da saúde, o abastecimento de medicamentos, os produtos para a saúde, o autocuidado do
750 paciente e o aprimoramento da prescrição e do uso dos medicamentos. No Brasil, foi criado Sistema
751 Único de Saúde, pela Lei 8080/90. Foco na Assistência Farmacêutica e na Vigilância Sanitária. Nos
752 anos 90, tem faltado “confiança” na qualidade e segurança dos medicamentos, com muitos medicamen-
753 tos falsificados. Hoje há no Brasil 80.000 farmácias, número que supera o de padaria, por exemplo,
754 com 50 mil, postos de gasolina, 35 mil. São 2.055 distribuidoras de medicamentos; 450 indústrias de
755 medicamentos; 3.849 laboratórios de análises clínicas e 6.627 hospitais. E mostrou uma série de slides
756 com a guerra de concorrência entre esses estabelecimentos uns com os outros, para ampliar seu mix
757 de produtos, indo por um caminho que não interessa à Saúde Pública. **Principais ações de proteção e**
758 **defesa da saúde:** Fracionamento de medicamentos. Farmácias Notificadoras. Sistema de Notificação
759 (Notivisa). Hospitais Sentinelas. Monitoramento da propaganda. Bulas de medicamentos. Farmacopéia
760 Brasileira – Revisão e Atualização. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados –
761 SNGPC. Rastreabilidade. Combate a Falsificação de Medicamentos. Boas Práticas Farmacêuticas
762 (RDC 44/2009). Farmácias e Drogarias são Estabelecimentos Diferenciados! **Lei Federal n. 5991/1973:**
763 **XI – Drogaria** - estabelecimento de dispensação e **comércio de drogas, medicamentos, insumos**
764 **farmacêuticos e correlatos** em suas embalagens originais; **X – Farmácia** - estabelecimento de mani-
765 pulação de fórmulas magistrais e oficinais, de **comércio de drogas, medicamentos, insumos farma-**
766 **cêuticos e correlatos**, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade
767 hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica. É permitido às farmácias e drogarias
768 exercerem o **comércio de determinados correlatos**, como, aparelhos e acessórios usados para fins
769 terapêuticos ou de correção estética, produtos utilizados para fins diagnósticos e analíticos, de higiene
770 pessoal ou de ambiente, o de cosméticos e perfumes, os dietéticos mencionados no parágrafo único in
771 fine do artigo anterior, os produtos óticos, de acústica médica, odontológicos, veterinários e outros,
772 **desde que observada a legislação específica federal** e a supletiva, pertinente, dos Estados do Distri-
773 to Federal e dos Territórios. A Resolução trata basicamente aí de três pilares, para quem não está
774 acompanhando diretamente o tema. Além da questão da retirada desses produtos que nada tem a ver
775 com Saúde das farmácias e das drogarias, tipo picolé, refrigerante, sandália, um monte de coisa, balas,
776 chocolate e etc, alimentos em geral. Colocar medicamentos isentos de prescrição que nunca tiveram
777 autorização para serem vendidos em gôndolas, como se fosse auto-serviço de supermercado atrás do
778 balcão como devem ser todos os medicamentos longe do alcance das pessoas, para que a gente evite
779 automedicação e consumo exagerado do ponto de vista do conceito. Uso irracional de medicamentos.
780 E o terceiro ponto, a questão da definição de alguns serviços farmacêuticos, que até então, até agosto
781 de 2009 não eram permitidos serem prestados em farmácias e drogarias, como, por exemplo, a medi-
782 ção de temperatura corporal. Farmacêutico até agosto do ano passado não podia medir a temperatura
783 com termômetro dentro da farmácia, porque não era autorizado a fazê-lo. A partir de agora ele pode
784 fazer isso e pode fazer administração de alguns medicamentos como aerosol, a questão dos injetáveis
785 já está autorizado desde 1973 da lei 5991, assim como necessária a presença de próprio profissional e
786 alguns outros serviços que são muito importantes, glicemia capilar e aferição da pressão arterial. O que
787 chama a atenção também é a intoxicação em crianças até dez anos de idade, que não ocorre em fun-

ção de que a criança vai lá e tem acesso aos produtos da tradicional farmácia caseira que todos os brasileiros têm, mas sim, porque os pais ou cuidadores administram sem informação correta. Disse que o problema mais grave que a ANVISA enfrenta, hoje, com essa Resolução, é a ofensiva do setor. Este apresenta projetos ou requeitando projetos de lei em alguns municípios, e estados, para que seja aprovada nas assembleias a permissão da venda de produtos diversos em estabelecimentos farmacêuticos e o não cumprimento por essa via da autorização estadual das normativas da legislação federal que a Resolução da ANVISA compõe. Houve crescimento das demandas judiciais. A ANVISA ganhou algumas e perdeu outras. Espera vai reverter esse quadro quando essas demandas chegarrem ao Superior Tribunal de Justiça. E pediu aos Conselheiros que levem esse assunto aos seus estados, às suas entidades, para resgatar o papel original das farmácias e drogarias na promoção e proteção da Saúde da população. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** agradeceu a participação do convidado. E recomendou que as entidades que têm assento no Conselho possam fazer o debate nos seus estados, fortalecendo a defesa da resolução que é fundamental para a população e para a saúde pública. Que o Conselho possa outra vez se manifestar apoiando essa Resolução e o trabalho que vem sendo feito pela ANVISA. Colocou em votação e ficou aprovada a redação de documento de apoio à ANVISA. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** pediu a palavra para destacar a presença de novos Conselheiros: **Silvia Maria de Vasconcelos P. Cruz**, da Pastoral da Criança. O Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** disse que não seria a COFIN a fazer uma análise do material exposto, mas que a COFIN ficou responsável de pegar as contribuições e fazer uma análise. Que a COFIN vai receber esses relatórios e encaminhar à SPO, para que ela encaminhe às áreas e estas se pronunciem, se acatam ou não as propostas aqui apresentadas. Que a COFIN poderá fazer um parecer depois do retorno das propostas da SPO. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** pergunta se esse rito que está sendo colocado pela COFIN e áreas do Ministério para retornar ao CNS vai significar ou não um outro posicionamento do CNS, se não vai se confrontar com o prazo final das incorporações do Plano. O Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** respondeu que sim. Que a COFIN não vai identificar onde caberiam as contribuições ou não. Que vai encaminhar à SPO, e a SPO vai encaminhar às áreas afins, e caberá às áreas afins encaminhar ou não. A partir daí a COFIN vai fazer um parecer do que foi ou não acatado e subsidiar esse Pleno. Disse que outro ponto da COFIN é a execução orçamentária. Tratou-se do retorno proposta de recomendação do Ministério que no entender da comissão não está resolvido. Que o assunto do CNPJ não é assunto resolvido. Outro posicionamento da COFIN é com os restos a pagar. Há uma grande preocupação com os restos a pagar, principalmente no que diz respeito ao último ano de governo. A COFIN sugere a este Pleno, convidar FUNASA e Fundo Nacional de Saúde para informar para a COFIN a estratégia que irão adotar para executar os restos a pagar durante o ano de 2010. E se este Pleno assim o entender também deveria convidar este Pleno. Com relação ao Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2011, a COFIN tomou conhecimento do material no dia quatro, com prazo para fazer a proposta até o dia cinco. A proposta foi feita *ad referendum*. Com relação aos encaminhamentos que a COFIN fez, há uma proposta, feita na reunião de junho de 2009 e que gostaria que esse Pleno deliberasse. Proposta: Realização da 14ª. Conferência Nacional de Saúde no primeiro quadrimestre de 2011. Realização das Conferências Estaduais de Saúde no primeiro quadrimestre de 2011 e das demais sempre no primeiro quadrimestre do primeiro ano do mandato da gestão federal. Realização das Conferências Municipais de Saúde no primeiro quadrimestre do ano de mandato das gestões municipais para o caso dos municípios que realizam a cada dois anos. Uma delas deverá ocorrer no primeiro quadrimestre do primeiro ano do mandato da gestão municipal. Justificativa: em síntese, o Plano de Saúde, cada esfera de governo, elaborada a partir das respectivas conferências de saúde, subsidiarão as diretrizes, programas, ações, metas e indicadores que farão parte do PPA, LDO e LOA, da União, dos Estados e dos Municípios. E, portanto, está devidamente fundamentada a integração entre conferência de Saúde, Plano de Saúde e Plano Plurianual que embasou portanto essa nossa formulação de proposta. E por último, a COFIN tomou conhecimento do relatório das auditorias, num único exemplar. A COFIN entende que há embasamento, por meio da Câmara Técnica do SIOPS, das Notas Técnicas do SIOPS, para que o CNS se posicione sobre o descumprimento da EC-29, tendo em vista que já existem posicionamentos de algumas entidades em alguns estados. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck** disse que na questão do DENASUS, recebeu a informação de que há 23 relatórios de auditoria prontos. Que o trâmite legal é: o CNS requer ao DENASUS e o DENASUS entrega ao CNS, sem intermediário. Encaminha no sentido de para sugerir que o Conselho entregue os relatórios à COFIN, para as devidas análises; e, na próxima reunião, que as informações disponíveis sejam trazidas ao Pleno para avaliações nas duas próximas reuniões. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** propõe o seguinte encaminhamento: Que a Secretaria-Executiva formalmente enviasse à FUNASA um recorte dessa apresentação com essas informações, porque nós vamos ter uma reunião da CISI dia 24 e 25 agora de março e a FUNASA vai se posicionar. Que a comissão já faria uma análise para trazer em abril um resultado do posicionamento da FUNASA em relação a não execução orçamentária. A Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que o encaminhamento dado pela COFIN, em rela-

ção ao relatório precisa ser acrescido, porque é grave a forma hoje tão dispare que o Plano Nacional de Saúde como é elaborado, como vem a abordagem, é um instrumento de gestão que o Conselho não pode simplesmente apresentar emendas. Propõe que pelo menos o Secretário de Planejamento e Orçamento esteja no CNS. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** submete à votação os encaminhamentos propostos pelo Eliotério, com a observação feita pelo Clóvis em relação à FUNASA. Aprovado então por unanimidade os encaminhamentos pelo Eliotério e pela COFIN. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** disse que a matéria foi discutida pela manhã e o encaminhamento foi outro. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck** disse que informação de que o Conselho não precisa aguardar pela tramitação. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** insistiu em dizer o CNS estava desfazendo o que foi acordado pela manhã. Que na parte da manhã ficou aprovado que seria remetido ao Ministro. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** pediu calma e disse que a questão levantada pelo Conselheiro Jurandi é relevante. Que o Plenário aprovou pela manhã que solicitaria ao ilustre Ministro que assim que ele tivesse acesso aos relatórios, imediatamente disponibilizasse a todo o CNS para que avaliação, inclusive recebendo contribuições e justificativas de gestores. E que a Conselheira Jurema está colocando outra coisa: que foi informada que a legislação estabeleceria que isso deva ser feito imediatamente através de solicitação do CNS ao DENASUS. E propõe que o assunto volte a ser debatido no dia seguinte pela manhã, para não prejudicar a pauta do momento. E se o Conselho entender que deve tomar outra posição, que tome. O Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** disse que a COFIN já havia solicitado para compor inclusive um relatório de gestão a partir do relatório de gestão de 2008. E que a reunião de abril da COFIN estava suspensa, por dificuldade de agenda, mas depois de reavaliação, está mantida, tendo em vista a relevância dos temas e a importância dela se reunir, inclusive para esse tema que é o tema das auditorias. **ITEM 04 – Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – Aprovação de Pareceres da CIRH.** O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** passa a palavra à Conselheira **Maria Helena Machado de Souza**, que cumprimentou a todos e todas. Pediu desculpas pela ausência da Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, que está com problemas, passou por uma situação delicada e que impede dela estar aqui conosco. Falou também da ausência momentânea da Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, que foi chamada, de forma emergencial, a uma visita à embaixada do Egito, por conta de um congresso e conferência em que ela faz parte na comissão. Hoje nós temos para deliberar 25 processos, sendo cinco de autorização, mais 8 de reconhecimento, e os demais de renovação. Uma informação importante é que não vamos deliberar sobre nenhum processo de renovação de reconhecimento de curso de Psicologia. Há mais ou menos um mês, nós requeremos do MEC informações do porquê das questões de notas que não estão disponibilizadas. Isso prejudica nossa análise. E para não prejudicar nenhuma instituição, a gente suspendeu temporariamente a avaliação dos processos de renovação de reconhecimento de cursos de Psicologia. **INFORMES:** O primeiro edital de cursos é no sentido de **estadualizar a Especialização da Gestão do Trabalho e da Educação**, visando profissionalizar em massa os que lidam com Gestão do Trabalho e da Educação, em acordo com CONASS e CONASEMS, para oferta de curso de especialização, de Atualização em Plano de Carreira, e curso de Atualização em Legislação do Trabalho. O segundo edital de cursos sobre o **Mestrado Profissional**, cujo livro, da coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública, que condensa todos os projetos de tese, foi distribuído a todos e todas. Trata-se de um mestrado importantíssimo, mestrado em gestão do trabalho, que formou nesse momento uma turma importante de gestores da gestão do trabalho e educação. É um edital que já aberto para concorrência de 20, financiado pela Secretaria de Gestão do Trabalho, pelo Departamento de Gestão do Trabalho, voltado para a gestão do trabalho. E que já está na terceira turma. Vamos organizar este ano em Brasília um evento chamado de **EXPOGET**, com um seminário grande para expor as experiências e as questões mais importantes na área da epidemiologia, com mesas nacionais e encontro de discussão dos gestores e experiências exitosas na área do Pró-Saúde, em toda a área do Trabalho, da Educação e na área do nível técnico. **Seminário das Profissões**, um seminário para Novos Conselheiros, que trata da regulação do trabalho, regulação das profissões, o mundo do trabalho do ponto de vista regulatório, e que diz respeito à nossa interlocução com o Congresso Nacional. Há uma comissão organizadora, formada por membros da Câmara de Regulação e Departamento de Gestão do Trabalho, pela CIRH. A maior parte do financiamento será do Ministério da Saúde, ficando com o CNS somente as passagens dos Conselheiros e da CIRH. Como o seminário é consenso, falta definir a data que contemple a participação do Ministério da Saúde a participação do Congresso. **Congresso do CONASEMS.** A Secretaria de Gestão do Trabalho por meio do nosso Departamento estará também fazendo atividades paralelas em comum acordo com a presidência do CONASEMS, e do próprio congresso ligada ao PROGESUS. E nós estamos disponibilizando com todo o custo arcado pela Secretaria, cinco vagas para o Conselho Nacional. Informamos também que pedimos pauta à Mesa Diretora para discutirmos **regulação do trabalho**. A pauta está prevista para maio. No próximo mês a CIRH vai discutir profundamente a questão de processos regulatórios das profissões, e no mês de maio o CNS dedicará um tempo maior à questão do processo regulatório. **Seminário de Residência Multiprofissional de**

Responsabilidade, a CIRH deseja ajudar na organização, se o CNS assim o determinar. A Conselheira **Ana Cristhina Brasil** trouxe ao conhecimento do Pleno a Portaria 143, publicada no dia 9 de fevereiro de 2010, referente à formatação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Para a composição dessa portaria havia um acordo entre a SESu-Mec e este Pleno do CNS com relação às indicações para essa comissão. A Portaria foi publicada sem as indicações do CNS, à exceção da representação das Associações de Ensino das Profissões de Saúde e uma representação ainda em local errado que não era o titular era de suplente na representação das entidades sindicais. E nós gostaríamos de trazer ao Pleno a necessidade de ratificação e manutenção desse acordo formatado, sobretudo na manutenção das entidades que foram indicadas para formatação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, porque a comissão já se reuniu no dia 2 de março e tem nova reunião marcada para o dia 7 de abril. Não precisamos travar os trabalhos, mas podemos manter aquilo que foi realmente acordado entre as partes. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** disse que já manifestou à Dra. **Maria Paula Dallari**, Secretária de Educação Superior do Mec, a posição do CNS, de divergência e de profundo constrangimento. E a idéia é que CNS ratifique o que foi acordado e exija do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação o cumprimento do acordo que foi feito. Esse é o encaminhamento. O seminário está confirmado, a Maria Helena já deu o informe inclusive que o Ministério está interessado e vamos construir juntos e definir datas inclusive. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck** perguntou se houve alguma justificativa da desconsideração dessas representações? Não teve justificativa nenhuma, nenhum diálogo? O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** respondeu que não. Que Dra. Maria Paula Dallari disse a ele que achou que havia uma categoria profissional com mais representação e que isso era ruim para a comissão, que deveria ser multiprofissional. Falou também que outras entidades solicitaram diretamente ao MEC participação na comissão e que o MEC acatou. Ele disse a ela que, então não tinha sentido nenhum nós decidirmos que as vagas do Movimento Social seriam discutidas a partir do movimento amplo. A Conselheira **Sílvia Fernanda Martins Casa Grande** solicitou, em nome da Federação Nacional dos Enfermeiros, cópia do ofício que o CNS enviou, para ser divulgado entre os residentes de Enfermagem que estão aguardando e foi justamente um dos nomes vetados nessa lista foi da Federação Nacional dos Enfermeiros. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** agradeceu a palavra e se justificou pelo atraso. Disse que estava na Embaixada do Egito, numa reunião, e que o CNS recebeu elogios pelo trabalho, pela preocupação com a defesa das pessoas que usam do sistema. Informou que a CIRH tem feito **reuniões com o Ministério da Educação**, para aprimoramento da metodologia de análise. E está construindo indicadores que serão submetidos ao CNS na próxima reunião, provavelmente. Após a leitura dos processos surgiram diversas **manifestações** dos Conselheiros: O Conselheiro **Luiz Antônio Alves** pediu esclarecimento quanto ao Parecer da Faculdade número 6, da Federal de Roraima, o relatório vem elencando uma série de situações e vem concordando com a legislação, com o MEC, com a Resolução 350 e tal, embora tenha um ou outro senão, no geral é satisfatório e o parecer é satisfatório. Quando eu vou no curso de Lavras, ele não é muito satisfatório o parecer, e no final quando junta com os dados do MEC tem uma série de senões que realmente não me parece muito satisfatório, e o parecer é insatisfatório. Entretanto, quando eu olho o número 11 da Universidade Federal de São Carlos, o parecer no geral é muito parecido com o de Lavras, tem mais senão do que sim, no entanto ele é satisfatório. Eu acho que não guarda uma coerência. Eu não sei se houve algum problema na hora de escrever ou não, eu já consultei outras pessoas aqui, eles tiveram a mesma impressão. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** respondeu que há um acordo no CNS de sempre se manifestar apoiando os cursos que são de universidades públicas. Outro elemento de análise, que é muito importante para nós, são as notas de avaliação. E também temos um acordo no CNS: notas na faixa três devem ser consideradas como cursos que podem ser aprovados, recomendados. Dentro da CIRH, se considera não só a faixa três, mas a metade da faixa três que seria 250 de pontuação e próximo dela, somando a isso outros elementos, como corpo docente, tipo de contratação, se é integral, se é por tempo integral, se é horista. Dependendo dessa coisa toda, e uma série de elementos. Então pode ser que na nossa redação porque a gente tem um formulário padrão e o vai preenchendo. Pode ser que as coisas fiquem muito parecidas, mas se a gente for analisar ponto por ponto, a gente vai ver que tem diferenciações. O Conselheiro **Luiz Antônio Alves** pediu para continuar o esclarecimento. É porque na verdade é exatamente nesse sentido, querendo guardar uma coerência entre um relatório e outro, para que a gente não seja incoerente. E como a gente tem que se atentar mais na Resolução 350 e óbvio que olhando todas as informações que vem do MEC, no caso de São Carlos temos elencados quatro itens, e assim não há comprovação, documento e não está explicitado sugestões locais de participar da construção do PPC, o PPC não apresenta os campos de página incluindo capacidade. E o número de docentes é compatível, e aí ele é satisfatório. O outro é exatamente mais ou menos a mesma coisa e é insatisfatório. E então talvez fosse melhor com esses outros elementos que não estão explicitados aqui para a gente, fosse dada uma redação que esclarecesse melhor, porque senão fica incoerente quando eu comparo um relatório com o outro. Estou querendo crer que não tem aqui todos os elementos, porque não tenho

dúvida. Não sei se me fiz esclarecer. A Conselheira **Maria Helena Machado de Souza** responde ao Conselheiro que pudesse ler o item 3, de uma e de outra. Um é o 2. e o outro é o 3. A de São Carlos é o número 2 e no de Lavras é o número 3. Há uma pequena diferença de notas e que representa muito, que diz respeito à avaliação da instituição, avaliação do curso que uma tem 247 em 500, e a outra tem 391 em 500. Isso diz muita coisa. Um tem a faixa 3 e a outra tem a faixa quatro em cinco. O Conselheiro **Volmir Rimond** faz o seguinte comentário: eu acho que a gente já fez uma discussão sobre isso, talvez não tão extensa. A gente conversando com vários Conselheiros nesses quesitos de aprovação de curso, que há critérios, que há preferência pelo público, é uma questão até um pouco ideológica, mas acho que ainda assim, nós continuamos com dúvidas de saber, se a gente está aprovando sob critérios técnicos ou mais políticos. Eu tenho comentado com algumas pessoas e a dúvida é sempre essa. Eu fui fazendo um exercício aqui durante a leitura. Eu não li os relatórios, e conforme foi anunciando o nome das universidades, esse aprovado e esse desaprovado. E esse foi um exercício que eu fiz, só para tentar ver se poderia ter alguma coisa a ver ou dá essa impressão pelo menos. Não estou duvidando do trabalho técnico da CIRH, já falei sobre isso e já dei meu apoio, mas acho que ainda esses critérios não satisfazem totalmente e não dizem se nós estamos trabalhando sobre critérios técnicos ou políticos. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** para tentar encaminhar, eu vou repetir umas coisas, porque eu acho que a gente tem que estar bem claro. Esse processo de avaliação de cursos é um processo em permanente construção e aperfeiçoamento. O Conselheiro Luizinho acabou de apresentar uma proposta muito interessante que acho que a CIRH vai absorver. Com a perspectiva de aperfeiçoar. As dúvidas que o Volmir apresenta também são corretas. E então a proposta nossa, Volmir é que realmente a gente continue aperfeiçoando esse processo. E aí eu quero concluir com uma manifestação muito clara. É óbvio que nós temos um carinho muito grande pelo Setor Público. Agora as regras valem para os dois setores. Se houver dois cursos, um público e um privado e o privado for comprovadamente melhor que o público, esse plenário tem obrigação de aprovar o privado e se o público não for de acordo com as regras tem que ser reprovado como já aconteceu inclusive. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** pergunta, se do leque de processos que a comissão já analisou até o presente momento, há mais ou menos um percentual de retorno. Por exemplo, foi feito um encaminhamento não explicado porque razão deste não. Eles tentam consertar ou se adaptar ao solicitado por nós e retornam, qual é o percentual? Ou não voltam mais para a gente? Até porque era interessante ver isso aí, já analisamos cem e desses cem fomos contrário a 50, e desses 50 encaminhamos mil e não retornaram. Ou seja, não tinha interesse de tocar aquela faculdade com aquele curso. A Conselheira **Maria Helena Machado de Souza** respondeu em nome da CIRH, que o processo está realmente construção. Há uma angústia muito grande ao fazer as avaliações, mas cada vez mais estou mais observando, lendo os processos, escutando aqueles que estão avaliando. Evidentemente tem muitas escolas privadas de excelente qualidade. Mas é só observar no site do MEC as notas das instituições públicas e privadas, que isso deve valer para alguma coisa, deve ser parâmetro para alguma avaliação. Quando emitimos um parecer vai para o MEC ele não retorna mais. Nós julgamos satisfatório ou insatisfatório. Ele não é conclusivo, ele é parcial. Ou seja, a conclusão é do MEC. O MEC não fecha uma escola da noite para o dia. Há todo um processo na busca da melhoria, o máximo que a gente pode falar é isso, esse é o processo que nos compete. **DELIBERAÇÃO:** 1. Proposta de realização do Seminário das Profissões. Foi encaminhada à Mesa Diretora para definição de data. **2. Informe sobre reunião com o Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Secretaria de Gestão e Trabalho da Educação.** Que o Conselho ratifique o que foi acordado acerca da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e exija do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação o cumprimento do acordo feito. **AUTORIZAÇÃO: 1. Referência:** Processo nº 20080002638 – **Interessado:** Faculdade de Ciências da Saúde – **Curso:** Autorização do Curso de Medicina – **PARECER:** Insatisfatório. **2. Referência:** Processo nº 200914399 – **Interessado:** Faculdade Maurício de Nassau – **Curso:** Autorização do Curso de Medicina – **PARECER:** Arquivamento. **3. Referência:** Processo nº 200911185 – **Interessado:** Faculdade Independente do Nordeste – **Curso:** Autorização do Curso de Odontologia – **PARECER:** Insatisfatório. **4. Referência:** Processo nº 200910952 – **Interessado:** Faculdade de Odontologia e Ciências da Saúde – **Curso:** Autorização do Curso de Odontologia – **PARECER:** Arquivamento. **5. Referência:** Processo nº 20070008632 – **Interessado:** Centro de Ensino Superior de Ilhéus – **Curso:** Autorização do Curso de Psicologia – **PARECER:** Insatisfatório. **RECONHECIMENTOS: 6. Referência:** nº 200900153 – **Interessado:** Universidade Federal de Roraima, modalidade reconhecimento - **Curso:** Psicologia – **Parecer:** satisfatório. **7. Referência:** Processo nº 200901845 – **Interessado:** Centro Universitário de Lavras – **Curso:** Reconhecimento do Curso de Psicologia – **PARECER:** Insatisfatório. **8. Referência:** Processo nº 20090472 – **Interessado:** Centro Universitário de Patos de Minas – **Curso:** Reconhecimento do Curso de Psicologia – **PARECER:** Insatisfatório. **9. Referência:** Processo nº 200901023 – **Interessado:** Faculdade Cathedral – **Curso:** Reconhecimento do Curso de Psicologia – **PARECER:** Arquivamento. **10. Referência:** Processo nº 200900433 – **Interessado:** Faculdade São Francisco de Barreiras – FASB – **Curso:** Reconhecimento do Curso de

Psicologia – **PARECER:** Insatisfatório. **11. Referência:** Processo nº 200903317 – **Interessado:** Universidade Federal de São Carlos – **Curso:** Reconhecimento do Curso de Psicologia – **PARECER:** Satisfatório. **12. Referência:** Processo nº 200901677 – **Interessado:** Universidade Presidente Antonio Carlos – **Curso:** Reconhecimento do Curso de Psicologia – **PARECER:** Insatisfatório. **13. Referência:** Processo nº 200901678 – **Interessado:** Universidade Presidente Antonio Carlos – **Curso:** Reconhecimento do Curso de Psicologia – **PARECER:** Insatisfatório. **RENOVAÇÃO: 14. Referência:** Processo nº 200904956 – **Interessado:** Universidade Presidente Antonio Carlos – **Curso:** Renovação do Curso de Medicina – **PARECER:** Insatisfatório. **Referência:** Processo nº 200900155 – **Interessado:** Universidade Federal de Roraima – **Curso:** Renovação do Curso de Medicina – **PARECER:** satisfatório. **Referência:** Processo nº 200906433 – **Interessado:** Universidade Paulista – UNIP – **Curso:** Renovação do Curso de Odontologia – **PARECER:** Satisfatório. **Referência:** Processo nº 200907085 – **Interessado:** Universidade de Mogi das Cruzes – UMC – **Curso:** Renovação do Curso de Medicina – **PARECER:** Satisfatório. **Referência:** Processo nº 200900827 – **Interessado:** Universidade Vale do Rio Verde – **Curso:** Renovação do Curso de Medicina – **PARECER:** Insatisfatório. **Referência:** Processo nº 200900830 – **Interessado:** Universidade Vale do Rio Verde – **Curso:** Renovação do Curso de Odontologia – **PARECER:** Insatisfatório. **Referência:** Processo nº 200900832 – **Interessado:** Universidade Vale do Rio Verde – **Curso:** Renovação do Curso de Odontologia – **PARECER:** Insatisfatório. **Referência:** Processo nº 200900833 – **Interessado:** Universidade Vale do Rio Verde – **Curso:** Renovação do Curso de Odontologia – **PARECER:** Insatisfatório. **Referência:** Processo nº 200910579 – **Interessado:** Centro Universitário de Araraquara – **Curso:** Renovação do Curso de Odontologia – **PARECER:** Insatisfatório. **Referência:** Processo nº 200908676 – **Interessado:** PUC de Minas Gerais – **Curso:** Renovação do Curso de Odontologia – **PARECER:** Satisfatório. **Referência:** Processo nº 200906183 – **Interessado:** Universidade Paulista – UNIP – **Curso:** Renovação do Curso de Odontologia – **PARECER:** Satisfatório. **Referência:** Processo nº 200906188 – **Interessado:** Universidade Paulista – UNIP – **Curso:** Renovação do Curso de Odontologia – **PARECER:** Satisfatório. **ITEM 05 – Quadro Situacional da Dengue e Gripe H1N1 no Brasil.** Os documentos fornecidos pelo Senhor Gerson Penna serão disponibilizados no portal do CNS, que se colocou á disposição para retornar ao CNS em Abril. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** agradeceu às Conselheiras. Informou que, em virtude do atraso no decorrer da reunião que a apresentação do ponto de pauta sobre a situação da dengue e da gripe H1N1 no Brasil, pelo Secretário Gerson Oliveira Pena, Secretário de Vigilância em Saúde, ficará para amanhã, às 15h, com a aquiescência do Secretário. **ITEM 06 – SITUAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA.** Apresentação e Deliberação: **Jorge José Santos Pereira Solla** – Secretário de Saúde da Bahia e Presidente do CES/BA – 20'. **Itana Santos Araújo Viana** – Promotora de Justiça do Ministério Público Estadual da Bahia – 20'. **Josivaldo de Jesus Gonçalves** – Conselheiro Estadual de Saúde da Bahia – 20'. **Jurandi Frutuoso Silva** – Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS – 20'. Coordenação: **Francisco Batista Júnior** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde apresenta o Secretário de Saúde da Bahia e passa-lhe a palavra. O Dr. **Jorge José Santos Pereira Solla** cumprimentou a todos e agradeceu o convite do Conselho Nacional de Saúde para apresentar um livro sobre o Plano Estadual de Saúde, com a relação de medicamentos essenciais, elaborada e aprovada para toda a rede da Secretaria de Saúde do Estado. Também outros materiais relativos a projetos importantes da Secretaria, como o Projeto de Medicamento em Casa, a Fundação Estatal de Saúde da Família. E passa à apresentação: **Saúde na Bahia. Balanço e Perspectivas.** Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Houve ampliação do orçamento para a saúde de R\$ 271 milhões em 2007, R\$ 517,7 milhões em 2008 e de R\$ 514,6 milhões em 2009; Os incrementos ao orçamento inicial ocorridos ao longo dos exercícios de 2007, 2008 e 2009 atingiram percentuais superiores a 14%, 25% e 21%, respectivamente; O orçamento inicial em 2007 foi de R\$ 1,885 bilhões e o final de 2009 havia sido ampliado para R\$ 2,953 bilhões, totalizando um aumento de R\$ 1,067 bilhões (+ 56,6% em 3 anos). Prestação de contas trimestral ao Conselho Estadual de Saúde. Todos relatórios aprovados pelo CES. **GESTÃO ESTRATÉGICA – INTERVENÇÕES – FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL:** *Conferência Estadual de Saúde em 2007*, a maior já realizada no Estado da Bahia, que teve como preparação as Conferências Municipais de Saúde em 393 dos 417 municípios baianos, apoiadas por técnicos e conselheiros estaduais – Aprovação das principais políticas para o *Plano Estadual de Saúde. Fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde* – CES e apoio aos Conselhos Municipais de Saúde. O Regimento Interno e a Lei de estruturação do CES foram revistos, corrigindo-se inconformidades (projeto a ser votado na ALBA). Realização em 2009 da Caravana em defesa do SUS, I Conferência Estadual de Saúde Ambiental, Seminário Nacional de Gestão Estratégica e Participativa e Encontro Baiano de Gestão do SUS (I Congresso do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia, Seminário de Encerramento do Projeto Saúde Bahia, Evento Comemorativo dos 15 anos de Saúde da Família e Seminário Estadual de Planejamento). O Projeto MobilizaSUS realizou em 2009 duas videoconferências e 09 oficinas para formação de facilitadores de Educação Permanente para a Gestão Democrática e Participativa do SUS, totalizando 945

facilitadores capacitados. **PLANEJAMENTO EM SAÚDE:** Cooperação técnica com a OPAS para a redução da mortalidade infantil, fortalecimento da SESAB no desempenho das FESP, modelo de políticas de gestão da assistência farmacêutica e efetivação da gestão do trabalho e da educação permanente. Reuniões regulares dos Colegiados de Gestão da SESAB. Elaborado *Diagnóstico da Situação de Saúde* na Bahia (subsídio para PES). Construção do *Plano Estadual de Saúde* (2008 – 2011). Prestação de contas trimestral e *Relatórios Anuais de Gestão* aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde.

INFORMAÇÃO PARA GESTÃO EM SAÚDE: Grande ampliação do Registro de Preços para processos de compras. **OUIDORIA. INTERVENÇÕES:** Inclusão da Ouvidoria no novo Regimento da SESAB. Implantação de 23 unidades de Ouvidoras SUS – Bahia. Todas as Diretorias Regionais de Saúde, em municípios pólos de macrorregião de saúde, têm ouvidoria implantada. Ampliou-se o número de ouvidores com a contratação de profissionais. 9.177 manifestações, um incremento de 45% em relação ao ano de 2007, quando foram recebidas 5.038 manifestações, e de 201% se comparado ao ano de 2006 (3.048 manifestações). **GESTÃO ADMINISTRATIVA. INTERVENÇÕES:** Implementação de mecanismos de controle em contratos terceirizados (vigilância, limpeza, digitação), renegociação de contratos e substituição de todas empresas denunciadas pela Polícia Federal. Utilização e ampliação do Sistema de Registro de Preços. Realização de Licitação através de Pregão Eletrônico em maior número que de Pregão Presencial (desde 2008). Aquisição e distribuição de 3.983 microcomputadores, 171 notebooks e 640 impressoras. Renovação da frota de Veículos, investindo R\$ 23 Milhões (14,9 em 2009) na aquisição de 348 veículos novos, entre Ambulâncias Convencionais (167), UTI Móveis de Suporte Avançado (12) e Veículos Administrativos (169) - (Caminhonetes, Sedans e Caminhões). **GESTÃO DO TRABALHO. INTERVENÇÕES:** Investimentos no aprimoramento do Sistema de Informação de RH e em processos de dimensionamento do Perfil da Força de Trabalho. Realização em 2007 de Processo Seletivo Público para contratação de profissionais via REDA, para preenchimento de 3.575 postos de trabalho médicos e 2.426 multiprofissional (outras categorias profissionais). Convocação de 2.451 aprovados no concurso de 2005. Até dezembro de 2006 só haviam sido convocados 1.939 profissionais, dos quais 664 convocados no final de 2006 e efetivamente assumiram a partir de 2007; criadas 1.883 novas vagas além das 2.507 estabelecidas pelo edital de 2005. Total de mais de 11 mil postos de trabalho foram contratados em 3 anos. Realização em 2009 de Concurso Público que contemplou em seu Edital 854 vagas distribuídas na capital e no interior do Estado. Concessão de mais de 4 mil processos de adicional de insalubridade. Concessão de mais de 1.200 aposentadorias e de 1.300 adicionais por tempo de serviço. Implantação dos Núcleos Descentralizados de Gestão de Pessoas nas unidades da SESAB. Instalação do Sistema Estadual de Negociação Permanente do Governo do Estado da Bahia. Instalação da Mesa Setorial de Negociação Permanente da Saúde (junho/2007), composta por representações da SESAB e SAEB, e dos trabalhadores através de suas entidades representativas (SINSAUDE, SINDIMED e FETRAB). Instituição do Novo PCCV da SESAB, que estabelece, entre outros avanços: Reestruturação do Grupo Ocupacional de Serviços Públicos de Saúde; Criação de carreiras: Biomédico, Eng. Clínico, Eng. Químico, Físico e Químico; Estruturação das classes para cada categoria funcional; Instituição do processo de Avaliação de Desempenho (individual e institucional); Desenvolvimento na carreira por meio da Promoção; Regularização da jornada de trabalho dos servidores médicos (plantonistas); Implantação da Gratificação de Incentivo ao Desempenho - GID em substituição as gratificações anteriormente estabelecidas (GIQ, GEUH e GSI); EFTS – QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: Repasse financeiro aos municípios para viabilizar processos educativos (ACS e técnicos de saúde bucal); Melhoria da capacidade administrativa da escola possibilitando maior eficiência e eficácia da gestão; Capacitação pedagógica de 2.300 profissionais de nível superior; Qualificação de mais de 12.000 ACS; Formação de 137 técnicos de saúde bucal; Construção da nova sede da EFTS – convênio com Ministério da Saúde; 147.500 Kits para ACS – fardamento, mochila etc., e jalecos para ESF. Realizada caracterização das unidades com o intuito de definir parâmetros para qualificação dos campos de estágios; Re-Edição do Decreto que define as Preceptorias e Instrutorias no Estado; Construção de Instrução Normativa para Ordenamento de Concessão para Preceptorias; Concessão de credenciamento especial, pelo Conselho Estadual de Educação - EESP passa a certificar os cursos de especialização; Ampliação dos cursos de especialização oferecidos (mais de 2.000 profissionais); Ampliação das vagas em Residência Médica e Multiprofissional e criação da Residência em Medicina de Família em Comunidade; Ofertados 09 cursos através do Programa Educação à Distância – Ead SUS, com um total de 1.102 participantes; Construção de edital para UNASUS (OS). **VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE. INTERVENÇÕES – IMUNIZAÇÃO:** *Plano de ação emergencial contra o sarampo*, com o objetivo de interromper a transmissão da doença no Estado – janeiro/2007; Campanha vacinal – cobertura alcançou 95,7% dos homens de 12 a 39 anos. Desde então estamos sem casos de sarampo; *Plano Estadual da Campanha Contra Rubéola* - 1ª Campanha de Vacinação Indiscriminada Sarampo e Rubéola no Estado da Bahia: cobertura vacinal de 95,97% - nenhum caso confirmado em 2009; *Rotavírus Humano* (2009): incremento de 104,25% em relação a 2006; Não foi registrado nenhum caso de *raiva humana* no período; Vacinação contra **Gripe** (2008): cobertura vacinal de 98,08%; Foram distribuídas

22.486.017 doses de imunobiológicos e administradas **13.175.540** doses de vacinas em 2009; **272** municípios (53,3%) atingiram uma cobertura vacinal de 95% para a vacina tetravalente. **CONTROLE DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS.** Garantido o acesso a vacina contra a **hepatite B.** Redução da ocorrência da doença; Instituído o Comitê de Promoção, Prevenção e Controle das Hepatites Virais; Fortalecidas parcerias com a sociedade civil; Zerada fila de espera para tratamento. Tratamento de todos os casos diagnosticados e agilização dos procedimentos diagnósticos (inclusive mutirão de biópsia hepática). **MENINGITE MENINGOCÓCICA.** Em 2009, na Bahia, foram confirmados **194 casos e 50 óbitos** de doença meningocócica, correspondendo a incidência de 1,1/100 mil hab. A taxa de letalidade foi a 7º entre os estados (25,8%). Houve predomínio do sorogrupo C em 94,8%. Em Salvador, observou-se um aumento do número de casos da Doença Meningocócica em relação a 2008, com o incremento de 42,2%. No Brasil, a Bahia ocupou o 4º lugar em São Paulo – 1º lugar: 1.200 casos, incidência de DM de 2,9/100 mil hab., com 229 óbitos em 2009. De acordo com dados do Ministério da Saúde 7 estados tiveram incidência de meningite meningocócica em 2009 maior que 1/100.000 hab. Além da Bahia (1,1/100.000 hab., conforme nossos registros) foi igual a 2,8 em São Paulo, 2,1 no Distrito Federal, 1,8 no Amazonas, 1,4 no Rio de Janeiro, 1,2 em Goiás, 1,1 no Rio Grande do Norte. Logo abaixo vieram Paraná (1,0), Pernambuco (0,9), Espírito Santo (0,9) e Minas Gerais (0,8). O Governo da Bahia em articulação com o Ministério da Saúde, adquiriu 1.500.000 (um milhão e quinhentas mil) doses da Vacina Contra Meningite C conjugada para vacinação de menores de 5 anos, no valor de R\$ 31.000.000,00 (trinta e um milhões de reais). Já alcançada 60% da meta na Região Metropolitana. **INFLUENZA A (H1N1).** 1. Vigilância nos portos e aeroportos para detecção de casos prováveis de *Influenza A H1N1* entre passageiros em trânsito; 2. Atualização do Plano Estadual para Enfrentamento da Pandemia e adaptação para a *Influenza H1N1*; 3. Capacitados cerca de 3.000 profissionais de saúde em protocolo clínico da influenza A H1N1 e distribuídos cerca de 42 mil unidades de medicamentos e kits para coleta laboratorial e diagnóstico específico para hospitais e Dires; 4. Organização do atendimento hospitalar e ambulatorial para os casos da gripe; 5. Implementação da Vigilância Epidemiológica, com investigação dos casos prováveis e seus comunicantes; 6. Diagnóstico laboratorial com coleta de secreção de oro e naso-faringe dos casos suspeitos e envio para o laboratório de referência Fiocruz - RJ; 7. Treinamento de 28 técnicos de laboratórios dos Hospitais e Dires; 9. Definição e divulgação de fluxos e protocolos de atendimento; 10. Instalação, no Hospital Otávio Mangabeira, de um sistema de filtro Hepa (filtro de pressão negativa) na enfermaria para *influenza (aumento de 8 leitos especiais)*. 11. Vacinação em 2010. **DENGUE – INTERVENÇÕES:** 1. Estruturação e organização do atendimento emergencial nos municípios mais críticos; 2. Contratação de novos serviços, disponibilização de mais 200 leitos e reforço do corpo clínico nas unidades da rede própria; 3. Articulação com as Forças Armadas para atuação de médicos e enfermeiros nas regiões de Itabuna, Jequié e Porto Seguro; 4. Reforço na distribuição de medicamentos e insumos para o tratamento, aquisição e distribuição de material e equipamentos hospitalares e veículos para o trabalho de campo; 5. Implantação do Disque Dengue Estadual (serviço de *call center*); 6. Apoio do Corpo de Bombeiros no trabalho de campo em Salvador, Itabuna e outros; 7. Realização de campanhas de comunicação e mobilização social; 8. Aquisição de materiais e equipamentos para controle do vetor; 9. Declaração de situação de emergência nos municípios de Itabuna, Ilhéus, Ipiaú, Irecê, Jacobina, Jequié e Porto Seguro; 10. A aplicação de inseticida a Ultra Baixo Volume (UBV – fumacê) em 135 municípios; 11. Elaboração e divulgação dos boletins semanais de situação epidemiológica; 12. Aquisição de 250.000 capas para tonéis e tanques para os 45 municípios prioritários para combate a dengue (mais de R\$ 2 milhões); 13. Aquisição de insumos para trabalho de campo para todos os agentes de endemias nos municípios com menos de 20 mil habitantes. **Hanseníase:** Foram detectados **2.124** casos novos de **Hanseníase** no Estado da Bahia em 2008: coeficiente de detecção de 14,6/10.000 habitantes; A SESAB tem investido na disseminação de informações técnicas científicas, na sensibilização e capacitação para o tratamento com PQT e na prevenção de incapacidades para profissionais de saúde. Reforma e ampliação dos ambulatórios do Hospital Dom Rodrigo de Menezes. **SAÚDE DO TRABALHADOR:** Iniciado a elaboração do Plano Estratégico de Saúde do Trabalhador para o Estado. Construção do diagnóstico de Saúde do Trabalhador no Estado da Bahia; Realização de Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador. Implantação do CEREST de Jacobina e Habilitação de Alagoinhas; As ações de vigilância executadas pelos CEREST e CESAT alcançaram um total de 34.500 trabalhadores; Foram realizados, em 2009, 10.246 atendimentos médicos e da equipe multiprofissional a 6.049 trabalhadores, 681 inspeções em ambiente de trabalho, 319 investigações de acidentes de trabalho graves e/ou com óbito; 104 unidades sentinela implantadas em 68 municípios; Pela 1º vez a Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde – PPI, 118 municípios pactuaram procedimentos assistenciais na área de Saúde do Trabalhador. **PROJETO SAÚDE BAHIA – SAÚDE DA FAMÍLIA. INTERVENÇÕES:** Aprovação da Lei Estadual que regulamentou a criação de fundações públicas de direito privado na saúde no Estado da Bahia; Criação da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF), fundação pública de direito privado, instituída por 69 municípios baianos; Instituição das carreiras do PSF através da FESF para médico, enfermeiro e odontólogo

go; Abertas inscrições de concurso para a FESF para 123 municípios baianos com mais de 1.200 vagas inicialmente; Projeto de educação permanente, telessaúde e interconsultas. **ATENÇÃO HOSPITALAR – INTERVENÇÕES: Novos Leitos e Requalificação: 417 novos** (mais de 1.100 até final de 2010) e 126 requalificados. Intervenções realizadas em 46 unidades da Rede Própria - reformas, ampliações e criação de novos serviços nestas unidades. 45 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) programadas para implantação em 36 municípios – já aprovadas pelo MS e conveniadas. **INVESTIMENTOS EM EQUIPAMENTOS – cerca de R\$ 90 milhões (2009):** Adquiridos 2.711 camas e macas, 40 autoclaves, 07 tomógrafos, 34 aparelhos de RX, 46 aparelhos de Ultrassom, 219 monitores multiparamétricos, 158 ventiladores pulmonares, 56 desfibriladores, 11 arcos cirúrgicos, 44 focos cirúrgicos, 42 mesas cirúrgicas, 43 bisturis elétricos, 59 carros de anestesia, 08 microscópios neurocirúrgicos etc. **EXPANSÃO E MELHORIA DA INFRA-ESTRUTURA: 5 NOVOS HOSPITAIS REGIONAIS:** Hospital Regional de Irecê, inaugurado em 2008; Hospital Regional de Juazeiro: 134 leitos, sendo 20 de UTI, inaugurado julho/09; Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus: 138 leitos, sendo 20 de UTI, inaugurado em dezembro de 2009; Hospital Estadual da Criança - Feira de Santana - 280 leitos, sendo 40 leitos de UTI e 30 de semi-intensiva – investimento de R\$ 40 mi para obras – mais de 50% da obra concluída. Inauguração prevista para junho de 2010; Hospital do Subúrbio - Salvador - 268 leitos – investimento de R\$ 47 milhões em construção. Inauguração prevista para julho de 2010. Primeiro hospital em regime de PPP no Brasil (Promedica/Dalkia). **OUTROS NOVOS HOSPITAIS:** *Novo Hospital de Teixeira de Freitas* – construindo 1º módulo – convênio estadual; *Hospital Regional da Chapada* (Seabra) – licitação da 1ª. Etapa da obra em curso; *Hospital Geral de Eunápolis* – equipamentos adquiridos pelo governo estadual. **REGULAÇÃO. SALVADOR:** Quase 50% das internações e praticamente 100% das internações de urgência / emergência são realizadas em hospitais estaduais; Não tem nenhum hospital municipal; Não tem porta de emergência em nenhum hospital privado ou filantrópico; Último hospital público de emergência construído foi o HGE (há 20 anos); Apesar de estar habilitada em gestão plena a SMS não exerce plenamente suas responsabilidades na gestão do sistema de saúde; Grande demanda reprimida. **MUTIRÃO DE CIRURGIAS:** 3 mutirões de cirurgias - mais de 2.000 cirurgias contratadas no setor privado. **LEITOS DE RETAGUARDA:** Contratação de 140 leitos de retaguarda no setor privado. **ESTRATÉGIA SAÚDE EM MOVIMENTO** – realização de 30.172 consultas, 9.741 cirurgias oftalmológicas e 1.947 outras cirurgias em 2009 (parceria TOPA). **TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO INTERESTADUAL (TFD)** – atendidos 470 pacientes, totalizando 1.829 deslocamentos (2009). **TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR EM SALVADOR:** Ampliação do quadro de servidores, incluindo médicos intensivistas; Aquisição de veículos para a CER em Salvador: 2 UTI móvel (em 2008); 24 novas ambulâncias básicas. **COMISSÕES DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO:** Equipes compostas por profissionais médicos, enfermeiro, assistente social e auxiliar de regulação; Atualmente estão em funcionamento comissões no HGE, HGRS, HGESF, HAN/INCOBA, Hospital Geral Manoel Vitorino - HGMV e no Hospital Santo Antonio – HSA. **ESTRATÉGIA SAÚDE EM MOVIMENTO** – realização de 30.172 consultas, 9.741 cirurgias oftalmológicas e 1.947 outras cirurgias em 2009 (parceria TOPA). **TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO INTERESTADUAL (TFD)** – atendidos 470 pacientes, totalizando 1.829 deslocamentos (2009). **TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR EM SALVADOR:** Ampliação do quadro de servidores, incluindo médicos intensivistas; Aquisição de veículos para a CER em Salvador: 2 UTI móvel (em 2008); 24 novas ambulâncias básicas. **COMISSÕES DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO:** Equipes compostas por profissionais médicos, enfermeiro, assistente social e auxiliar de regulação; Atualmente estão em funcionamento comissões no HGE, HGRS, HGESF, HAN/INCOBA, Hospital Geral Manoel Vitorino - HGMV e no Hospital Santo Antonio – HSA. **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:** Cobertura atual de 6.326.233 habitantes, 45% da população da Bahia; Elaborados Planos Regionais de Atenção às Urgências em todos os seus componentes (pré-hospitalar fixo, móvel, hospitalar e pós hospitalar) nas 28 microrregiões de saúde com os CGMR; Em 2007 foi repassada para os municípios a contrapartida para financiamento do SAMU de 3 anos. A perspectiva de ampliação até 2011 é de que mais 90 municípios sejam atendidos pelo SAMU 192, ampliando a cobertura populacional para 70% - destes 38 municípios agora em março de 2010 (regiões de Barreiras, Brumado e Teixeira de Freitas). **INTERNAÇÃO DOMICILIAR:** Programa de Internação Domiciliar conta no momento com 26 equipes sediadas em 13 hospitais da rede pública estadual em 9 municípios – Salvador, Lauro de Freitas, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Jequié, Ilhéus, Barreiras, Juazeiro e Alagoinhas; Completou um ano de implantação em dezembro de 2009 tendo até então sido atendidos 986 pacientes no Serviço de ID, dos quais 834 já haviam tido alta; O serviço de ID é realizado por 163 profissionais distribuídos em: 88 de nível superior (26 médicos, 32 enfermeiros, 09 assistente social, 10 nutricionistas, 11 fisioterapeutas) e 51 de nível médio; Para 2010, tem-se previsto a implantação de mais 04 equipes em quatro municípios, a saber: Camaçari, Santo Antônio de Jesus, Porto Seguro e Guanambi. **TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS:** Realizados 332 transplantes de órgãos e tecidos. Destaca-se a realização de 206 captações de córneas e 53 de múltiplos órgãos e tecidos. Transplantes cardíacos realizados no Hospital Santa Isabel e transplantes renais adulto e pedi-

átrico no Hospital Ana Nery, credenciamento do Hospital de Olhos de Vitória da Conquista para trans-
 plante de córnea e inauguração do ambulatório do transplante renal no HGRS; Serviço de Oncohemato-
 logia e Transplante de Medula Óssea no HUPES/UFBA. **SAÚDE DA CRIANÇA:** Ampliado para
85,7% a cobertura da Triagem Neonatal em relação aos nascidos vivos no Estado com o cadastramen-
 to de 386 novos postos de coleta (total atual de **2.728 postos**), um incremento de **49,5%** se comparado
 ao ano de 2006 (1.825 postos de coleta). **SAÚDE DO ADOLESCENTE:** Lançamento da Caderneta de
 Saúde do Adolescente no Estado para apoiar o trabalho dos profissionais que atuam na área e buscar
 garantir a integralidade da atenção em relação a esse segmento etário. **SAÚDE DA MULHER:** Foram
 distribuídos 4.942 kits de pré-natal para as equipes de Saúde da Família, estimulando as ações de pré-
 natal; Implantação de projeto em parceria com a OPAS para atenção às adolescentes grávidas e pre-
venção da 2ª gestação indesejada nas Maternidades Prof. José Maria de Magalhães Netto, IPERBA e
 Tsylla Balbino; Leitos PPP (pré-parto, parto e puerpério) em unidades públicas estaduais. **SAÚDE DO**
IDOSO. ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA. SAÚDE BUCAL. SAÚDE MENTAL: O Estado da
 Bahia conta com um total de **166 CAPS**, sendo **154** habilitados e **12** aprovados na CIB, distribuídos nas
 nove macrorregiões de saúde, dado que coloca o Estado com uma cobertura de 0,72 por 100.000 habi-
 tantes. **SAÚDE DAS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE MAIOR VULNERABILIDADE:** Foram capaci-
 tados em Doença Falciforme e de outras hemoglobinopatias 133 profissionais de saúde e implantação
 de serviços para atenção à pessoa com Doença Falciforme nos 28 municípios pólos, sendo que 13
 municípios já possuem estes serviços. Articulação com a Associação dos Portadores de Albinismo
 (APALBA) para discussão da pauta de reivindicações visando à estruturação e organização de um ser-
 viço voltado para Atenção Integral à Pessoa com Albinismo. Realizadas visitas técnicas em 57 comuni-
 dades Quilombolas, envolvendo 10 municípios, visando à construção de um conjunto de ações integra-
 das para e com as comunidades quilombolas. **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – INTERVENÇÕES:**
 Expansão do número de profissionais farmacêuticos para 562 (+ 47%); Regularização dos estoques em
 todos os programas; Zerada fila de espera de tratamento de Hepatite C (desde junho/2007); Descentra-
 lização do acesso para os pólos regionais (DIRES); Realização de registro de preço de medicamentos
 (básicos e hospitalares); Aumentou de 64 para 255 os itens com preço registrado para aquisição pela
 Assistência Farmacêutica Hospitalar (Agosto/09); Aquisição do Sistema Integrado de Gerenciamento da
 Assistência Farmacêutica (SIGAF), com utilização via web. Lei autorizativa de criação da Fundação
 BAHIAFARMA (Fundação Pública de Direito Privado) – Lei nº. 11.371/09 - aprovação em 20/01/2009 e
 sanção em 04/02/09; Estatuto da Fundação está em elaboração e está em elaboração seu Estatuto,
 proposta de Organograma e Quadro de Cargos em Comissão da Fundação BAHIAFARMA – Galpão da
 unidade de produção já construído, sendo negociada com o MS/Fiocruz a planta de produção. **FAR-**
MÁCIA BÁSICA. PROGRAMA DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL – MEDI-
CAMENTO EM CASA – MEDCASA – REDE BAIANA DA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: 26
 unidades de Farmácias Populares do Brasil em 17 municípios (rede sob gestão estadual); Foram reali-
 zados em 2009 261.995 atendimentos na Rede Baiana da Farmácia Popular do Brasil, um incremento
 de 34% em relação a 2008. **FUNDAÇÃO HEMOBA:** Foram aplicados cerca de R\$ 28 milhões, um in-
 cremento de **27%** em relação ao ano de 2008 (R\$ 22 milhões), investimentos que permitiram a amplia-
 ção de unidades hemoterápicas e o aumento da capacidade instalada; Inauguradas as Unidades de
 Coleta e Transfusão (UCT) de Seabra e Barreiras; Reformas nas UCT de Alagoinhas, Camaçari, Bru-
 mado, Teixeira de Freitas, Santo Antônio de Jesus, Itapetinga e Hemocentro Regional de Eunápolis;
 Regularização da lotação de servidores na Fundação HEMOBA; Aquisição de uma Unidade Móvel de
 Coleta de Sangue (HEMÓVEL) para levar a estrutura de coleta de sangue até o doador de diversos
 bairros da cidade de Salvador e Região Metropolitana; No município de Barreiras além da implantação
 de uma UCT iniciou-se a assistência hemoterápica pela rede pública no Oeste do Estado. **CIÊNCIA,**
TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE: Implantação do Projeto Piloto para a Tecnovigilância de
 equipamentos médico-hospitalares utilizados em UTI e Centro Cirúrgico - boas práticas de gestão de
 equipamentos nas unidades da rede própria da SESAB; Realizado o II Seminário Estadual de Comitês
 de Ética em Pesquisa com seres humanos com a participação de aproximadamente 200 pessoas; Par-
 que Tecnológico e a Saúde: construção de agenda para inserir o setor saúde no Parque Tecnológico da
 Bahia; Lançado um edital pela Fundação de Amparo a Pesquisa da Bahia – Fapesb como etapa do
 Programa de Pesquisa - PP/SUS 2008/09, tendo sido selecionadas 62 pesquisas para financiamento;
 Contratado Estudo de validação de exames laboratoriais de pré-natal empregando coleta de amostra
 em papel de filtro (APAE e ISC/UFBA). O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**
 apresentou o Conselheiro Estadual Josivaldo de Jesus Gonçalves, porque achou importante ouvir, além
 do Secretário de Saúde da Bahia, também a manifestação do Conselho Estadual. E passou-lhe a pala-
 vra. O Conselheiro Estadual da Bahia **Josivaldo de Jesus Gonçalves** cumprimentou a todos e todas.
 Disse que representa os usuários do SUS, pela Federação dos Trabalhadores na Agricultura: o Conse-
 lho tem acompanhado de perto todas as ações da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, e, princi-
 palmente no que diz respeito à prestação de contas. Em tempos passados não tínhamos o acesso às

1337 contas que hoje temos, mesmo com a participação do Ministério Público. Temos hoje conhecimento
1338 dos gastos e investimentos na Saúde. Antes não tínhamos. Hoje o Conselho Estadual da Bahia tem
1339 uma participação maior nas linhas de ações de investimento e da CESAB. Foi montado pelo Conselho
1340 um grupo de acompanhamento, e aí tem a comissão de finanças de acompanhamento de finanças e
1341 orçamento, onde o FESBA agora se debruça totalmente para esta comissão no que diz respeito à pres-
1342 tação de contas. As prestações de contas anteriores vinham num calhamaço, e como nós não enten-
1343 demos da contabilidade, e, às vezes, nem o próprio contador consegue decifrar aquelas prestações de
1344 contas, feitas de forma absurda. Hoje, qualquer pessoa da comunidade pode ter acesso a essa presta-
1345 ção de contas e entender onde está sendo aplicado cada receita, cada recurso que sai, para as ações
1346 que hoje são desenvolvidas. Nos próximos dias, vamos agendar uma visita, da qual sou relator, a um
1347 hospital que está sendo administrado por uma OS e que a gente vai estar realmente logo não só vendo
1348 a documentação, mas também indo visitar essas unidades hospitalares e outros conveniados para que
1349 a gente possa ter uma noção e dar um parecer com maior lisura, não pendendo para nenhum lado. A
1350 OS é a Organização Social irmã Dulce que está administrando o Hospital da cidade de Santa Rita de
1351 Cássia, e também o Hospital de Barreira que é o Hospital do Oeste, e como o Hospital Santa Rita de
1352 Cássia ele é um hospital muito pequeno, só tem 26 leitos e não tem, segundo uma empresa que estava
1353 administrando e o próprio município, não tem condições financeiras de manter pelo porte do hospital e
1354 com isso foi firmado um convênio já que o Santa Rita de Cássia fica naquela intermediação próxima à
1355 aquela região, e aí está sendo administrado pela OS que é uma Organização Social Irmã Dulce. Na
1356 visita conversamos com a comunidade, com a administração municipal, com a população sobre o uso
1357 das unidades. Se está sendo satisfatório, se não está, e quais são os problemas que vem sofrendo. Daí
1358 encaminhamos um relatório dando parecer favorável ou não. A respeito das auditorias que antes eram
1359 muito tímidas, temos acompanhado um volume muito grande de auditorias e que antes não tinha uma
1360 resposta ao Conselho. O Conselho era o último a saber. Hoje, o Conselho dispõe dessas informações,
1361 e as acompanha. Sobre compra de veículos. O Conselho acompanha, questiona: Qual é a necessidade
1362 dessa compra de veículos? De onde estão saindo esses recursos? E outro fator que tem acontecido
1363 muito na Bahia e acho que em alguns estados tem acontecido e que era um questionamento nosso.
1364 Porque tantos recursos alocados pelo Ministério da Saúde, e além do estado e esses recursos não
1365 eram realizados esses projetos? Descobrimos que o volume de recursos é maior que as realizações
1366 dos projetos, devido aos entraves burocráticos, licitação, tomada de preço, e, principalmente quando
1367 um projeto é internacional, aquelas exigências normais que acaba demorando para sua execução. So-
1368 bre os veículos descobrimos veículos em estava através de concessão para municípios, Câmaras de
1369 Vereadores e pessoas que não tinha nada a ver utilizando os veículos e fazendo de transporte pessoal
1370 ou até mesmo por questões políticas utilizando. Havia problemas em meu próprio município. Fator im-
1371 portante foi o financiamento do DSEN Bahia para financiar compra de ambulância para os municípios.
1372 Passou pelo Conselho. A questão do HEMOBA. Fator importante foi a aquisição de ônibus que, além
1373 da capital vai para o interior, fazendo aí o trabalho ajudando inclusive no desenvolvimento do HEMOBA.
1374 A questão também da despreciação. Eu além de estar representando claro a Federação dos Traba-
1375 lhadores na Agricultura, mas sou Agente Comunitário de Saúde, e até há poucos dias eu era Presiden-
1376 te da Federação. E vejam os senhores que era realmente o estado da Bahia um estado onde até há
1377 tempos atrás era na base do chicote mesmo, e nós encontrávamos uma dificuldade muito grande no
1378 que diz respeito à despreciação desses trabalhadores. E aí, nós começamos a fazer esse trabalho e
1379 foi criado um grupo de trabalho lá através da CESAB, e o pessoal acatou muito bem, e nós consegui-
1380 mos lá com grande vitória, os estados do Brasil a não ser Bahia e Ceará que está com índice bem
1381 avançado na despreciação desses trabalhadores e agentes comunitários e agentes de combate às
1382 endemias e, inclusive, agora foi fechado também um acordo, um convênio com os municípios, 82 muni-
1383 cípios vão realizar seleção pública para os agentes de endemias através do estado onde o município
1384 adere e o estado contratou uma empresa para fazer esse concurso e simultaneamente está sendo rea-
1385 lizado em cada município, dando também mais uma alavancada na despreciação. E aí eu acho que
1386 é importante essa vinda aqui nossa, do Conselho estar provocando esse diagnóstico da situação da
1387 Saúde da Bahia, porque, claro, com todos os investimentos, com todo o acompanhamento, também
1388 destacar a questão da mudança da lei do Conselho Estadual de Saúde. E bem colocado pelo Francis-
1389 co, a questão de que o Conselho ainda é presidido pelo secretário, mas com certeza vai ser mudado,
1390 não houve objeção da administração hoje em não mudar a cara do Conselho ou as características e
1391 diversos fatores que estavam emperrando algumas questões lá e nós nos debruçamos. Então foram os
1392 próprios Conselheiros que se sentaram em diversas comissões e em várias discussões e chegamos a
1393 um formato que obedece à legislação e obedece também a legalidade e paridade, e com certeza va-
1394 mos ter um Conselho que já é atuante no estado da Bahia, mas que com sua composição respeitando
1395 a legislação vigente. E assim, quando eu falava da questão do investimento, nós estamos, o Conselho
1396 Estadual de Saúde no propósito de contribuir com a gestão, mas também de olho na fiscalização e
1397 dizer que não são quatro anos que vão conseguir estar colocando tudo nos seus devidos lugares. Fo-

ram muitas mazelas que ocorreram e que claro, não é fácil para nenhuma gestão, qualquer outra que pegasse a gestão no nosso estado para em quatro anos colocar como nós queremos. Mas estamos de olhos abertos. Nós temos uma relação de respeito à gestão, mas é um Conselho autônomo. E que o Conselho não é omissor às questões do estado, todas as queixas e reclamações e denúncias, nós temos averiguado e temos cobrado do secretário e até o próprio Governador, que sejam feitas ações nesse sentido. E, para fechar, também dizer que nós estamos participando do MOBILIZA SUS. Estamos capacitando de conselheiros nos municípios. E na conferência que foi realizada, uma das maiores do Estado da Bahia e com a participação que foi apresentada para os senhores aí de 393 municípios, tivemos o envolvimento do Conselho Estadual de Saúde em pelo menos 70% dos municípios participando das conferências, porque não dava, a Bahia é muito grande para todos nós estarmos em todas, mas em 70% estivemos presentes nessas conferências, além de outras ações que vem acontecendo e que nós estamos lá participando. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** agradeceu ao palestrante e, antes de apresentar a promotora, submeteu ao plenário, o pedido do Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**, que representa o CONASS, de um minuto para se despedir, porque tem que ir ao Senado Federal neste momento, e perdera seu tempo ao transferi-lo para o Secretário Jorge Solla. O Conselheiro **Jurandir Frutuoso Silva** disse que era só para pedir desculpas, pela saída para uma atividade no Senado, e que o Secretário Solla, representando a Bahia já deu o recado que tinha que dar e está tudo tranquilo. Que pediu ao Secretário Solla permissão para sair, porque já estava próximo das 17h30. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** apresentou a promotora Itana Santos Araújo Viana. Disse de sua longa história na Bahia em defesa da Saúde pública no SUS. Que teve a oportunidade de conhecer participante de alguns debates. E disse que é com muita honra Promotora que a senhora é recebida neste CNS. A Dra. **Itana Santos Araújo Viana – Promotora de Justiça do Ministério Público Estadual da Bahia** agradeceu ao Presidente. Cumprimentou a Mesa e a todos os Conselheiros. Disse: Eu estou promotora enquanto não me aposentar, mas eu sou militante do SUS. Por acaso dentro do Ministério Público eu faço esse trabalho. Eu quero dizer que é uma tragédia dizer a um baiano para falar alguns minutos, isso é uma tragédia(risos). Eu não vou entrar nas questões expostas pelo Secretário Jorge Solla, até porque acompanho par e passo. Então, embora o conheça e tenha por ele uma grande estima, mas ele sabe que é como se tivéssemos um tridente atrás da secretaria, cobrando. Isso aí, quando é que vai? E isso aí, quando é que sai? E na realidade, nós negociamos muito e fazemos muito trabalho em parceria. O Ministério Público da Bahia não tem uma história de grandes processos contra a Saúde. Porque entendemos que essa nossa tarefa de zelar pelo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos garantidos na constituição, que está no artigo 109 inciso 2 da constituição, que é nossa atribuição nesse tipo de atividade, é muito mais um trabalho de agente político, de acompanhar uma política nova, complexa, difícil de ser assimilada, do que simplesmente por qualquer nada estar processando e expondo a imagem das pessoas públicas até uma exploração por vezes maldosa da mídia. Porque quando o Ministério Público ou qualquer outro órgão entra com uma ação, ele entra com uma ação ainda para ser processada ou para que se veja as provas e o indivíduo só será julgado ao final de toda a instrução. E muitas vezes o indivíduo já recebe uma pena da mídia de ser logo ali naquele momento com estardalhaço enorme, considerada uma pessoa desonesta, em prova, etc. Mas eu quero aqui fazer pontuações um pouquinho diferente. Desde 1998, após apanhar mais do que boi ladrão na Décima Conferência de Saúde, o Ministério Público organizou uma Comissão Nacional de Proteção ao Direito à Saúde, a COPEDES. Faço parte dela desde o início, e que o Presidente conhece essa comissão, conhece grandes parceiros, colegas nossos que são pessoas dedicadas como o Marco Antônio Teixeira, que é o grande líder desse grupo que é Procurador do Paraná. Então tem algo que eu quero dizer ao Conselho e acho importantíssimo que todos os conselhos estaduais saibam disso. Logo após a Décima Conferência de Saúde em que foi cobrado muito a ação do Ministério Público e podem verificar o relatório final, de atuar na Saúde em defesa do direito à Saúde, os Procuradores Gerais que constituem o Conselho Nacional de Procuradores Gerais que é sediado em Brasília e que congrega todos os Ministérios Públicos, eles se reuniram em Tocantins, em Palmas e lá escreveram a carta de Palmas, que é uma carta onde eles subscreveram um compromisso do Ministério Público com a Saúde. Muitos estados não cumpriram, eu acho importante que os conselhos cobrem dos estados o cumprimento, inclusive o meu, estou diante de um Conselheiro, não cumpriu uma parte dessa carta. Bom, continuando, eu quero agora entrar na questão propriamente da situação de Saúde. A Bahia, se não é o único, é um dos pouquíssimos estados que tem um considerável número de auditores concursados, o que é de extrema importância, porque o auditor tem que ter uma responsabilidade e uma independência muito grande, e muitos estados têm os auditores contratados. Então, esse mérito nós temos, porque temos auditores inclusive muito atuantes. E já há quatro anos eu ouvia no Conselho a discussão sobre auditoria, há quatro anos a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, encaminha para o Ministério Público todos os relatórios finais das auditorias. Nós vemos quais são as recomendações feitas pelo Conselho, quais foram as irregularidades encontradas e aí cada promotor da comarca que foi auditada ou que tenha sido auditada uma

unidade de saúde ou sistema, aquele promotor recebe esse relatório com a recomendação do órgão que eu coordeno, do que deve fazer ali, verificar se as recomendações da auditoria foram observadas. Senão, ele tomará as medidas cabíveis. Isso é uma parceria que já dura quatro anos, e que tem rendido resultados muito importantes. Lá na Bahia, nós temos diante da magnitude do que é o direito à Saúde e do que é o SUS, nós temos um grupo especial de atuação em defesa da Saúde, que é o GESAU – um órgão que além de atuar como grupo especial em socorro a um promotor de uma comarca que esteja com um problema de grande porte e que ele não tenha condições de enfrentar sozinho, nós damos todo suporte técnico e teórico para que ele tenha condições de trabalhar. Porque o profissional do Direito, ele não tem em nenhuma Escola de Direito do país uma palavra, uma aula sobre direitos sociais, muito menos sobre Saúde. Ele sai neófito, e por isso tanto choque e tanta confusão na interpretação do direito à Saúde. Daí a judicialização muitas vezes erradas, decisões emocionais de juízes, que não querem ter na consciência a culpa de ter alguém que pode morrer, porque eu neguei o medicamento. E muitas vezes, induz o gestor a praticar o ilícito de violar o princípio da administração pública da impessoalidade, porque no momento em que um juiz determina a um gestor de que ele cumpre sob pena de prisão um medicamento de determinado laboratório, prescrito pelo seu nome comercial, ele está induzindo ao gestor a fazer esse favorecimento a aquele laboratório. Viola todas as normas da administração pública, da impessoalidade, da legalidade, e exatamente por essa norma, que existe processo de licitação. Eu gostaria de poder dizer muito mais sobre isso. A questão da judicialização é algo que precisa ser discutida. Na Bahia é muito discutida, e por causa disso, hoje já existe no Instituto de Saúde Coletiva, na grade curricular do Mestrado em Saúde Comunitária, a disciplina de Ética e Direito em Saúde. É preciso provocar a discussão, porque nós vivemos um momento desde a segunda guerra de mudanças de paradigma no mundo, e essa mudança de paradigma transforma as instituições que ainda estão com caracteres de instituições típicas do estado moderno, quando todos os filósofos e jusfilósofos do mundo inteiro dizem que nós entramos na pós-modernidade. E que em 88, isso já não dizem os filósofos, todos nós vemos, a constituição brasileira deixou de ser positivista, aquela constituição baseada em dogmas, ela passou a ser uma constituição que contempla valores. Ou seja, ela tem que ser interpretada dando importância a fenomenologia, aos fenômenos sociais, e isso na Saúde é de grande importância. Quero dizer também aos senhores, porque já fui chamada para discutir isso e já vim discutir no Ministério do Planejamento, que existe uma proposta de lei, um anteprojeto de lei de reforma da administração pública. Já foi feita por uma comissão de juristas de notáveis e está inclusive no site do Ministério. As instituições estão engessadas pela administração pública, porque as regras são antigas, as regras são positivistas, e desde 90 que se tenta fazer uma reforma administrativa nesse país e essa reforma não sai. Esse projeto de lei pretende alterar o decreto lei 200, que é hoje o decreto lei que rege todas essas questões íntimas da administração pública. Então, é importante que se veja esse projeto de lei, porque ele vai ser discutido, o Ministério do Planejamento já começou a discutir, já chamou o Ministério Público, e nós já participamos disso. Sobre os contratos, que foi uma das coisas que o secretário tocou, na realidade é outro aspecto que precisa ser discutido profundamente. Eu examinei cada um desses contratos, solicitei e o doutor Solla me enviou cada um, todos nulos, porque eles não eram contratos. Era esse credenciamento herdado do INAMPS que isso é ilegal, isso não existe, isso não é nem anulável, porque ele é nulo de nascimento. E tem mais, mesmo os contratos que estão se fazendo depois que o pacto pelo SUS, o pacto de gestão colocou o que deve ocorrer com convênios e o que deve ocorrer com as instituições privadas, mesmo assim está se comprando serviço igual à aquele menino lá das roças do Nordeste, que chega na venda, que é assim que a gente chama, chega na venda e diz assim: - Me dê um real de pão? Ele não sabe quanto custa cada pão, quantos pães ele vai receber e que tipo de pão, que qualidade de pão. É assim que se compra serviços de Saúde. Porque nos contratos não são quantificados, nem qualificados e nem identificados os serviços. A fatura, ou seja, se dá em dinheiro que lá o prestador faz. Ou um raio x de ortopedia ou faz uma ressonância magnética. E aí se paga. Então, não há um controle, esses concursos são inaudíveis. E então é preciso que se converse com o setor de administração pública, com os administrativistas para que os contratos da Saúde venham a ser válidos, venham a ser corretos. Bom, estou concluindo. A composição de conselhos. É outra coisa que o Conselho Nacional precisa ajudar os Conselhos Estaduais e os Conselhos Municipais. Eu provoquei o secretário, alegando a ilegalidade da composição do Conselho do Estado da Bahia, e a lei não é votada na assembléia, porque não interessa a autorização. E não interessa por quê? Porque lugares de usuários, tem pessoas que aparecem como representantes de usuários, porque são Presidentes da Associação Comercial, e na realidade é também Presidente de uma grande OS que é totalmente suja, que leva a maior fatia de grana do SUS do Estado da Bahia. Aparece o COFIC que é o conjunto das indústrias petroquímicas como representante de usuário. Aparece a Federação das Indústrias como representante de usuário. Quem ali que é usuário do SUS? Então, essas questões na ocupação do espaço do usuário é preciso que nos levantemos e tomemos providência, porque eu começo a cobrar da assembléia. Mas sou aquela promotora chata, aquela promotora que todo mundo quer se livrar, porque vive correndo atrás de quem está fazendo alguma coisa que não deve fazer.

1520 Bom, essas questões, eu quero falar também de quanto nós militantes do SUS precisamos nos levantar
1521 para que as demais políticas sociais e econômicas sejam realizadas. Porque não é só a responsabili-
1522 dade do estado. Tem a responsabilidade social de toda a sociedade e a responsabilidade também de
1523 governo de que os setores competentes da elaboração e aprovação de políticas públicas, realmente
1524 façam existir essas políticas públicas e sociais. E quero dar um exemplo de dentro de casa que é uma
1525 coisa de governo. O terceiro lugar de mortalidade há anos no Brasil são as causas externas, e eu vi
1526 hoje na televisão já aqui em Brasília, que os acidentes de trânsito ultrapassaram todas as outras esta-
1527 tísticas de causas externas. Então, vejam bem, causas externas envolve acidente de trabalho, envolve
1528 os homicídios, envolve todo tipo de violência em que nós estamos mergulhados, isso é um fenômeno
1529 que ninguém pode deixar de enxergar. E nós precisamos que pelo menos no trânsito se trabalhe com
1530 educação no trânsito, se trabalhe com a repressão no trânsito, porque as emergências vivem cheias de
1531 acidentados. Quando eu chego, depois de um feriado, de manhã cedo no hospital geral, no HGE, dou-
1532 tor André Luciano me diz, doutora Itana venha ver uma coisa, a UTI cheia de motoqueiros com trauma
1533 raquimedular. Pessoas que se não morrerem, vão ficar com uma lesão que também vão cair nas costas
1534 do estado, e claro, nas nossas, porque vão ficar dependentes da assistência social. Além dos tratamen-
1535 tos de reabilitação. Eu não posso mais me alongar, embora gostasse de conversar muito mais vezes
1536 com os senhores Conselheiros, porque de vez em quando na Bahia, eu peço ao secretário uma agenda
1537 para que eu possa conversar com os Conselheiros Estaduais de Saúde. Eu acho que é preciso esse
1538 diálogo, quero dizer aos senhores que o Ministério Público está à disposição para tratar dessas ques-
1539 tões e ainda tem mais uma coisa, me permita Presidente, só uma coisinha. O jornal, aliás os jornalistas
1540 agora são opinativos e falam de tudo. Realmente devem ser sumidades, porque sabem todos os assun-
1541 tos. Falam de Saúde e acham que conhecem o bastante para falar e falam besteira. Porque todo jorna-
1542 lista agora é opinativo. Todo mundo está dando opinião. Não só informando. Então, existe uma questão
1543 das emergências. O problema de emergências no Brasil hoje, não é um problema só do SUS. Na Bahia
1544 pelo menos, todas as emergências estão lotadas com pacientes nos corredores. Todas. Por que isso
1545 acontece? Porque as modificações que aconteceram com a mercantilização da Medicina, acabou com
1546 aquele atendimento ambulatorial que a gente sentia alguma coisa e ia a um médico. Hoje, todo mundo
1547 vai para a emergência, porque se for marcar mesmo quem tem um convênio, vai levar um mês para
1548 conseguir marcar sua consulta. Ele vai para a emergência mesmo do hospital privado. Então, nós vi-
1549 vemos nessa crise de Saúde e a mesma coisa acontece em Salvador, porque a atenção básica em
1550 Salvador não deslanchou ainda, e então realmente as pessoas tem como porta de entrada do SUS as
1551 emergências. Essas questões e tem mais, uma coisa o secretário falou amparado. Os hospitais filantrópi-
1552 cos, eles têm uma história de não se submeter à regulação. Eles têm uma história que eu estou dialo-
1553 gando para acabar com isso, de ter que se autorizar a internação pós-fato. Gente, isso não está na lei.
1554 A autorização é pré-fato. E por que eles querem que seja pós-fato? Porque eles internam quem eles
1555 querem. Vindo dos seus ambulatorios, vindo dos seus interesses, lá tem umas reais sociedades de
1556 duas colônias, que elas colocam seus sócios para usar o SUS e funcionários. Mas eu já cheguei um
1557 dia e vi sócios ocupando quase toda a UTI. É por isso que nós temos uma grave crise de falta de UTI.
1558 Então, nós não temos na realidade o controle dos leitos. Além dos feudos que devem acontecer em
1559 outro lugar, dos professores doutores que querem controlar, como se aquilo não fosse do SUS, as en-
1560 fermarias, ainda existe a questão de que aquele velho hábito do brasileiro de misturar o público com o
1561 privado. E querer tratar hospital como o meu hospital e não como o hospital do sistema. Eu já encerrei,
1562 teria mais algumas coisas para dizer, mas fica para outra oportunidade. O Conselheiro **Francisco Ba-**
1563 **tista Júnior – Presidente do CNS** agradeceu à Promotora. Pediu desculpas por não ter mais tempo
1564 disponível para que ela se manifestar. E sugeriu ao Plenário garantir, em função do tempo, umas 8
1565 inscrições: Jorge, Adão, Jurema, Santinha, Abraão e Geraldo Adão, Luiz, Volmir também? Já tem dez
1566 aqui. Volmir. Temos onze. Já passou dos oito e vamos tentar garantir a pauta. Vamos tentar pelo Jorge
1567 3 minutos e depois a gente possa voltar para a mesa, para dar tempo das respostas. Jorge. O Conse-
1568 lheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** registrou seu carinho especial pela Bahia: apesar de ter nas-
1569 cido no Rio de Janeiro, sou filho de mãe baiana e tenho muitos parentes lá ainda até hoje. Queria dizer
1570 que o trabalho que o Secretário expôs me parece um trabalho de monta. Está se fazendo uma revolu-
1571 ção na Bahia nesse período e acho que isso aí certamente é algo que deve ser reconhecido e estimu-
1572 lado. No entanto, nós aqui CNS temos uma responsabilidade nacional. E o que nós temos visto é que
1573 esse processo de montagem de OSs, de privatização dentro do SUS, talvez não com a mesma inten-
1574 ção que esteja sendo feita na Bahia, nós estamos vendo aí em outros estados, a medicina privada de
1575 repente virar instituições sem fins lucrativos. E cada um deles monta a sua OS e recebem uma penca
1576 de hospitais, de Postos de Saúde, de Associações Ambulatoriais, e Plano de Saúde da Família. O CNS
1577 não tem como concordar com uma coisa dessa. Isso aí está sendo uma passagem de recursos públi-
1578 cos para instituições privadas, e está sendo uma forma disfarçada de desmontar o SUS. Essa é a reali-
1579 dade nacional com a qual nós estamos nos defrontando. Eu imagino que pela quantidade do trabalho
1580 que os companheiros dispuseram aqui, essa não é a intenção dos companheiros, mas quando abrem a

porta para OSs na Bahia também, dificultam a nossa luta para enfrentar essa batalha a nível nacional. Então, eu queria fazer aqui um apelo à combatividade que os companheiros estão demonstrando em enfrentar os problemas graves que a Bahia tinha nesse período todo, para que se somem nessa luta para barrar as OSs, porque isso aí está sendo um gravíssimo problema e está sendo o principal ataque ao SUS no momento atual. O Conselheiro **Gerado Adão dos Santos** disse que em primeiro lugar, eu gostaria parabenizar o doutor Jorge pela explanação e rapidez com que fez, mas muito compreensivo para nós. E então naturalmente nós reconhecemos que a ampliação da oferta de serviços, a evolução de serviços, a melhoria do acesso, a qualidade dos serviços e absorção da demanda são objetivos de todos nós e que nós estamos lutando para isso. Tem a sua contribuição importante, naturalmente, mas gostaria aqui, se me permitem, como coordenador da Comissão de Saúde do Idoso e da Comissão de Hanseníase, esse destaque que foi dado para a hanseníase e para o idoso e atenção que foi dada, isso eu acho que é muito importante e deve ser aqui ressaltado. Mas num momento em que o Governo para resolver essa crise da assistência recorre à Assembléia Legislativa para referendar os atos que vão fazer as mudanças é uma forma de desconsiderar o Conselho e desprestigiar o Conselho. Então, nós achamos que essa ação de governo e assembléia fazerem essas mudanças para achar solução pode ser um caminho, mas não é o caminho do SUS. E, nós gostaríamos, doutor Jorge, se possível e se houver tempo, que o senhor nos faça aí um apanhado de quantos desses serviços melhorados estão hoje sob a responsabilidade de prestação pelo governo e principalmente de gestão. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck** disse: eu também fico muito entusiasmada com as possibilidades do SUS seguir o seu caminho e poder buscar formas de garantir o direito à saúde de cada pessoa, de cada cidadão e cidadã da Bahia. Sabemos pelos dados a gente vê que tem um caminho longo pela frente, mas fico entusiasmada e contente pelos esforços que estão sendo feitos no Conselho Estadual de Saúde, Ministério Público e Secretaria de Saúde do Governo do Estado. No entanto, quero fazer uma reflexão junto com o nosso companheiro Conselheiro, com a Promotora e com o Secretário, que um dos caminhos para a revolução na Saúde tem que requisitar necessariamente o respeito e o apreço pelas decisões do controle social. Quero lembrar aqui que OS, OSCIP, Fundação Estatal e etc, tem sido debatido e a visão de um SUS público gerido pelo ente público, tem sido uma visão exposta na Conferência de Saúde, e é sempre bom saber que o Ministério Público respondeu prontamente ao chamamento da Conferência Nacional de Saúde, mas eu queria lembrar que a 13ª. Conferência Nacional de Saúde já abordou, já tem a opinião, e esse Conselho já abordou e tem a opinião e Resolução em relação às OS e OSCIP, e me surpreende muito a satisfação do Conselho Estadual de Saúde com essa situação. Porque eu tenho certeza que o Conselheiro e Conselho Estadual respeitam e valorizam as decisões e deliberações das Conferências Nacionais de Saúde. E por fim, eu queria dizer também ao nosso companheiro Conselheiro, a nossa companheira Promotora e nosso companheiro Secretário de Saúde, que apesar dessa revolução e seu entusiasmo da revolução baiana, não estou satisfeita de ver que os dados das situações das populações em vulnerabilidade, colocar visita a quilombo como dado político, visita não é política pública. Eu queria dizer que a Bahia, todo mundo sabe, está aqui realizada visitas técnicas a 57 comunidades quilombolas, a Bahia tem mais do que isso, mas visita não é política. Política de Saúde para a população em condição de vulnerabilidade, no caso dessa população aqui, tem a Política Nacional de População do Campo e da Floresta e tem a política Nacional da Saúde da População Negra que até agora não estão adequadamente implementadas. E, para finalizar, peço desculpas, tenho recebido rotineiramente de ativistas da Bahia, denúncias de assassinato, alta letalidade da Polícia Estadual da Bahia contra jovens negros da periferia. E isso certamente faz parte, tenho certeza das insatisfações não explicitadas aqui do Conselho Estadual de Saúde e também do Ministério Público e do Governo do Estado, isso é uma questão de Saúde, violência do estado e violência policial também é uma questão de Saúde, as causas externas uma parte é acidente de trânsito e outra parte é assassinato. E assassinato a polícia da Bahia está contribuindo muito. Eu queria ouvir de vocês qual é o caminho que vocês estão trazendo para que essa revolução vá mais adiante e vá mais na direção do cidadão que está sendo, inclusive, assassinado pela polícia da Bahia. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** disse ao Secretário: Solla, é uma coisa muito boa ouvir você explanar nesse espaço, e eu acompanho todo o teu processo aí há bastante tempo. Não sou tão velha como você, mas é a vida. Eu queria levantar assim duas questões. Uma que talvez pela primeira vez, eu sinto assim uma identidade total, gestor Solla, membro do Conselho Estadual de Saúde e a juíza. O pensamento foi igual com palavras diferentes. O Ministério Público. Eu acho que por um lado, acompanhando tua fala Solla, eu te vi colocando coisas importantíssimas que estão acontecendo na Bahia. Todavia, quando entra na questão das OS e das Fundações e etc, eu gostaria muito de saber qual é o questionamento do Conselho Estadual de Saúde. Parece-me que é bom, o colega aí falou, coisa maravilhosa, estamos numa boa, certo, concordamos. Porque tem tido um problema muito sério em nível de quase todos os estados no Brasil, uma questão. A segunda questão, é que quando o Ministério Público levanta e faz esta análise minuciosa, eu vi que ela fez uma avaliação, ela levanta assim como grande parte dos Conselheiros usuários estaduais, eles estão ali representando outra entidade que não tem nada a ver. Eu nunca vi,

pode ser na Bahia que é uma coisa diferente, mas não tem um profissional que tenha uma mesma postura, um gestor que tenha uma mesma postura, e sente ali representando outras coisas lá fora. E a terceira e última coisa Solla, eu queria levantar o seguinte. Quando você, eu analisando aqui esse teu quadro dos quadros realizados no Estado da Bahia, houve um equilíbrio de 2006 na questão das Cesáreas e houve uma queda das partes normais por razões óbvias que você explicou muito bem. A pergunta que eu tenho faço é a seguinte. Nessa relação com a OPAS, o que está sendo encaminhado e o que vocês entendem por prevenção da segunda gestação? Aí eu pergunto. Ampliar o planejamento familiar foi uma abertura à questão do aborto? Já que o aborto é a primeira causa de morte materna na Bahia. Único estado do Brasil onde a primeira causa por morte materna é aborto. Então, essa é uma questão do estado da Bahia, é uma questão do Solla, é uma questão do Conselho, é uma questão das mulheres e é uma questão do governo. E, se por acaso, quando esta menina tem o primeiro filho, se é feita uma ligadura de trompa. Três perguntas. Quais dessas três razões acontecem para ter esta prevenção da segunda gestação? O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** disse: Primeiro eu quero parabenizar a promotora pela ação dela e dizer que ela foi muito feliz quando fala na coisa que existe da representação dos usuários porque ela é deturpada praticamente em todo o país. Muita gente representando os usuários que não tem nada a ver com os usuários. Nós somos usuários do SUS, mas precisamos fazer um parâmetro para saber quem de fato é usuário do SUS no Sistema Único de Saúde, e é comum ver e na minha cidade mesmo tem esse caso, um dono de hospital representa os portadores de necessidades especiais no Conselho de Saúde. E no Hospital conveniado ao SUS. Bom, agora ilustre Secretário. A explanação foi brilhante e foi muito bem, mas na hora do dez, com as tais Fundações e OSCIPs, jogou tudo por água abaixo. Isso é a questão seguinte. O problema das OSCIP, da privatização da saúde que está se colocando agora das Fundações público privada, não é agora que vamos sentir é daqui cinco a dez anos que nós vamos sentir na pele qual vai ser o resultado disso. Nós precisamos pensar política pensando no futuro. Não dá para fazer política pensando no dia-a-dia com os interesses comerciais da mercantilização da saúde desse país. Tem que ter uma visão mais clara dessas coisas. Precisa deixar bem claro isso, enfatizar isso. A minha cidade é uma das pioneiras na terceirização da saúde e a portaria está lá instalada. Para nós usuários não melhorou nada, pelo contrário, piorou. Porque você não consegue nem sequer ter um profissional na Saúde que atenda continuamente, porque se muda de profissional na unidade de saúde todos os dias. Isso para quem é usuário é muito ruim. E para o sistema não é, mas se coloca na visão do mercantilismo da saúde. O custo é muito mais caro. Eu quero que alguém me prove que fica mais barato a questão da saúde na privatização. Até a forma de contratar o trabalhador é outra é diferenciada, mais cara porque tem um monte de coisa. Eu gostaria muito que tivesse uma compreensão dos nossos companheiros e companheiras que estão na gestão pública que esse não é o melhor caminho para a gente gerir os recursos do SUS e sempre falando que é escasso. Mas se é escasso, e ficam dando fatias para os outros aí fica mais escasso ainda e o usuário que paga os impostos, precisa do serviço fica cada vez mais descoberto. O Conselheiro **Arlson da Silva Cardoso** disse que gostaria de parabenizar ao Secretário Solla pela explanação que fez e pelos resultados que vem obtendo no Estado da Bahia com a política muito assentada que vem trabalhando. Acho que nos mostrou aqui uma série de situações de indicadores que nos reforçam isso que a gente tem visto, de que as coisas estão melhorando naquele estado. A tranquilidade com que o Secretário colocou a situação da Fundação Estatal, que na Bahia tem sido pioneira e nós do CONASEMS temos acompanhado essa evolução e essa Fundação Estatal na Bahia resolveu um problema para os municípios. São problemas que nós temos nacionalmente, que é a situação da contratação e da fixação dos trabalhadores de Saúde da estratégia de Saúde da Família nos municípios, resolveu um problema extremamente importante para esses trabalhadores. Hoje eles têm um método de seleção, um concurso público para ingressar na fundação, tem um plano de carreira que lhes dá tranquilidade e acesso, e tem inclusive mobilidade entre os municípios que seriam uma coisa absolutamente impensável se fossem contratados pelo município como era antigamente. E muito menos da maneira como vinha se fazendo contratação através de RPA e de outras maneiras, absolutamente fora de um espectro legal. Parabenizar o controle social do Estado da Bahia, que me parece, tem trabalhado junto à gestão, não deixando de fazer o seu papel de controle social, o seu papel fiscalizador, mas também entendendo e valorizando os avanços que tem e o Ministério Público do Estado da Bahia, na pessoa da doutora Itana que nos colocou aqui questões extremamente importantes que não afetam só a questão do Estado da Bahia, mas que afetam o Sistema Único de Saúde como um todo, e coisas que são pé no chão, que nós temos que ver que é a questão do acidente de trânsito, que é a questão da mudança de comportamento, da relação com o prestador e, principalmente, doutora Itana, parabenizo o momento em que a Senhora coloca a necessidade da superação dos dogmas. Eu acho que nós não podemos nos agarrar e ficar nos agarrando a dogmas eternamente e não vermos a situação da evolução do Sistema Único de Saúde. O Conselheiro **Luiz Antônio Silva Alves** disse: Eu também gostaria de parabenizar a explanação do Solla e dos demais companheiros da Bahia que estão aqui, não só pela participação, mesmo pela atividade da questão em torno do Sistema Único de Saúde. Mas eu queria aproveitar só para fazer

algumas perguntas ao Solla, se você pudesse discorrer um pouquinho mais, porque na verdade algumas questões são mais caras a esse Conselho do que outras. Que bom que a Bahia esteja evoluindo, nós estaremos lá fazendo um seminário do CEBES na semana que vem, Determinação Social da Saúde. Uma das questões que vale a pena você explicar um pouquinho melhor é o funcionamento da fundação pública de direito privado na Bahia. Tem Conselho Gestor? Como é que se dá o controle social junto à Fundação Pública? Existe alguma segurança jurídica possível maior de médio e longo prazo, para evitar a preocupação do companheiro Abrahão de que amanhã situações que hoje são controladas pelo Poder Público possam por mudanças políticas muito rapidamente mudar de mãos? A contratualização de unidades públicas que é um tema também importante, inclui autonomia gerencial, tem orçamentação? Essa prestação de contas que você falou, ela se dá através de metas sanitárias? Eu acho que se você pudesse falar um pouquinho disso era interessante. E, por fim, você está fazendo cinco novos hospitais regionais Irecê, Juazeiro, Santo Antônio, Hospital do Subúrbio. Os municípios participam de alguma forma da gestão do hospital regional? E essa parceria público-privada internacional, que é a primeira do Brasil, que também é de hospital regional, eu queria que você discorresse um pouquinho mais sobre ela, porque a gente ainda não tem compreensão e informação. E se você pudesse disponibilizar documentos com relação a esse processo, seria bastante interessante para contribuir como o Arilson disse para uma discussão nossa aqui, e eventualmente situações que possam ser universalizadas no âmbito nacional. O Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** disse: Sou baiano, radicado em Brasília desde o ano passado, mas sempre querendo voltar à Bahia. Em relação às questões expostas, eu acho que esse Conselho sempre retorna a algumas questões como foi dito que lhe são caras. Uma delas é a relação sempre delicada entre a questão da representação direta e representação parlamentar. Eu acho que a gente sempre sabe que há um espaço para o controle social e há um espaço para o poder legislativo, e aí como lidar com esse território aonde que a gente pode avançar numa questão ou na outra. Eu acho, não vou falar a questão dos próprios moldes de gestão, eu vou fazer uma pergunta a respeito da questão da transparência de gestão relacionada com isso também, eu queria que o Solla falasse um pouco em relação, essa semana foi falado o Presidente do IPEA falando da perspectiva de blackout de mão-de-obra em algumas áreas. Construção Civil e Saúde. E aí como lidar com a questão da ampliação do acesso de qualidade na Bahia e no país, mas com a perspectiva da Bahia com essa perspectiva de blackout de mão-de-obra. Vai faltar profissionais, alguns profissionais, alguns já estão faltando. Eu acho que a questão da Fundação Estatal já foi feita uma pergunta e acho que a questão é um dilema permanente de como fazer a carreira SUS, e como viabilizar a carreira SUS numa perspectiva de fixação dos profissionais. E para finalizar, eu queria perguntar assim, da forma como algumas questões foram postas, eu acho que é necessário perguntar de novo. Quer dizer, como mudou a relação do Estado da Bahia com as OSs e com as OSCIPs. Porque alguma afirmação ou pergunta feita parece que continua tudo no mesmo, tudo igual, e que simplesmente se ampliou. Eu acho que é necessário ser ressaltado assim, o que mudou nessa perspectiva. O Conselheiro **Volmir Raimondi** disse: Primeiro, eu queria dizer que embora o trocadilho de estar representando o Movimento de Cegos, eu acho que vi uma coisa diferente também, eu fiquei um pouco surpreso com a posição um pouco diferente do Conselho Estadual em relação às questões da Saúde que foram trazidas ao Conselho Nacional. Não sei se foi talvez um problema de entendimento meu, mas me parece que houve um pouco de mudança de postura do Conselho Estadual na sua denúncia. Essa é a primeira coisa que eu gostaria de destacar. Segundo, vou me ater à fala da Promotora, que raras vezes na minha vida e até aqui dentro do Conselho eu vi alguém defender tão bem os usuários, os sujeitos do sistema para quem nós estamos aqui representando usuários também no meu caso, e em tão poucas vezes vi alguém defender com tanta veemência que esse sistema se dirija a pessoa para ter o cuidado de ser respeitado e melhor em favor das pessoas dos usuários do SUS. E dizer também que ela destacou e falou algumas coisas que muitos de nós usuários falamos lá na ponta, a questão da filantropia e de outras tantas coisas que existem por aí no sistema e que nós devemos ter muito cuidado. Então, eu queria na minha fala destacar e solicitar agora à Secretaria Executiva que me perdoe, solicitar a íntegra da fala da promotora esteja na nossa ata, porque foi de fato uma aula que nós tivemos aqui, e que sirva talvez como subsídio para as discussões. E um último destaque que eu gostaria de fazer é justamente a questão do Conselho, da representação de usuários, e acho que esse é um debate que tem que ser feito nacionalmente, e deixar como indicativo ao nosso secretário que realmente avalie a possibilidade de que quem sabe a primeira atitude que vá convencer a nós usuários de que no Estado da Bahia as coisas estão mudando e que o secretário deixe o cargo de Presidente, através da mudança do Conselho, permitindo uma eleição efetiva e com uma representação de fato dentro do Conselho. Não que o secretário ou a gestão não faça parte do Conselho. É parte integrante como a própria Resolução diz, mas eu acho que seria um bom exemplo, porque quem faz um plano municipal ou estadual de Saúde e depois aprova o seu relatório de gestão, não deveria ser o gestor ou o Cabeça. O **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** disse: Secretário, até dez minutos para se manifestar. Até dez, com sua capacidade muito afiada de síntese, se puder ser cinco, seis ou sete. **Jorge José Santos Pereira Solla**

1764 – **Secretário de saúde da Bahia e Presidente do CES/BA** disse: eu vou tentar pegar muitas questões
1765 importantes aqui, eu vou começar pelo final. Volmir veja só. Eu sou daqueles que defendem que se
1766 cumpra a lei. Se a gente é contra a lei, nós temos que mudar a lei. Nós temos uma posição contrária à
1767 lei vigente da composição e regimento e funcionamento do Conselho Estadual de Saúde. Tanto é que o
1768 Conselho Estadual sentou, discutiu, aprovou uma nova proposta de lei que foi acatada pela Secretaria
1769 Estadual, que foi acatada pelo Governador, o Governador encaminhou para a Assembléia Legislativa e
1770 estamos fazendo gestão na Assembléia Legislativa para aprovar. Agora, enquanto a lei não for altera-
1771 da, eu não considero adequado que a gente por decisão do Conselho ou da própria secretaria exclua
1772 Conselheiros, que eu até concordo totalmente com a doutora Itana, só não acho que podemos sem
1773 mudar a lei retirar essas instituições do Conselho, porque elas estão aprovadas e estão parte do Con-
1774 selho pela legislação. Da mesma forma, até que a lei seja alterada, eu me sinto obrigado a continuar
1775 como Presidente do Conselho. Eu acho que isso não é nenhum demérito do processo democrático.
1776 Pelo contrário, até porque quem aprova o relatório de gestão não é o Presidente do Conselho, quem
1777 aprova são os Conselheiros. E mais, nenhum relatório foi feito de avaliação e nenhuma das contas
1778 trimestrais ou anual, por um representante dos gestores. Sempre foi representante um dos trabalhado-
1779 res ou usuários que analisaram e deram o parecer. Sobre a gravidez na adolescência, morte materna,
1780 concordo Santinha a sua preocupação não é ligadura. Não vai dar tempo de descrever, mas é um pro-
1781 jeto bem interessante que estamos fazendo com a OPAS, que é criar espaço por parte dos adolescen-
1782 tes que faça uma abordagem diferenciada. Essa jovem tem necessidade não só de uma abordagem do
1783 obstetra, mas também de profissionais que percebam a dificuldade que ela enfrenta e a peculiaridade
1784 daquele momento, e esse momento é um momento de captar ela para a continuidade do cuidado para
1785 que ela possa ter acesso ao planejamento familiar no método mais adequado para ela. Então, desde a
1786 humanização da porta de entrada ao parto até a continuidade, essa é uma abordagem que está sendo
1787 feita que eu acho que é importante, e a questão do aborto como primeira causa de morte materna, me
1788 desculpe, mas não é só na Bahia. O problema é que nós temos pouca investigação e pouco estudo. É
1789 um problema muito maior no Brasil inteiro do que os dados e as nossas estatísticas apresentam. Sobre
1790 a visita aos Quilombos: Na nossa compreensão quem planta as ações na população quilombola são os
1791 municípios. Nós estamos inclusive investindo em construção de unidade de Saúde da Família, quando
1792 aparece no relatório é porque o papel nosso é de supervisão técnica, é de fomentar política, é de pre-
1793 parar assessoria técnica e não de executar as ações que são executadas pelas Secretarias Municipais.
1794 E tem um importante aceno do estado que é política institucional que é executada não só na Saúde,
1795 mas em outras áreas. Sobre a violência: me permita também, morte de jovens negros na periferia, infe-
1796 lizmente não acontece só em nosso estado, é um drama de nosso país, é uma realidade das nossas
1797 grandes cidades, é a realidade dos principais municípios no Brasil, e hoje infelizmente também não está
1798 só nas capitais. A violência está penetrando em todas as cidades e população negra como população
1799 mais excluída socialmente é a que mais sofre com a violência, e não só dos policiais, a violência que
1800 está permeando diversas esferas da vida urbana, infelizmente. E nós temos que enfrentar e nós esta-
1801 mos implantando uma política importante que é o observatório da violência. Eu não conheço em outros
1802 estados, mas nós implantamos recentemente e estamos em processo de potencializar um observatório
1803 que reúne várias instituições, saúde, segurança, educação, área de assistência social para estar cons-
1804 truindo e acompanhando para essas questões. Sobre o blackout dos profissionais de Saúde: eu queria
1805 convidar o Conselho para se debruçar sobre isso. Nós precisamos ter clareza que o SUS ampliou muito
1806 o número de postos de trabalho e o blackout não vai ter Fernando, já está tendo. Não é por acaso a
1807 questão que o Arilson colocou, não é por acaso que o Brasil inteiro, em média 30% das unidades de
1808 Saúde da Família não tem médico. Não é por acaso você encontra o mesmo psiquiatra responsável por
1809 quatro ou cinco CAPs, porque você aumentou o número de serviços, aumentou o número de postos de
1810 trabalho e não aumentou o número de profissionais. Enquanto o Brasil não tiver ampliação médica, é
1811 um absurdo o que estamos fazendo, nós estamos dando um tiro no pé, nós estamos investindo dinheiro
1812 para abrir serviços, para potencializar assistência e não estamos formando profissionais médicos. Vou
1813 dar um exemplo. Salvador eu já comentei aqui, mas vou dar mais um dado. Infelizmente, companhei-
1814 ros, nós abrimos concurso agora, enfermeiros nós estamos bem. Tivemos agora inscrição de 16 mil
1815 enfermeiros do Brasil inteiro. Nós temos enfermeiro hoje em número suficiente. Temos hoje fisiotera-
1816 peutas em número suficiente, temos psicólogo em número suficiente. Odontólogos em número suficien-
1817 te. Não temos médicos. Trabalha-se um parâmetro da época de 30 a 40 anos atrás, e trabalha-se um
1818 parâmetro que pode ser aplicado a países que não tem sistema público universal. País que tem siste-
1819 ma público universal, não pode trabalhar com número de médicos por habitantes que a cooperação
1820 médica quer impor à sociedade para garantir reserva de mercado. É um absurdo o que a gente vê hoje,
1821 que os cursos de enfermagem, continua abrindo curso de Enfermagem em tudo e qualquer lugar, ape-
1822 sar de não precisar, continua abrindo curso de Fisioterapia em tudo quanto é lugar, agora não abre
1823 curso de Medicina, porque é a única profissão de saúde que tem o déficit gigantesco nesse país. Ou a
1824 gente muda essa concepção ou todos os órgãos e instâncias e militantes do SUS vão continuar dando

1825 tiro no pé. Porque enquanto a Inglaterra, que é um dos países mais ricos do mundo importa médicos
1826 da Índia e do Paquistão para assistir sua população, nós nos damos ao luxo de ter aqui hoje no Brasil
1827 centenas de brasileiros formados no exterior, sem poder exercer, não é só em Cuba, em vários países
1828 sem poder exercer. Nós temos hoje na Bahia índios que a população indígena investiu, mandou formar
1829 em Cuba, voltaram e não podem exercer Medicina para sua população que investiu na sua formação.
1830 Ou a gente enfrenta isso, compra a briga com a corporação médica. O REUNE abriu e ampliou vagas
1831 para todos os cursos. Ampliou na área de humanas, exatas, números gigantescos. O único curso que o
1832 REUNE não conseguiu mover uma pedra e não conseguiu aumentar vaga foi Medicina, porque a corpo-
1833 ração não deixa. Enquanto nós não tivermos uma atitude de enfrentamento disso e abriremos vaga para
1834 formar médico nesse país, a cada dia que passa vai ficar pior. Nós enfrentamos uma greve de cirurgi-
1835 ões no interior do estado que depois de três dias de greve a liderança deles chegou e me disse assim:
1836 “Doutor Solla, a diferença é que a quatro anos atrás tinha meia dúzia de contratantes. Agora tem qua-
1837 trocentos e tantos contratantes. Nós só vamos ficar em quem pagar melhor, nós somos poucos e o
1838 mercado é isso.” Essa é a dura realidade que os gestores estão enfrentando hoje na realidade de mer-
1839 cado. A questão das fundações aí eu queria colocar superação dos dogmas. Arilson colocou muito
1840 bem. Eu estou ficando muito velho, mas cada dia que passa estou menos dogmático e estou me sen-
1841 tindo mais à vontade de enfrentar as necessidades da realidade superando cada vez mais o dogma. Eu
1842 acho que nós temos que separar e fazer debate amplo e adequado desse problema. O Conselho Esta-
1843 dual de Saúde acho que fica muito à vontade para tratar disso, porque o Conselho Estadual de Saúde
1844 está baseado na Resolução da Conferência Estadual de Saúde que aprovou as Fundações Estatais
1845 como uma modalidade de gestão do SUS, o Conselho aprovou, a conferência aprovou. Nós precisa-
1846 mos separar terceirização tradicional de empresa que é uma coisa, OS é outra, fundação estatal é ou-
1847 tra. Fundação estatal não é privatização, vamos parar de fazer esse discurso vazio, vamos trabalhar
1848 concretamente. Fundação estatal é instituição pública por sua constituição, por sua natureza, por seu
1849 patrimônio e por sua finalidade. 100% SUS e 100% pública. Ela é de direito privado e isso significa que
1850 ela pode utilizar, e aí me permita entrar numa área que não sou especialista como a doutora Itana, ela
1851 pode usar do direito privado para alcançar as suas finalidades e estabelecer seu modo de operação. A
1852 fundação estatal de Saúde da Família, quem dirige é o Conselho dos Municípios, tem o Conselho Cu-
1853 rador com representação da sociedade civil, todos os seus dirigentes são nomeados pelos represen-
1854 tes das prefeituras, e ela é uma administração indireta do poder público municipal que se articula para
1855 superar as dificuldades de um lado da administração pública tradicional que não consegue dar conta
1856 das necessidades da Gestão em Saúde, e do outro lado da pulverização das gestões municipais, que
1857 cada uma isoladamente não vai dar conta de resolver. Então acho que a fundação pública de direito
1858 privado, a segurança jurídica nós vamos construir essa segurança jurídica. Ela não está dada hoje. Eu
1859 diria até que ela não está mais dada hoje, porque nós não conseguimos equacionar os setores popula-
1860 res para entenderem e compreenderem que enquanto nós não construirmos uma alternativa adequada
1861 para a gestão pública, nós vamos estar reféns de alternativas que vem do setor privado. Porque as OS
1862 estão expandindo no Brasil inteiro? Porque enquanto não tiver alternativa pública para a gestão, a OS
1863 vai ser realmente uma opção, porque a administração direta é inviável nos marcos hoje estabelecidos
1864 da legislação vigente. Nós precisamos sim, não acho que OS resolve os problemas, não acho que a
1865 gestão pública é ineficiente, pelo contrário. Nós estamos apostando em potencializar a gestão pública.
1866 Se não fosse assim, era muito simples utilizar apenas as alternativas junto a parceiros privados. Nós
1867 estamos investindo em criar lei, em viabilizar fundação estatal pública de direito privado, porque com-
1868 preendemos não só que a gestão pública deve ser priorizada, como precisamos transformá-la para
1869 torná-la mais eficiente, torná-la mais competitiva, torná-la mais eficaz e torná-la cada dia mais adequa-
1870 da a cumprir o objetivo finalístico. E objetivo finalístico, eu sou profissional de Saúde, mas objetivo fina-
1871 lístico não é a satisfação dos profissionais de Saúde. Objetivo finalístico não é alcance do programa de
1872 governo pelos gestores. O objetivo finalístico é assegurar as necessidades de assistência quantitativa-
1873 mente e qualitativamente do usuário. Esse é o objetivo finalístico do Sistema de Saúde. Não é fazer
1874 um milhão de consultas e um milhão de internamentos, é resolver a necessidade de Saúde do usuário
1875 e isso significa dotar a administração pública de mecanismos ágeis, eficientes e que possam viabilizar
1876 este, por isso que nós estamos apostando na fundação estatal. E, por favor, quero continuar esse de-
1877 bate, mas não vou achar que é um debate produtivo a gente discutir fundação estatal como sendo si-
1878 nônimo de privatização, e não acho produtivo igualar a fundação estatal a terceirização. Fundação esta-
1879 tal é administração pública, administração pública indireta e moderna. Os Sistemas Públicos de Saúde
1880 na Espanha, Portugal, Inglaterra e França que são semelhantes do ponto de vista da universalidade,
1881 todos eles montaram estrutura de administração indireta para fazer a gestão do serviço do Sistema de
1882 Saúde. A Promotora **Itana Santos Araújo Viana – Promotora de Justiça do Ministério Público Es-
1883 tadual da Bahia** disse que: dos itens que eu anotei que foram dirigidos a mim, também tinha a questão
1884 da privatização. A maior preocupação que eu tenho é não gerar desassistência. Tanto que para tomar
1885 uma medida em relação a um gestor, eu vou conversar com ele dizendo, no caso dos contratos, porque

1886 eu não arguo a nulidade de todos e digo todos estão suspensos? Porque eu vou gerar desassistência.
1887 Olha, ortopedia no município de Salvador, não tem um contrato. É de boca. Mas se eu disser ao gestor
1888 que eu já fiz por escrito para ele adotar providências sem gerar desassistência, porque se de repente,
1889 todos aqueles serviços que são os únicos que têm, Salvador não tem uma unidade pública de assistên-
1890 cia em ortopedia. Se todos são suspensos, o povo não vai ter nenhuma assistência, a não ser os hospi-
1891 tais públicos da CESAB. Então, é preciso aquela coisa da finalidade principal. Nós não podemos gerar
1892 desassistência e deixar pessoas desassistidas por uma questão legal, dogmática. Eu acho que temos
1893 que chegar a uma discussão que contemple as mudanças de paradigmas do estado moderno para a
1894 pós modernidade com as emperações que existem na administração pública, para encontrarmos uma
1895 solução que ainda não apareceu, ainda não surgiu, mas que contemple aquilo que nós queremos com
1896 aquilo que nós podemos. Outra coisa, a questão do respeito e apreço do controle social. Olha, nós
1897 lutamos tanto por esse respeito e apreço, que na última conferência de Saúde, na 13ª, nós do Ministério
1898 Público Nacional estávamos com um standy da AMPASA que é a nossa Associação de Promotores
1899 da Saúde, e quando vimos a quantidade de Conselheiros desse Brasil todo que chegavam para nos
1900 perguntar como resolvia isso, como fazia aquilo, nós montamos computadores, pegamos no Ministério
1901 Público de Brasília computadores e fizemos uma consultoria ali. E na próxima nós vamos estar organi-
1902 zados para atender o público, os Conselheiros para tirar dúvidas legais que eles têm e que não tem
1903 quem lhes assista pelo interior, porque nem os municípios têm assessoria jurídica, quanto mais o Con-
1904 selheiro. Agora, eu não sei os nomes daqui, mas com relação à população negra. Se eu tiver o seu
1905 endereço, eu vou lhe mandar um trabalho feito anos atrás quando houve uma enorme onda de exter-
1906 mínio de jovens do subúrbio ferroviário entre 15 e 29 anos e que nos assustou ao Ministério Público de
1907 tal forma, que nós fomos para dentro do IML ver a procedência dessas pessoas, e víamos assim 90%
1908 de negros. Então nós chamamos a Universidade Federal para uma parceria e o nosso memorável Gei-
1909 se Pinheiro um grande antropólogo e sociólogo da Bahia que faleceu há uns dois anos atrás, ele co-
1910 mandou uma pesquisa que nós fizemos um livro com essa pesquisa. Ele chegou a um diagnóstico. Na
1911 realidade tinha envolvimento da polícia sim, mas existiam grupos de extermínio para policiais, contrata-
1912 dos por comerciantes para matar aqueles meninos que envolvidos com a droga, que fazendo trabalho
1913 de avião perturbavam o comércio deles. Isso é uma questão. E finalmente. O discurso uníssono que foi
1914 abordado é que a maioria dos itens que o doutor Solla apresentou eles já foram discutidos. Eles já che-
1915 garam a um ponto em que nós já chegamos, aquilo está dentro da legalidade. Porque ele disse aí que
1916 o concurso está parado pelo Ministério Público, porque existe uma divergência entre o entendimento do
1917 Ministério Público e como o concurso está sendo realizado. Existe sim. Recentemente teve um proble-
1918 ma com o edital do hospital da Chapada. O Ministério Público entrou, parou, vamos ver como conserta.
1919 Então não existe essa combinação, não. Nós temos responsabilidade cada qual com o seu papel. Ago-
1920 ra, temos também que ter respeito por quem merece respeito. Doutor Solla é um homem que é mestre
1921 e doutor em Saúde Pública. Formado numa unidade de extremo respeito, onde eu também tive a felici-
1922 dade de obter o meu título de mestre em Saúde Comunitária. Ele brinca e diz que eu sou a única pro-
1923 motora sanitária do Brasil. E então, eu quero colocar que as questões colocadas sobre a assembléia,
1924 para nós lidarmos com o poder legislativo, que tem uma função precípua na constituição, nós não po-
1925 demos por uma legislação do SUS superar essa legislação constitucional que é organização de pode-
1926 res do estado, senão eu já tinha processado, por causa do Conselho, porque pasmem, a própria As-
1927 sembléia Legislativa que é fiscal nato, que aprova orçamento, eles têm assento no Conselho. E não vão
1928 lá. Como também nas prestações de contas. Eu queria até saber se aqui, quando o gestor presta con-
1929 tas à Câmara de Deputados se os Deputados estão lá? Porque lá eu acompanho as prestações e não
1930 vai um deputado. É prestado contas para o público que vai lá e que tem interesse. Então, essas omis-
1931 sões são omissões também que nós precisamos denunciar e brigar com elas. Então, eu gostei muito
1932 das observações, e agente sempre soma quando ouve, porque o conhecimento nada mais é do que
1933 essa socialização de saberes. E eu quero agradecer realmente essa oportunidade. **Josivaldo de Je-
1934 sus Gonçalves – Conselheiro Estadual de Saúde da Bahia** disse: Primeiro quero colocar aqui de
1935 que transpareceu na minha fala de que o controle social ou a representação dos usuários é complacen-
1936 te com as ações no estado ou comunga cordialmente com a gestão. E não é assim. Quando nós colo-
1937 camos de que gestões passadas e que nós tínhamos dificuldade de ter acesso às informações e difi-
1938 culdade de encaminhar nossas deliberações, e que claro, quando não conseguíamos, encaminháva-
1939 mos ao Ministério Público e com essa administração, nós temos um diálogo mais aberto. Que é o quê?
1940 É ter acesso à ocupação, às contas e quando eu disse que a direção do FEBAS no estado se debruça
1941 junto aos Conselheiros que tem a comissão de acompanhamento e orçamento, é porque realmente tem
1942 feito isso, nós temos pedido notas técnicas, e aí eu queria até Senhor Presidente convidar que uma
1943 comissão ou que a Comissão de Orçamento pudesse estar participando da próxima reunião nossa, que
1944 acho que é agora que vai ter o relatório de gestão mais apresentado e ver como que é apresentado o
1945 relatório de gestão ou o da própria prestação de contas. Onde além de estarmos aprovando ou não,
1946 colocamos as nossas recomendações no relatório. A outra questão, que aí a Jurema colocou que estou

1947 satisfeito na minha colocação, não é que estejamos satisfeitos, não. Temos colocado sim as nossas
1948 questões, reivindicado e protestado. E participado efetivamente. Está lá o MOBILIZA SUS, onde temos
1949 ido junto com a equipe da Secretaria e o próprio Conselho, porque lá é dividido por comissões, e temos
1950 acompanhado a questão das capacitações dos Conselheiros Municipais, e essa questão da fundação
1951 estatal que aí fala sobre a questão das OSCIPs e da privatização. Eu sou contrário, a minha entidade e
1952 uma boa parte dos usuários e principalmente da representatividade dos trabalhadores foi contrária à
1953 Fundação Estatal e qualquer outro meio de privatização. Inclusive nós fomos contra na conferência,
1954 mas foi aprovado, nós fomos contra no Conselho, mas foi aprovado. Então nós também não podemos ir
1955 contra à maioria. A maioria do Conselho aprovou a Fundação Estatal. No sentido de que está cami-
1956 nhando, ela colocou aqui que foi aberto edital para seleção, para o concurso, várias pessoas se inscre-
1957 veram. Então assim, isso não quer dizer, porque o Conselho aprovou de que a conferência aprovou,
1958 mas que a totalidade dos Conselheiros que estão lá e principalmente o usuário é complacente. E aí
1959 vamos convir que não sei se aqui 100% dos Conselheiros do Conselho Nacional é contrário à fundação
1960 estatal ou é a favor, ou quantos são a favor da Fundação Estatal e a questão das OSCIPs. Esse grupo
1961 menor tem combatido? Tem. Porque nós estamos indo in locu? Na minha fala eu coloquei que estou
1962 com processo das obras sociais Irmã Dulce que está administrando esse hospital. Nós estamos indo lá
1963 justamente para ver in locu com a comunidade, com a gestão, ver como é que está prestado esse ser-
1964 viço. Por fim, o Volmir colocou da questão de uma denúncia, eu não entendi direito, porque na realida-
1965 de o Conselho Estadual não denunciou nada aqui para o Conselho Nacional e o que mudou, não existe
1966 uma mudança do controle social lá, no sentido de que não possa combater as mazelas, caso haja, ou
1967 que é omissa a essa situação. Não somos omissos, não! Quero dizer que estamos lá atuando e reforço
1968 para encerrar minha fala, o convite de que uma Comissão do Conselho Nacional possa estar visitando
1969 lá e até conversar com outros Conselheiros também que é importante e participar das nossas reuniões
1970 que antes, Presidente, para fechar mesmo, eram reuniões fechadas no gabinete do Ex-Presidente que
1971 era o Secretário também e que a população não tinha acesso. E hoje, nós conseguimos isso, é aberto
1972 para todos que queiram participar e todas as nossas reuniões são lotadas, e às vezes faltam cadeiras
1973 para as pessoas sentarem. O Conselheiro **Luiz Antônio Silva Alves** pediu ao Presidente que desse
1974 dois minutos ao doutor Solla para falar da parceria público privada internacional que ele acabou não
1975 falando, e é a primeira novidade. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** con-
1976 cedeu dois minutos, mas alertou que o tempo já estava esgotado. **Jorge José Santos Pereira Solla –**
1977 **Secretário de saúde da Bahia e Presidente do CES/BA** Eu não tive condição de terminar a pauta,
1978 Júnior me falou que estava acabando o tempo. Só duas coisas que você pegou, Luiz. O município
1979 participa da gestão do hospital e um daqueles cinco hospitais é municipalizado e os outros estão sob
1980 gestão direta do estado, mas todo o processo de ampliação e planejamento e investimento da rede,
1981 toda a rede, inclusive os hospitais, foi discutida na bipartite, aprovada na bipartite. E dos três que nós
1982 estamos em processo agora dois deles vão ficar com gestão de município e então tudo isso está sendo
1983 negociado em função de cada situação. O projeto parceria público privada, o primeiro do Brasil é do
1984 hospital do subúrbio. É o hospital de emergência que tem características diferenciadas, não vou ter
1985 tempo de discorrer aqui, toda documentação está no nosso site, na Internet quem quiser ter acesso. Eu
1986 não conheço, pode até existir, mas eu não conheço nenhum hospital no Brasil que teve nível de plane-
1987 jamento e programação que esse hospital teve. Nós contratamos a consultoria do convênio com o Ban-
1988 co Mundial, e essa consultoria montou uma equipe de profissionais aqui do Brasil e trouxe gente de fora
1989 do Brasil, e foi feito todo o dimensionamento de necessidade e dimensionamento de pessoal, especifi-
1990 cação de equipamento, montagem da programação, então toda a conformação foi feita. Essa parceria
1991 público privado, o estado construiu o hospital e está acabando a construção para junho. Então o inves-
1992 timento é de 47 milhões do Governo do Estado na obra e o parceiro privado entra com os equipamen-
1993 tos e toda a atualização tecnológica tem uma série de detalhes, porque não basta colocar os equipa-
1994 mentos, tem que ir atualizando os equipamentos com o tempo e dando manutenção e fica com a ges-
1995 tão por dez anos. Ao final de dez anos esse patrimônio de equipamentos atualizado passa a fazer parte
1996 do patrimônio do estado. Foi feito um leilão, dois grandes grupos participaram. Um formado por empre-
1997 sas do eixo Rio-São Paulo, e um formado por uma empresa da Bahia que é a PROMEDICA, e uma
1998 empresa francesa que é a Dalker que participa de gestão de centenas de hospitais na Europa e partici-
1999 pa da gestão da Santa Casa de Misericórdia em São Paulo, em todo o complexo da Santa Casa, são
2000 contratados pela Santa Casa. Esse grupo ganhou e uma questão também sobre o custo. Nós vamos ter
2001 uma economia de mais de 30% com esse contrato em relação ao que nós gastaríamos, se nós fôsse-
2002 mos contratar cada serviço de forma separada e fosse comprar diretamente pelo poder público. Infeliz-
2003 mente essa é a realidade. E um detalhe importante. É um contrato que tem não só metas quantitativas,
2004 como também tem parâmetros qualitativos bastante rigorosos e tem experiência em inspeção hospitalar
2005 e o contrato exige que a empresa parceira privada, ela tem que contratar uma empresa de auditoria que
2006 o estado vai definir qual é para fazer uma auditoria externa. Então, vai ter controle e auditoria por parte
2007 da Secretaria Estadual, a auditoria de uma empresa de auditoria privada, contratada e designada pelo

estado para manter uma auditoria externa do contrato. Então é um mecanismo interessante e acho que faz parte da discussão desse momento e da superação dos dogmas e alguns projetos dessa natureza podem ser extremamente importantes para a gente avançar no acesso em algumas áreas. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** agradeceu e passou aos encaminhamentos: Antes quero dar algumas informações que eu acho relevante. Primeiro em relação à composição do Conselho, o Conselho Nacional de Saúde criar um grupo para discutir a Resolução 333. Para deixar bem claro o que o Conselho pensa a respeito da composição, porque existem realmente algumas pendências na Resolução 333. Segundo que nós já temos muito claramente o debate realizado a respeito de Fundação e OS e não vamos entrar aqui no mérito desse debate. Terceiro que o Estado da Bahia está pautado aqui, primeiro porque foi feita uma denúncia formal na última Plenária Nacional do Conselho de Saúde. Vários Conselheiros Estaduais de Saúde da Bahia pegaram o microfone e cobraram do Conselho Nacional um debate a respeito de terceirização por OSs e por outros meios, enfim. Então o Conselho aquiescendo essa denúncia que foi feita, resolveu pautar na mesma lógica de estados que também foram pautados por terem o mesmo problema de terceirização através de OS, OSCIP e congêneres. Então que fique bem claro qual o motivo da reunião. O encaminhamento que a mesa diretora está fazendo e o Conselho está fazendo em situações como essa depois do debate, e diante da confirmação do governo que a proposta realmente é da terceirização e ampliação dela, e entendendo, e aí uma observação que acho importante também, o Conselho Nacional entendendo que realmente as dificuldades colocadas hoje para a gestão do sistema são incomensuráveis, o Conselho tem uma agenda política definida que trata do financiamento, que trata da gestão e que trata da democratização e que trata da profissionalização e que trata da relação público-privada, e essa agenda está pactuada com o CONASS e CONASEMS e Ministério da Saúde e deve ser entregue ao Presidente Lula nos próximos momentos uma audiência conjunta com todos esses colegiados. E aí o Conselho está dizendo também, porque nós ouvimos aqui algumas falas que me deixou preocupado. Passa-se essa impressão de que a legislação do SUS é responsável pelas dificuldades que o sistema enfrenta. Nós temos interpretação inversa. O descumprimento da legislação do SUS é que é responsável pelas dificuldades que ele enfrenta. No nosso entendimento a legislação do SUS que é a mais avançada do mundo, se fosse cumprida plenamente, inclusive em relação à gestão do trabalho, temos clareza que a situação seria outra. Em relação à terceirização, quando nós debatemos esse tema com os estados, debatemos com o Distrito Federal, debatemos com São Paulo, debatemos com Pernambuco, hoje é Bahia e na próxima é o Rio de Janeiro. Nós estamos nos baseando, principalmente na Lei Orgânica do SUS, no artigo dezessete que diz: “A direção estadual do Sistema Único de Saúde compete:” Inciso dez. “Coordenar a Rede Estadual de laboratório de Saúde Pública e Hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa.” Então, no entendimento do Conselho Nacional de Saúde não há qualquer hipótese na nossa legislação de entregar para empresas privadas a gerência daquilo que é público. Em função disso e em função de toda a legislação é que a mesa tem encaminhado situações como essa. O cumprimento do que diz a legislação no parágrafo único do artigo quatro da Lei 8142. “Deliberar que os recursos repassados mensalmente pelo Ministério da Saúde para a Secretaria de Estado da Bahia passem a ser administrados pela União de acordo exatamente com o parágrafo único do artigo quatro da lei 8142.” Uma questão de ordem, promotora. **Itana Santos Araújo Viana – Promotora de Justiça do Ministério Público Estadual da Bahia** A constituição que eu falei é superior a qualquer outra, a lei orgânica do SUS é uma lei inferior à constituição, ela diz claramente que a iniciativa privada poderá participar do SUS com prioridade para os sem os fins lucrativos. Isso é o que diz a constituição da república. Uma lei que está hierárquicamente abaixo dela não pode modificar o que nela está. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** OK, promotora, um entendimento nosso. Questão de ordem para o Secretário Solla. **Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário de saúde da Bahia e Presidente do CES/BA** Me permita, por mais tranquilidade que a gente tenha que ter, eu não posso deixar de me indignar de ter sido convidado pelo Conselho Nacional de Saúde para vir nessa reunião falar sobre a Situação de Saúde no Estado, e na verdade chegar à conclusão agora que isso aqui foi um tribunal montado com a Resolução previamente estabelecida, e que queria apenas que eu testemunhasse aqui que nós temos contratos com OS e outras modalidades. Júnior, era muito mais legítimo e honesto por parte do Conselho Nacional de Saúde convidar a Secretaria de Saúde da Bahia para vir aqui falar de terceirização e vir aqui discutir o assunto e não usar de subterfúgio desse tipo. Minha questão de ordem é que esse tipo de discussão aqui é completamente inadequada do ponto de vista de honestidade na relação entre gestores, usuários e controle social. Eu quero deixar meu protesto, porque eu não vim aqui para fazer um atesto que estamos privatizando a Saúde. Eu fui convidado aqui pelo Conselho Nacional de Saúde para falar sobre a situação de Saúde do Estado da Bahia. A situação de Saúde do Estado da Bahia não é discussão de OS, não. É o que nós trouxemos aqui, é condição de vida e saúde da nossa população. Eu acho desonesto da parte sua estar com a Resolução pronta aqui de penalizar a Bahia de não repassar recursos da união. E me permita Júnior, além de desonesta é uma postura completamente ineficaz, porque não tem Ministro da Saúde nem Governo

2069 Federal, nem o Presidente Lula, e nem a futura Presidente da República, vão concordar com uma deci-
 2070 são irresponsável dessa. A Dra. **Itana Santos Araújo Viana – Promotora de Justiça do Ministério**
 2071 **Público Estadual da Bahia** disse: Eu represento uma instituição. Eu estou aqui representando o Pro-
 2072 curador Geral do Estado da Bahia. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**
 2073 disse: Promotora, todo mundo vai ter a oportunidade de se manifestar. Não estamos cerceando nin-
 2074 guém. Questão de ordem. Nós ouvimos sua questão de ordem e concluímos a questão de ordem. A
 2075 Dra. **Itana Santos Araújo Viana – Promotora de Justiça do Ministério Público Estadual da Bahia**
 2076 disse: mas depois que eu soube que já há uma decisão com encaminhamento. **Francisco Batista Jú-**
 2077 **nior – Presidente do CNS** respondeu que não tem o estado da Bahia aqui não. A Dra. **Itana Santos**
 2078 **Araújo Viana – Promotora de Justiça do Ministério Público Estadual da Bahia** reiterou: mas está
 2079 dito aí o encaminhamento e nem pauta nos foi enviada. Eu vim para aqui sem saber a pauta dessa
 2080 reunião, eu represento uma instituição independente que não pertence a nenhum poder do estado. Nós
 2081 não estamos submetidos ao judiciário, nem ao executivo e nem ao legislativo. É um poder independen-
 2082 te. Se vossa excelência, se vossa excelência dentro do Conselho entender que há erros no Ministério
 2083 Público, o Ministério Público tem Corregedoria para que vossa excelência represente. O Conselheiro
 2084 **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** pediu: Por favor Promotora, a Senhora quer manter a
 2085 calma? A Dra. **Itana Santos Araújo Viana – Promotora de Justiça do Ministério Público Estadual**
 2086 **da Bahia** continuou: Represente e não nos fazer o engodo, nos convidar sem enviar a pauta numa
 2087 armadilha para nos expor aqui uma instituição que tem respeito nessa nação ao ridículo, a uma exposi-
 2088 ção pública de uma instituição que é respeitada no Brasil todo. Eu só não me retiro nesse momento,
 2089 Senhor Presidente, em respeito às instituições que estão aqui presentes, representadas. O Conselheiro
 2090 **Fernando Donato Vasconcelos** solicitou ao presidente, com base no regimento interno, vistas a essa
 2091 discussão. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** respondeu que não tem
 2092 vistas nessa discussão. O Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** reiterou: Tem vistas sim. O
 2093 senhor está propondo. O senhor está falando. O senhor está propondo uma Resolução. O Conselheiro
 2094 **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** respondeu: Eu não, o Conselho Nacional de Saúde. O
 2095 Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** insistiu: O senhor, na sua pessoa de presidente e eu
 2096 como Conselheiro, com base no regimento interno estou pedindo vistas, e o regimento interno diz que
 2097 se um Conselheiro pede vistas a discussão é suspensa e eu tenho até a próxima reunião para apresen-
 2098 tar um parecer alternativo. É isso que está no regimento interno. O regimento interno prevê que a dis-
 2099 cussão seja suspensa. O senhor deve conhecer o regimento interno com tanto tempo que o senhor tem
 2100 como Presidente. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** passou a palavra ao
 2101 Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** que disse: Eu acredito que este Conselho tem a maturidade
 2102 suficiente para não tratar todos os casos da mesma maneira. Que nós não tratemos e não tenhamos
 2103 uma Resolução redigida já com o texto antecipadamente pronto para todas as questões que se apre-
 2104 sentarem aqui. A minha questão de ordem é a seguinte, Presidente. Que nós suspendamos a proposta
 2105 que o senhor acabou de apresentar de Resolução com relação ao Estado da Bahia. CONASEMS, CO-
 2106 NASS, Ministério da Saúde junto à sua pessoa já discutimos a dificuldade de nós trabalharmos nas
 2107 questões de gestão com uma posição de transição com relação às propostas que nós apresentamos na
 2108 caravana do SUS. Nós tiramos, Presidente, propostas importantes na caravana do SUS para conse-
 2109 quência do Sistema Único de Saúde. Estou tentando embasar meu encaminhamento, Presidente, se o
 2110 senhor me permite. Para concluir, Presidente, se for permitido, nós temos uma postura de que todas
 2111 aquelas questões que nós encaminhamos na caravana da Saúde, elas vão dar uma consequência para
 2112 o Sistema Único de Saúde e uma maturidade para que possamos trabalhar. Porém nós precisamos
 2113 trabalhar com o que é emergente. Precisamos garantir o acesso à população e precisamos ter regras
 2114 de transição para podermos chegar lá, e não podemos tratar da mesma forma. Existe uma concordân-
 2115 cia do Conselho Estadual de Saúde do estado da Bahia e existe Resolução de conferência no estado
 2116 da Bahia que este Conselho não pode ignorar. E existe um trabalho que é reconhecido pelo Ministério
 2117 Público que é aliado do controle social que sempre foi nosso aliado que tem que ser considerado. Que
 2118 nós não apliquemos esta Resolução ao Estado da Bahia, e que nós possamos fazer com tranquilidade
 2119 essa discussão, e que nós retomemos a discussão de Fundação Estatal aqui dentro desse Conselho,
 2120 porque tem muitos Conselheiros que não tem a mesma visão preponderante e a mesma visão que o
 2121 Presidente do Conselho tem. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** passou a
 2122 palavra à Conselheira **Maria Helena Machado de Souza** que levantou a seguinte ordem: Eu não sei
 2123 nem se é questão de ordem, é questão de bom senso. Pelo amor de Deus! É o cúmulo do absurdo o
 2124 que estou vendo aqui, me desculpa. Desrespeito aos convidados, ao Secretário, à Procuradora. Eu
 2125 acho uma exposição violenta ao Conselho Nacional. A minha questão de ordem é que a gente suspen-
 2126 da o ponto e não coloque essa questão. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do**
 2127 **CNS** disse que já foi feita essa questão de ordem. A Conselheira **Maria Helena Machado de Souza**
 2128 insistiu: Pois é. Mas eu acho que nós não podemos sair daqui, Presidente, que o nosso Secretário Solla
 2129 saia daqui com a imagem que nós estamos dando golpe. Eu não acho isso legal. Nós precisamos es-

clarecer. É isso que estou pedindo, que a gente tenha o bom senso, se acalme e a gente resolva isso. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** disse: Está havendo inscrição de encaminhamento. Eu gostaria que fosse diferente, porque até agora é basicamente um só encaminhamento. Então, há outro encaminhamento? O Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** pediu a palavra: Presidente, queria insistir que pedi vistas e cabe ao Presidente quando um Conselheiro pede vistas suspender a discussão e dar vistas ao Conselheiro. O Presidente não está cumprindo o regimento. Está desrespeitando. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** disse: O Presidente está acatando as inscrições e ouvindo todas elas pacientemente. O Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** respondeu: Não, o que eu fiz foi um pedido de vistas. O que eu quero saber é se o pedido de vistas será ou não cumprido? O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** disse: Estamos avaliando agora. Estou com ele aberto aqui na minha frente. O Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** respondeu: Mas o senhor não é dono do Conselho, não é dono do regimento. Embora o senhor pense, mas não é. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** disse: Vocês estão percebendo que estou mantendo a calma, mas não vou aceitar... O Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** continuou: É porque eu não aceito argumento de autoridade. Eu convivi com ditadura para aprender que eu não aceito argumento de autoridade. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** também continuou: Conviver com a ditadura todo mundo aqui conviveu. Então, por favor, Fernando. O Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** disse: Exatamente, argumento de autoridade não é argumento. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** disse: Eu quero inicialmente repudiar solene e violentamente as acusações que o Secretário Jorge Solla fez aqui. Quero repudiar. Conheço o Jorge Solla, conheço politicamente, conheço pessoalmente razoavelmente e não permito, e repudio veementemente o que o secretário fez aqui em relação ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde. E não foi ao Presidente, foi ao plenário. O Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** disse: É ao Presidente. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** reiterou: As acusações foram ao Conselho Nacional. Você quer deixar? O Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** insistiu no pedido: Eu quero que o Presidente que acate o pedido regimental de vistas. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** disse: Por favor, eu já ouvi todo mundo falar agora eu vou falar. O que o Presidente está fazendo aqui é cumprindo deliberações desse Pleno. É cumprindo orientações desse Pleno. Não estou fazendo nada que não seja decisão do Pleno do Conselho Nacional de Saúde. E então qualquer agressão como foi praticada aqui agora, quando não é o Presidente, mas o Pleno do Conselho Nacional de Saúde, que está sendo desrespeitado como jamais foi nesse Plenário, jamais. E o Conselho não pode acatar isso. No planejamento de ontem nós discutimos autonomia do Conselho, respeito ao controle social, e a gente não pode achar que o que está sendo feito aqui seja respeito ao controle social. É um desrespeito que jamais foi praticado nesse Pleno, nem por gestores ultraconservadores aconteceu o que está acontecendo aqui, e não vai ser por atores que se identificam como da reforma sanitária, que nós vamos acatar isso aqui. Então quero do Conselho a manifestação, porque eu não aceito nem pessoalmente e nem como Presidente desse Pleno. Reitero, não aceito. Não é para isso que existe Conselho Nacional de Saúde. Estamos fazendo debate com responsabilidade. No começo éramos acusados de fazer manipulação política, de atender somente aos governos que era oposição ao governo Lula, e a gente dizia não, estamos fazendo de forma responsável, fazendo debate que é correto de fundo ideológico. Se esse debate de fundo ideológico incomoda aqueles que traem os princípios do SUS, não nos cabe avaliar nesse momento. E que fique bem claro isso, muito claro mesmo. Mas eu quero acatar o pedido de vistas do Conselheiro. O artigo 24 diz que foi apresentado o tema e qualquer Conselheiro poderá pedir vistas para melhor avaliação do ponto de pauta, cabendo ao Conselheiro ser relator do processo remetendo-se a discussão para a reunião plenária subsequente conforme o calendário aprovado. Então, na próxima reunião vai estar pautada a Bahia outra vez aqui com seu relatório Conselheiro e vamos deliberar a respeito disso. Está encerrada a reunião. **Encaminhamento:** Aplicação da Legislação SUS conforme Resoluções de SP, DF, PE. (suspensa deliberação por força do Regimento Interno com Pedido de Vistas). 1. Pedido de Vistas – Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos**. **Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário de saúde da Bahia e Presidente do CES/BA** pediu esclarecimento, meu pedido é muito óbvio. A Bahia vai estar pautada na próxima reunião, estou subentendendo que é um novo convite para a Secretaria de Saúde participar. Nós fomos convidados pelo Conselho Nacional de Saúde. A pauta está aqui, situação do Estado de Saúde da Bahia, e a situação de saúde do estado da Bahia não é vir para cá para dizer se tem OS e aprovar o Conselho uma Resolução já previamente estabelecida para atacar a gestão do Estado da Bahia. Meu esclarecimento é que nós viemos aqui convidados para discutir situação de Saúde na Bahia, e meu esclarecimento é se na próxima reunião nós vamos discutir a situação de saúde do Estado da Bahia ou vai ser novamente um banco de réus contra a gestão pública que nós estamos fazendo? Porque se for, me permita, Júnior, deixem claro, eu quero saber a festa que sou convidado, que festa é. Nós viemos aqui convidados pelo Conselho Nacional de Saúde para discutir a situação de Saúde do Estado da Bahia e peço que o convite seja feito de

2191 forma adequada, porque se fizer de novo o que fez, eu novamente vou registrar que é uma forma de-
2192 sonesta de se lidar com debate político da Saúde. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presi-**
2193 **dente do CNSN** disse: Obrigado, nós já esclarecemos ao Secretário. O Conselheiro **Luiz Antônio Sil-**
2194 **va Neves** também pediu esclarecimento: Primeiro assim, eu não tinha entendido que tem Resolução
2195 prévia, ninguém tem aqui, deixa eu colocar minha questão de esclarecimento. Ninguém tem cheque em
2196 branco nesse Plenário para fazer Resolução prévia, aqui se debatem as coisas para decidir soberana-
2197 mente. Até porque o CEBES enquanto entidade aqui representada nunca autorizou esse tipo de coisa.
2198 Eu queria saber se tem na sua proposta aí uma retaliação do ponto de vista financeiro, se tem Resolu-
2199 ção prévia. Eu queria que esclarecesse isso. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do**
2200 **CNS** disse: Vou esclarecer duas coisas. Primeiro, esse Pleno aprovou que em todas as situações de
2201 terceirizações via OS e OSCIP os termos da Resolução seriam os mesmos, a fundamentação legal é
2202 basicamente a mesma. Não é que exista uma Resolução já pronta. Esse Pleno aprovou que a funda-
2203 mentação legal para se contrapor a terceirização via OS e OSCIP é uma só. E quando eu li o texto aqui
2204 li referente ao Estado de São Paulo, inclusive, apenas para ler o texto. Reproduzir o texto. Mas não
2205 existe Resolução pronta da Bahia, está aqui o texto para quem quiser. Isso aqui é referente ao Estado
2206 de São Paulo. Agora este Pleno aprovou que a fundamentação legal é basicamente a mesma. Até
2207 porque não pode ter tratamento diferenciado. Se São Paulo é OS e Bahia é OS, porque a fundamenta-
2208 ção é diferente? É a mesma coisa. Então Luizinho é isso, a fundamentação é a mesma. Segundo, Jor-
2209 ge Solla, como Presidente do Conselho e da mesa diretora. Estou entendendo que a partir de agora,
2210 depois da exposição feita hoje, o próximo ponto de pauta vai ser especificamente a terceirização da
2211 Gestão da Saúde da Bahia, esse é o entendimento nosso. Esse é o entendimento do plenário? OK.
2212 Mais algum esclarecimento? Podemos interromper para o lanche agora? **Jorge José Santos Pereira**
2213 **Solla – Secretário de saúde da Bahia e Presidente do CES/BA** disse: Então a situação da Saúde
2214 não importa, é só OS ou não OS. Agora é honesto pelo menos o convite. O Conselheiro **Jurandi Fru-**
2215 **tuoso Silva** disse: Tem que constar em ata desse Conselho que eu falei aqui a um mês atrás, que to-
2216 dos os estados do Brasil tem OS e OSCIP ou fundação. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior –**
2217 **Presidente do CNS** respondeu: Não é verdade, o meu não tem. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Sil-**
2218 **va** disse: Algum tipo tem então vamos fazer uma comitiva. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior –**
2219 **Presidente do CNS** disse: Nós debatemos isso, sem problema. Obrigado e interromper então para o
2220 nosso lanche. A Dra. **Itana Santos Araújo Viana – Promotora de Justiça do Ministério Público Es-**
2221 **tadual da Bahia** disse: Eu quero esclarecer ao Plenário de que as minhas atribuições limitam-se con-
2222 forme reza a constituição, às minhas atribuições, ou seja, as atribuições do Ministério Público do Estado
2223 da base, restringe ao estado da Bahia, mas eu não tenho voz, cortou a voz do Ministério Público. É
2224 uma questão de competência, é a constituição, que o Conselho leia a constituição para convidar o Mi-
2225 nistério Público estadual para um trabalho dessa natureza no Conselho Nacional. Tem que ser chama-
2226 do o Ministério Público Federal. Eu represento o meu estado e nós estamos numa federação. Numa
2227 federação. Eu não admito ingerência no meu estado. E olha, o CONASS, eu nunca estive no CONASS,
2228 tenho admiração pelos textos educativos que ele publica, agora isso que nós passamos aqui foi uma
2229 humilhação, foi uma vergonha. E eu quero dizer que levarei ao conhecimento do Procurador Geral da
2230 República, porque nós somos uma instituição independente que não pertence a nenhum poder, quanto
2231 mais a um Conselheiro. Pelo amor de Deus! E cadê a federação? Como é que um Conselho Nacional
2232 quer interferir no Estado da Federação? Senhores Conselheiros, pelo amor de Deus, leiam a constitui-
2233 ção, nós não podemos interferir no município lá no estado. Como é que pode, gente? É um absurdo
2234 que um órgão nacional esteja fazendo algo dessa natureza. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira**
2235 disse: Acho que agora nós vamos sair para o intervalo e voltamos com o debate na próxima reunião.
2236 **Intervalo para o Lanche.** Às 19h25, retornando do intervando para o Lanche, o Conselheiro **Francisco**
2237 **Batista Júnior – Presidente do CNS** disse: o nosso próximo ponto de pauta é a Conferência Nacional
2238 de Saúde Mental. Tem tudo a ver com o ponto anterior esse tema. Tem tudo a ver. De repente esse
2239 debate vá ajudar um pouco. **ITEM 07 – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.** Apresentação e De-
2240 liberação: **Pedro Gabriel Godinho Delgado.** Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental. **Rozân-**
2241 **gela Fernandes Camapum** – Secretária-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Coordenação:
2242 **Jurema Pinto Werneck** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde. Antes do início do INFOR-
2243 ME, o Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse: Primeiro, enquanto pessoa e Conselheiro, eu que-
2244 ria manifestar descontentamento pela forma como este Conselho aqui foi agredido. Manifestar total
2245 apoio ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde pela condução, em nome dos usuários, e, ao
2246 mesmo tempo, chamar o conjunto de usuários para uma reunião amanhã, às 8h, aqui no Pleno do
2247 Conselho, para que nós nos manifestássemos num documento sobre o que ocorreu aqui hoje. A Con-
2248 selheira **Jurema Pinto Werneck** agradeceu e disse: Eu também queria fazer um breve comentário em
2249 relação a isso, já tive oportunidade de falar com o Conselheiro e presidente Júnior ali fora, no sentido
2250 de reafirmar e reconhecer a correção da sua postura aqui na condução desse debate palpitante que
2251 tivemos antes no sentido de defender a lisura e prerrogativas deste Conselho. Eu acho que essa posi-

ção é a posição certamente da maioria, senão de todos os Conselheiros e Conselheiras aqui, eu acho que isso precisa ficar bem registrado que de fato nos sentimos representados na figura do Presidente. Nesse sentido eu queria passar a palavra imediatamente ao companheiro Pedro Gabriel, que solicitou cerca de 15 minutos para alguns informes e na sequência para nossa companheira Rozângela Camapum. **Pedro Gabriel Godinho Delgado – Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental** cumpriu a todas e todos os Conselheiros. A minha incumbência aqui junto com a Rozângela Camapum, é apresentar na verdade os desdobramentos do trabalho de organização da Quarta Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. **IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – INTERSETORIAL – Propostas da Comissão Organizadora. TEMÁRIO DA IV CONFERÊNCIA: Aprovado no Pleno do CNS em 09/02/10: “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios.”** **Eixo I – Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais.** – eixo da política e da pactuação setorial e intersetorial. **Eixo II – Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais** - eixo do cuidado, da rede, e de sua articulação com os movimentos sociais e o protagonismo dos usuários. **Eixo III – Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial** – eixo da intersectorialidade. **Eixo I – Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais.** 1. Organização e consolidação da rede; 2. Financiamento; 3. Gestão do trabalho em Saúde Mental; 4. Política de assistência farmacêutica; 5. Participação social, formulação de políticas e controle social; 6. Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em Saúde Mental; 7. Políticas sociais e gestão intersetorial; 8. Formação, educação permanente e pesquisa em Saúde Mental; 9. Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e o SUS. **Eixo II – Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais:** 1. Cotidiano dos Serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado; 2. Práticas clínicas no território; 3. Centros de Atenção Psicossocial como dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica; 4. Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços; 5. Desinstitucionalização, Inclusão e Proteção Social: Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território; 6. Saúde Mental, Atenção Primária e Promoção da Saúde; 7. Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e políticas intersectoriais; 8. Saúde mental na Infância, Adolescência e Juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersectorialidade; 9. Garantia do acesso universal em Saúde Mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outras condicionantes sociais na determinação da saúde mental. **Eixo III – Direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial:** 1. Direitos Humanos e Cidadania; 2. Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária; 3. Cultura/Diversidade Cultural; 4. Justiça e Sistema de Garantia de Direitos; 5. Educação, inclusão e cidadania; 6. Seguridade Social: previdência, assistência social e saúde; 7. Organização e mobilização dos usuários e familiares da Saúde Mental; 8. Comunicação, informação e relação com mídia; 9. Violência e saúde mental. Conferências Municipais e/ou Regionais: Artigo 5º do Capítulo II do Regimento da IV Conferência Nacional de Saúde Mental: “Os Municípios que não realizarem as suas Conferências Municipais poderão, **em caráter extraordinário**, realizar Conferências Regionais de Saúde Mental. Esses municípios serão agrupados segundo os **Planos Diretores de Regionalização de seus Estados** ou segundo outra forma proposta pelo **Conselho Estadual de Saúde** correspondente, desde que **oficializada e aprovada pela Comissão Organizadora** da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial”. **DELIBERAÇÃO:** 1. Aprovada a proposta dos Subeixos: **Subeixos para o Eixo 1:** - Organização e consolidação da rede; - Financiamento; - Gestão do trabalho em Saúde Mental; - Política de Assistência Farmacêutica; - Participação social, formulação de políticas e controle social; - Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em Saúde Mental; - Políticas Sociais e Gestão Intersetorial; - Formação, Educação Permanente e Pesquisa em Saúde Mental; - Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e o SUS. **Subeixos para o Eixo 2:** - Cotidiano dos Serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado; - Práticas clínicas no território; - Centros de Atenção Psicossocial como dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica; - Atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços; - Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: residências terapêuticas, Programa de Volta para Casa e articulação intersetorial no território; - Saúde Mental, Atenção Primária e Promoção da Saúde; - Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersectoriais; - Saúde mental na Infância, Adolescência e Juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersectorialidade; - Garantia do acesso universal em Saúde Mental: enfrentamento das desigualdades e iniquidades em relação a gênero, raça, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental. **Subeixos para o Eixo 3:** - Direitos Humanos e Cidadania; - Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária; - Cultura/ Diversidade Cultural; - Justiça e Sistema de Garantia de Direitos; - Educação, inclusão e cidadania; - Seguridade Social: Previdência, Assistência Social e Saúde; - Organização e mobilização dos usuários e familiares de Saúde Mental; - Comunicação, informação e relação com a mídia; - Violência e saúde mental. 2. Aprovada a constituição do **Comitê Executivo:** Coordenação Ge-

ral: Pedro Gabriel; Coordenação Adjunta: SE/CNS – Rozângela Fernandes Camapum; Coordenação
 Adjunta: SEDH – Carmem Oliveira; Coordenação Adjunta: MDS – a indicar; Secretaria Geral:
 MS/Coord. Saúde Mental – Sandra Fagundes; Secretaria Adjunta: CISM – Carmen Lúcia Luiz; Secretaria
 Adjunta: Usuário – Paulo Michelon; Relatoria Geral: Fernanda Nicácio; Relatoria Adjunta: Eduardo
 Vasconcelos. 3. Aprovada a Recomendação de Regionalização (Municipal e/ou Regional) dos eventos
 preparatórios da IV Conferência de Saúde Mental. **Recomenda:** 1) que os estados e municípios priori-
 zem a realização de Conferências Municipais de Saúde Mental – Intersetorial; 2) que s municípios com
 população acima de 150 mil habitantes realizem Conferências Municipais de Saúde Mental – Intersetor-
 rial; 3) que em casos extraordinários, devido a exigüidade do tempo, e para facilitar a participação de-
 mocrática de todos os municípios, poderá ser apoiada e incentivada a realização de Conferências Re-
 gionais; 4) que as propostas de Conferências Regionais deverão ser encaminhadas para os Conselhos
 Estaduais de Saúde, Comissões Organizadoras Estaduais e aprovadas pela Comissão Organizadora
 Nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial; 5) que quando forem realizadas
 Conferências Regionais estas deverão contemplar a totalidade dos municípios da respectiva região.
 Caso isto não ocorra, o número de delegados para a etapa estadual deverá ser proporcional ao número
 de habitantes dos municípios efetivamente participantes da etapa regional; 6) que as Conferências
 Estaduais de Saúde Mental – Intersetorial sejam realizadas com a participação mínima de delegados
 municipais, conforme a tabela anexa. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum** – Antes eu queria
 assim informar que eu achei muito interessante que nós aprovamos uma Comissão Organizadora com
 40 representações, e assim foi muito interessante essa primeira reunião que nós tivemos da comissão
 organizadora, porque estiveram presentes 39 representações e a que não esteve que foi o MEC, ela
 justificou que não poderia estar, mas que estará nas próximas. Então assim todos os parceiros intermi-
 nisteriais, Ministério do Trabalho, Justiça, Cultura, MDS, Secretaria de Direitos Humanos, todos compa-
 receram e também todas as entidades de usuários, trabalhadores e também gestores do Ministério da
 Saúde. Eu achei muito importante e muito interessante essa questão. Na comissão, nós temos 22 re-
 presentações de usuários, trabalhadores e entidades não governamentais, vamos dizer assim, e temos
 18 representações de governo, devido à intersectorialidade. Então foi um debate assim altamente quali-
 ficado, muito bom e que proporcionou a gente estar tirando esses encaminhamentos que o Pedro Ga-
 briel apresentou, depois de muito debate de dois dias tentando consensuar os subeixos e todos esses
 pontos tentando contemplar todas as diversidades existentes de todos os temas, para a gente não dei-
 xar nada de fora. Então foi um esforço muito forte, muito coletivo, com divisão em grupos de trabalho
 para que a gente conseguisse consensuar e trazer para o Pleno do Conselho os subeixos apresenta-
 dos e orientações para conferências municipais e regionais. O Comitê Executivo, o que foi aprovado
 pela comissão e que a gente apresenta no Pleno, tem na coordenação geral o Pedro Gabriel na Coord-
 enação de Saúde Mental. Na Coordenação Adjunta a Secretaria Especial de Direitos Humanos. A
 segunda coordenação adjunta o MDS, o Ministério do Desenvolvimento Social e na terceira Coordena-
 ção Adjunta a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Na Secretaria Geral nós temos a
 Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a Sandra Fagundes; na Secretaria Adjunta da
 Secretaria Geral nós temos a Carmen, que é Conselheira aqui, Coordenadora da CISM Comissão In-
 tersetorial de Saúde Mental; e na Segunda Secretaria Adjunta, nós temos o Paulo Michelon, que é usu-
 ário que representa no Comitê Executivo os Movimentos de Usuários e Familiares. Na Relatoria Geral
 nós temos a Fernanda Nicácio, e na Adjunta o Eduardo Vasconcelos que são duas pessoas que fize-
 ram a relatoria da Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, e que teve a condução assim
 exemplar, todas as entidades que estão na comissão organizadora estiveram também na terceira e
 deram o voto de que realmente é importante manter a mesma relatoria pelo brilhante trabalho que foi
 realizado na Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental. E se algum Conselheiro quiser mais deta-
 lhes sobre os dois, depois o Pedro Gabriel poderia falar um pouco de qual é o currículo deles, qual a
 formação e qual o papel que eles cumprem na Saúde Mental hoje, que são pessoas atuantes dentro da
 Política de Saúde Mental. Então o Comitê Executivo proposto foi esse que foi aprovado por consenso,
 depois lógico de muitas articulações, mas a Comissão Organizadora aprovou por unanimidade esse
 Comitê Executivo que a gente está apresentando. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck** agradeceu e
 disse: Nós temos ainda dez minutos para o debate e consideração dos Conselheiros e Conselheiras,
 lembrando que ao final, nós temos ainda que aprovar o que foi apresentado aqui que é a constituição
 dos subeixos, a constituição do comitê executivo e também essa recomendação em relação à questão
 municipal. Começa com o nosso companheiro. O Conselheiro **Edemilson Canale** cumprimentou a to-
 dos. Como houve algumas dificuldades aí no fluxo talvez da informação com relação ao meu desloca-
 mento para participar dessa comissão, eu não vou entrar em questionamentos com relação ao que foi
 apresentado, mas em termos, eu queria ver com essa comissão de terem mãos o relatório do que foi
 discutido nessa reunião, para que eu tenha condição de discutir posteriormente, porque na reunião
 passada do Pleno, eu observei que o tema Saúde Indígena viria a ser discutido no subeixo 1. Eu não
 me vi contemplado ali, devido a essa dificuldade da questão do meu deslocamento, eu achei que a

2374 discussão foi um tanto comprometida, mas em termos foi comprometida porque eu tenho que ter subsí-
2375 dios para que eu tenha condições de discutir isso melhor. Eu vou tentar ser breve, porque na maioria
2376 das conferências que são realizadas, a gente pode observar isso, sempre a questão indígena é deixada
2377 de lado. Se nós estamos discutindo aqui Políticas Públicas de Saúde, quando e como realmente nós
2378 vamos ter condições de estar sempre inserindo, não só questões indígenas, mas minorias nas discus-
2379 sões, seja das conferências ou dos seminários. Porque eu havia falado já que dentro dos distritos nós
2380 temos ações pontuais infelizmente pontuais que são realizadas com trabalhos de combate ao alcoolis-
2381 mo, infelizmente drogas que estão chegando nas nossas aldeias e, conseqüentemente, suicídio. Temos
2382 a questão indígena aí, que eu havia colocado que a gente podia ter um momento de discussão da
2383 questão indígena. Para não me aprofundar muito, nós temos uma Política Nacional de Saúde, uma
2384 portaria que foi redigida pelo Ministro que assinou essa portaria, uma Política Nacional de Saúde Men-
2385 tal Indígena, no qual, com base na lei 9136 fala que o SUS deve estar em estreita articulação com o
2386 subsistema e coisa que nós não vemos é essa estreita articulação. E a partir de agora esperamos cons-
2387 truir essa estreita articulação para que a população indígena tenha acesso à média e alta complexida-
2388 de, porque a atenção básica é realizada pelos distritos. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck** passou
2389 a palavra à Conselheira **Marisa Furia Silva** disse: Eu acho que ficou muito bom o trabalho, já até falei
2390 com o Pedro Gabriel, o representante da ABRA não compareceu, porque teve problema de passagem
2391 e já está resolvendo, mas gostaria de saber da possibilidade de fazer uma mudança no eixo 2, quando
2392 se fala em residências terapêuticas, pode até colocar residências terapêuticas e colocar “e inclusivas”,
2393 por exemplo, porque tem um problema com relação a residências terapêuticas. Na conferência de
2394 2001, tem dois itens lá com relação, talvez tenha até mais, mas um dos itens que tem lá na conferência
2395 é que tirar-se das residências terapêuticas da portaria, acho que é uma portaria, egressos, porque a
2396 residência terapêutica ela foi feita especificamente para os egressos dos hospitais psiquiátricos. E en-
2397 tão se a conferência continua colocando só o termo residência terapêutica, nós estamos engessando
2398 ainda, e é um problema extremamente sério hoje para ter residências inclusivas para as pessoas na
2399 área de Saúde Mental, e especificamente também as pessoas com autismo. E na conferência de 2001
2400 tem colocado lá inclusive, para que tenha residências terapêuticas para pessoas com autismo. Então
2401 fica um problema sério, porque não tem autista saindo egresso de hospital, então você amarra isso e
2402 vai para uma conferência, e nove anos depois já amarrado. Eu gostaria de saber a possibilidade de
2403 incluir no eixo 2. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck** disse: nós estamos tomando nota de todas as
2404 recomendações. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleu** disse: por um lado, por se tratar de uma
2405 recomendação, eu fico menos preocupado, até porque nossas recomendações ultimamente não estão
2406 com aquela bola toda. É verdade, infelizmente tenho que admitir. Mas me preocupa essa recomenda-
2407 ção de regionalizar os eventos da conferência. Eu entendi toda a preocupação da temporalidade, mas é
2408 que cria um precedente que depois vira um argumento que para a gente resolver isso vai ter um baile.
2409 Porque na última conferência já foi um problema a regionalização como forma de pular a conferência
2410 municipal que talvez esse Conselho tenha até que se debruçar para tentar melhorar, porque de fato do
2411 jeito que está de repente ela não atende, e a regional pode até atender algumas regiões mais do que a
2412 própria municipal. Então, ela é mais atrativa. Mas eu quero registrar aqui, não vou nem me manifestar
2413 contra ou a favor, mas registrar uma profunda preocupação em criarmos essa modalidade neste mo-
2414 mento. E aproveito a oportunidade para registrar, isso eu acho que a mesa diretora tem que tomar co-
2415 mo ponto de discussão na próxima reunião, que é justamente a próxima Conferência Nacional de Saú-
2416 de. Esse debate todo aqui ele tem que ser feito, justamente porque nós temos sérias preocupações da
2417 forma como estão sendo organizadas as conferências estaduais e municipais que preparam a confe-
2418 rência nacional, e que por sinal devem começar no início do ano que vem. Ou seja, este Conselho está
2419 quase atrasado para começar o debate dos eixos temáticos da 14ª. Conferência. A Conselheira **Zilda**
2420 **de Faveri Vicente Souza** disse: Eu queria parabenizar a comissão e queria perguntar quando será a
2421 próxima reunião, e se a representante da nossa organização por problema de saúde não pode compa-
2422 recer a primeira reunião, se ela será contemplada de continuar permanecendo em todas as outras reu-
2423 niões. E ainda, se seria possível já foi falado que foram feitos subeixos e sei que contemplar cada Saú-
2424 de Mental, existem as especificidades de cada síndrome demencial, eu sei que engloba generalizado
2425 aí, mas se fosse possível especificar alguma coisa sobre a demência de Alzheimer que como todos
2426 sabem está crescendo muito, eu gostaria de ser contemplada. A Conselheira **Maria de Lourdes Alves**
2427 **Rodrigues** cumprimentou a comissão. O trabalho ficou fantástico, principalmente se considerar o curto
2428 tempo que se teve entre a Resolução deste Conselho convocando a Quarta Conferência de Saúde
2429 Mental e na reunião passada a gente já seguiu bem na organização e o detalhamento dos eixos, acho
2430 que está bem a contento, mas me chamou a atenção e peço desculpas se falar alguma inadequação,
2431 porque eu não estou aqui com a apresentação. Então pelo o que eu pude acompanhar, uma das suges-
2432 tões que nós fizemos desde a convocação para que não fosse nenhum momento de mobilização e de
2433 participação dos segmentos. Eu não vou olhar agora, vou seguir na minha fala aqui. Só chamar aten-
2434 ção para a ausência da vulnerabilidade que as pessoas de determinados segmentos estão mais afetos

2435 à questão da Saúde Mental. Então nós tínhamos chamado a atenção para a população negra, para a
2436 população indígena, para as mulheres, e para a população LGBT, que eu não consegui localizar em
2437 nenhum lugar nesse detalhamento do eixo. Se considerar os condicionantes, estamos todos dentro,
2438 mas considerando que este segmento está representado aqui no Conselho, está inclusive na comissão
2439 organizadora, eu acho que seria importante viabilizar esta parte da população, que enfim, sofre tanto
2440 adoecimento em função da discriminação por ter uma orientação sexual diferente da heterossexual. É
2441 uma pergunta e um reforço à sugestão já feita aqui neste Conselho. A Conselheira **Maria do Espírito**
2442 **Santo Tavares dos Santos** disse: Rapidamente queria concordar plenamente com a questão levanta-
2443 da pelo Clóvis. Eu acho que o que está rolando com a gente é uma ansiedade muito grande em cima
2444 de temas e de conferências que a gente está querendo realizar a um tempão, essa tem uns nove ou
2445 dez anos que a gente está querendo realizar e não consegue, e de uma hora para outra a gente faz ela.
2446 Então, eu acho que, por exemplo, no Rio de Janeiro vão ter as nove regionais, certo? Mas a gente está
2447 mandando, por exemplo, comunicado ao Secretário de Saúde, a cada Conselheiro, colocando faz a tua
2448 municipal se tiver condições, e participa também da regional para não perder a oportunidade de fazer
2449 aquela conferência municipal. A gente está colocando as diretrizes básicas definidas para a conferên-
2450 cia. Todavia, além das diretrizes básicas dentro daquele contexto, você levanta questões do teu muni-
2451 cípio, da tua região, do teu estado para ficar também bastante aberta essa possibilidade. Então, eu
2452 acho que nesse processo, essa conferência tem um peso muito grande para a gente. Agora, se a gente
2453 não correr, ela pode passar e essa conferência não pode passar pela sua importância. O Pedro Gabriel
2454 tem colocado um trabalho extremamente rico para conhecimento de todo o país, que as pessoas estão
2455 querendo discutir. Essa conferência tem que discutir. O Pedro Gabriel tem encaminhado todo dia, in-
2456 forme, e-mail para os estados e tem deixado uma coisa maleável, o que é uma coisa boa, porque pos-
2457 sibilita que os estados fiquem mais abertos, mas agora a gente está mandando para os 92 municípios.
2458 Prefeito, Secretário Municipal de Saúde e Conselheiros Municipais. Todo mundo recebeu e-mail dizen-
2459 do está aqui a conferência. Ela já está acontecendo e que isso tem que ficar assim comum em todos
2460 os estados. Porque senão vai ter assim uma restrição grande. Vão colocar que não tem dinheiro, esta-
2461 mos em ano eleitoral, mas eu acho que a gente tem que ver com cada estado, cada Conselho Estadual
2462 de Saúde viabilizar uma forma de sensibilizar o maior número possível de municípios para participar
2463 dessa conferência, e trazendo as questões básicas que a gente já vem trabalhando nessa área há nove
2464 anos. Então, não é uma conferência que teve ontem, é uma conferência que não tem há nove anos, e a
2465 gente tem muita coisa para dizer nela. **Pedro Gabriel Godinho Delgado – Coordenador Da Área**
2466 **Técnica De Saúde Mental** eu vou começar e a Rozângela complementa também. Edemilson, em rela-
2467 ção à questão da Saúde Indígena, teve uma pessoa que trabalha na FUNASA que compareceu, não
2468 tem substituto, mas ele informou da dificuldade, falou dessa questão da dificuldade de estar aqui e de
2469 certa forma ele meio que contribuiu nesse debate, então não ficou completamente fora. Aí o relatório
2470 você vai receber para você ter idéia do relatório. Por outro lado, eu queria argumentar o seguinte. Pri-
2471 meiro, no eixo 1 tem tanto na organização e consolidação da rede como na questão de participação
2472 social e formulação de políticas, a questão da população indígena pode estar contemplada. Ela está no
2473 eixo 2 citada especificamente. No item 9. Então ela está no item 9, justamente na questão de acesso,
2474 enfrentamento da desigualdade, da iniquidade e etc. Está bom? Agora só também para completar,
2475 porque serve também para a questão da Marisa. A questão da residência terapêutica. Foi discutido
2476 isso, que a residência terapêutica com a formulação das normas existentes ela é restritiva em relação a
2477 quem não é egresso de hospital psiquiátrico e isso foi aprovado como sendo parte da ementa que o
2478 item vai ter. Todo item terá uma emenda, entenderam? Todo item terá uma ementa que não está pron-
2479 ta. Pelo o que eu sei não está pronta ainda, que a Comissão de Programação ficou encarregada de
2480 redigir para incluir o que deve ser discutido. Então nesse sentido contempla, porque além do subeixo
2481 ainda vai uma ementa, esse subeixo pretende discutir tal coisa e as recomendações de discussão. E
2482 ainda sobre a questão de tema, que a Zilda levantou da questão de demência de Alzheimer, foi citado
2483 na verdade, é claro, não é exatamente população idosa, é de uma forma geral, mas foi contemplado
2484 que na ementa se colocasse a situação das demências em geral, e portanto a demência de Alzheimer
2485 por causa da importância epidemiológica dessa questão. Então, como o subeixo ele tem que ser sinté-
2486 tico, se propôs o recurso da ementa, do termo de referência de cada subeixo para poder contemplar
2487 esse detalhamento. Em relação à Lourdinha, LGBT. Isso foi discutido, inclusive a Carmen colocou essa
2488 questão e na formulação da Carmen que está lá presente, que mencionou a questão do segmento
2489 LGBT, ela disse que a emenda contemplaria. O que ela está propondo? A Conselheira **Maria de Lour-**
2490 **des Alves Rodrigues** disse: Eu fiz uma pequena redação para incluir. **Pedro Gabriel Godinho Delga-**
2491 **do – Coordenador Da Área Técnica De Saúde Mental** respondeu: Sim, não tenho nenhum problema,
2492 pode acrescentar aqui. É só para dizer, não deixou de ser discutida a questão de LGBT. Então, quanto
2493 à preocupação que o Clóvis mencionou, compartilho. Mas, de fato, se a gente passa uma mensagem, a
2494 gente cria uma situação que pode ser de inflexibilidade do tipo, tem que fazer ou não vai poder fazer,
2495 então tem que ser realmente um pouco maleável como diz a Santinha. E aí Conselheira Santinha, a

2496 gente acha o seguinte, que essas recomendações elas têm um efeito nesse momento onde você tem
 2497 no dia 8 de março ao dia 15 de abril para realizar a etapa municipal, é quinze de abril o último dia? Se
 2498 você faz uma recomendação muito rígida, ela pode ser contraproducente, porque ela pode induzir a
 2499 uma coisa, não tem jeito, não vou fazer mesmo e tal. Então, de fato como recomendação eu acho que
 2500 é interessante estimular a etapa municipal, mas acho que sim, você tem razão nos exemplos que você
 2501 deu. Estados como o Rio de Janeiro, tem perfeitamente condições de ter uma maior participação tendo
 2502 em vista até o debate já avançado. Eu acho que são esses os pontos meus. Marisa? A Conselheira
 2503 **Marisa Furia Silva** disse: Se for como você falou que na ementa específica o caso de LGBT, eu queria
 2504 saber se também especifica as pessoas com Síndrome de Down, deficiência mental grave, pessoas
 2505 com autismo, especificamente com autismo, porque eles ficam para cá e para lá e são jogados para
 2506 tudo quanto é canto. **Pedro Gabriel Godinho Delgado – Coordenador Da Área Técnica De Saúde**
 2507 **Mental** Exatamente, foi mencionado exatamente isso. O autismo foi mencionado não só aí, mas tam-
 2508 bém na ementa sobre organização da rede. É porque as emendas não estão prontas, não tem jeito de
 2509 trazer para vocês. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum** disse: O Pedro já respondeu pratica-
 2510 mente todas as questões, tudo pode ser contemplado, todas essas demandas colocadas aqui foram
 2511 colocadas na comissão e ficou deliberado que a ementa de cada subeixo vai contemplar todas essas
 2512 demandas. A Zilda perguntou a data da próxima reunião, é 12 e 13 de abril e os problemas de passa-
 2513 gem que teve foi por pendência e a gente pede a todos que resolvam os problemas das pendências,
 2514 exceto da Alzheimer que foi por problema de saúde. E sim, claro, participará de todas as reuniões, foi
 2515 só uma reunião que teve problema. Colocado também que a gente está fazendo informativo eletrônico,
 2516 tentando fazer e-mail semanal, no máximo quinzenal, tanto saindo da coordenação como saindo do
 2517 Pleno, do Conselho Nacional de Saúde para todos os Conselhos Nacionais e Municipais e todos os
 2518 Conselheiros também a gente está encaminhando para todos vocês, e a gente vai fazer um jornal es-
 2519 pecial das conferências dos conselhos realizados em 2010 que são duas a de Saúde Mental e de Sis-
 2520 temas Universais. E então está saindo esse jornal especial que também vai tratar de tudo sobre essas
 2521 questões e o relatório na terça-feira a gente estará disponibilizando para todos também. A Conselheira
 2522 **Maria de Lourdes Alves Rodrigues** disse: Vou fazer uma sugestão, pode ser? Nós tivemos essa dis-
 2523 cussão da Conferência de Saúde Mental no Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, e um dos
 2524 questionamentos feitos pelo Presidente é de que o Conselho não tinha recebido a homologação pelo
 2525 Ministro da convocação da Conferência Nacional, e aí isso foi constatado depois, eu mesma vi, o Con-
 2526 selho enviou o boletim com a homologação pelo Ministro. Então, a minha sugestão é que esses infor-
 2527 mativos pudessem estar disponíveis, vocês montaram um site da quarta conferência que eles pudes-
 2528 sem ir num histórico de informações, é uma sugestão para facilitar a vida dos Conselheiros Estaduais.
 2529 A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum** disse: Nós vamos colocar e foi solicitado pelos Conse-
 2530 lhos Estaduais, Municipais e pelas Secretarias que nessa questão da homologação que a gente enca-
 2531 minhasse um ofício e não só um informativo. Então está saindo na segunda-feira, talvez até amanhã, a
 2532 gente só estava esperando essa reunião para a gente colocar tudo no ofício. Amanhã provavelmente já
 2533 está saindo um ofício mesmo, não informativo, com todas essas questões. O Conselheiro **Edemilson**
 2534 **Canale** disse: Eu teria só uma contribuição a mais aqui. Eu acho que talvez aí eu me sentiria contem-
 2535 plado, que o item 9 ali do eixo 2, ele fosse para o eixo 1, Saúde Mental e Políticas de Estado, porque
 2536 infelizmente nós não temos políticas de estado voltadas para a questão de Saúde Mental Indígena. E
 2537 aí, com certeza, se a gente construir isso, nós futuramente estaríamos pactuando esses caminhos da
 2538 intersectorialidade, no qual seria sair da atenção básica e ir para a alta e média complexidade, porque as
 2539 ações de Saúde Mental em alguns distritos são realizadas em aldeias o acompanhamento das nossas
 2540 equipes e falta a garantia do acesso ao medicamento ao tratamento do indígena fora da aldeia naquilo
 2541 que for necessário. **Pedro Gabriel Godinho Delgado – Coordenador Da Área Técnica De Saúde**
 2542 **Mental** Eu consulto ao Edmilson, se nós assegurarmos no item 7, eixo 1, de Políticas Setoriais e Ges-
 2543 tão Intersetorial a ementa menciona claramente a necessidade de uma política clara para a Saúde Indí-
 2544 gena, se isso resolveria, porque o item 9 do 2 já foi discutido para ser no sentido do cuidado e tal. Está
 2545 bom? Então ela aparece em dois lugares. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck** disse: Tendo sido
 2546 acatadas as sugestões todas apresentadas já foram acatadas, resta a esse Conselho apenas aprovar
 2547 formalmente a proposição de subeixos, aprovar a constituição do Comitê Executivo e aprovar a reco-
 2548 mendação. Eu estou entendendo que pelas falas, a gente pode aprovar tudo em bloco, é isso? Pode-
 2549 mos aprovar? Quem aprova os subeixos, o Comitê Executivo e a Recomendação, por favor, levante a
 2550 mão. Aprovado. Reunião encerrada e até amanhã. Reiterando, solicitação do Conselheiro José Mar-
 2551 cos, usuários reunião amanhã às 8 horas da manhã. Me desculpe, agradeço a Pedro Gabriel, lembran-
 2552 do aqui que tem uma recomendação do Conselheiro Clóvis, da mesa diretora de se debruçar na próxi-
 2553 ma reunião sobre a discussão da Décima Quarta Conferência e a Secretária-Executiva está lembrando
 2554 que há algumas pendências. São pendências muito longas? A gente faz amanhã as pendências. O
 2555 Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** reabre os trabalhos do dia, justificando o
 2556 pequeno atraso, porque os usuários estão reunidos discutindo algumas pendências do dia de ontem,

2557 mas assim que os usuários acabarem a reunião e vierem para o plenário nós começamos os trabalhos.
 2558 Logo em seguida, apresentou o primeiro ponto de pauta: a conjuntura dos transplantes no Brasil. A
 2559 Rosângela tem todo um trabalho à frente do GT que fez um levantamento no último período, ela já fez
 2560 uma apresentação rápida aqui no Pleno em reunião passada, e hoje a idéia é nós aprofundarmos o
 2561 debate e deliberar a respeito desse tema. A Rosângela já está aí, me parece que só a Rosana do Mi-
 2562 nistério da saúde que não chegou ainda. Então enquanto a Rosana chega, eu vou passar rapidamente
 2563 para a Rosângela para dar informe de umas pendências rapidamente. A Secretária-Executiva **Rozân-**
 2564 **gela Camapum** bom dia a todos e todas. Ontem nós ficamos com uma pendência. A indicação do GT
 2565 de Auditoria que vai funcionar junto com a COFIN. Então, usuários já tem a indicação? O Conselheiro
 2566 **José Marcos de Oliveira** O segmento de usuário indica para o GT Auditoria DENASUS a Conselheira
 2567 Socorro da CONTAG. E para o GT da Décima Quarta, são duas indicações, vou indicar o Conselheiro
 2568 Gilson acho que da Central Sindical e a Conselheira Lourdinha da LBL. A Secretária-Executiva **Rozân-**
 2569 **gela Camapum** perguntou: Trabalhadores? Indicação dos trabalhadores para o GT de Auditoria e Dé-
 2570 cima Quarta. Então até o meio-dia tentar fazer essa indicação. Gestores o doutor Antônio Alves indi-
 2571 cou a Cleusa para o GT de Auditoria e não há indicação até o momento para a Décima Quarta, vamos
 2572 esperar até meio-dia então. A moção de apoio ao DENASUS, SGEF e ao Ministro, com relação ao pro-
 2573 cesso de auditoria, o Artur e Maria Helena não chegaram, eles ficaram de fazer indicações. No con-
 2574 gresso do CONASEMS nós indicamos 25 representações desse Pleno e há uma solicitação devido ao
 2575 que a Lourdinha colocou aqui ontem, a importância de na oficina contemplar a discussão de LGBT,
 2576 negros, campos e florestas, de que o Conselho indique mais três representações nessa área. E a gente
 2577 consulta o Pleno se há acordo da gente indicar mais três representações uma do LGBT, do Movimento
 2578 Negro e Campo e Floresta. E campo e floresta já indicou a Socorro, Movimento Negro e LGBT me en-
 2579 caminhar até meio-dia as indicações. E, por último, o informe do GT do Rio de Janeiro, eu vou passar
 2580 para o Presidente Júnior. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS:** O GT do Rio
 2581 como vocês sabem, nós tivemos uma conversa com o Conselheiro Jurandi Frutuoso, e ele no dia que
 2582 nós debatemos, na última reunião eu acho, ele ligou diretamente para o Secretário de Saúde do Rio, o
 2583 Secretário Sérgio Cortes e acordamos uma reunião que seria realizada anteontem dia 10. Só que o
 2584 Secretário viajou para o exterior, então o Secretário do Rio hoje está viajando para o exterior, e essa
 2585 reunião foi transferida para quarta-feira que vem, dia 17. Os contatos que a Secretaria-Executiva tem
 2586 feito com a Secretária-Executiva do Conselho Estadual de Saúde, não tem colhido bons frutos, eles têm
 2587 colocado que essa questão está nas mãos do Secretário de Estado da Saúde do Rio. Está marcada
 2588 essa reunião para quarta-feira que vem com Sérgio Cortes, eu Jurandi e Sérgio Cortes, e a gente espe-
 2589 ra que a partir daí tenhamos uma definição. Isso não invalida, falei com Rozângela hoje de ligarmos
 2590 para a Secretária-Executiva e tentar, independente dessa conversa do dia 17, encaminhar essa ques-
 2591 tão do GT do Rio. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum** disse: Então dia 17, conforme o Pre-
 2592 sidente informou, vai tentar acertar a ida do GT concretamente com o Pleno do Conselho Estadual de
 2593 Saúde. A reunião com o Secretário de Saúde é no sentido de conseguir agendar a reunião para o GT ir
 2594 lá. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck** Eu sugiro que no contato com a Secretaria-Executiva do
 2595 Conselho já tenha proposta de datas, e se puder nos informar Conselheiros do Rio de Janeiro quais
 2596 são propostas de data, porque a gente vai agindo junto ao Pleno do Conselho Estadual para poder
 2597 garantir que exista um diálogo entre o Pleno do Conselho e a Secretaria-Executiva e o Presidente do
 2598 Conselho, para que ele possa receber o GT do Rio, porque senão não vão receber nunca por conta de
 2599 manobras. É o GT que mais tem encontrado dificuldades. A Secretária-Executiva **Rozângela Cama-**
 2600 **pum** A intenção é nessa reunião marcar data dando prazo para emissão de passagem, porque agora
 2601 os Conselheiros são de fora, não são do Rio, mas dando um prazo de quinze dias, mas a intenção é
 2602 exatamente marcar a data. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck:** O que eu proponho é assim que
 2603 tiver a data encaminhar para Conselheiros do Rio, para que a gente possa agir no Pleno do Conselho.
 2604 A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum:** Imediatamente. Eu queria informar também que a dou-
 2605 tora Márcia Bassit me informou ontem à noite, já foi no final dos trabalhos, e me esqueci de dar esse
 2606 informe ontem, que ela não poderá vir para fazer a apresentação do cartão SUS, e, portanto, Nildes,
 2607 nós teremos um tempo maior já que uma apresentação nós não teremos. Então, a questão dos infor-
 2608 mes a proposta é que tudo indica que como esse tema de transplantes vai até meio-dia, nós teremos
 2609 tempo de dar todos os informes ao final do painel dos transplantes. E então a proposta é que terminan-
 2610 do o painel dos transplantes a gente dê todos os informes do Pleno. O Conselheiro **Francisco Batista**
 2611 **Júnior – Presidente do CNS:** Ontem no final da reunião, só um pouquinho pessoal, ontem no final da
 2612 reunião quando a Rozângela me comunicou que a Márcia Bassit havia comunicado que não viria, eu
 2613 perguntei se ela mandou por escrito e falou que não. Estou orientando Rozângela para solicitar por
 2614 escrito que a Secretária de Saúde firme que não vem e porque não vem. Não pode ser dessa maneira.
 2615 Obrigado Rozângela. Quero convidar então a Conselheira Rosângela da Silva Santos. Quero convidar
 2616 também o Tadeu Thomé que é Coordenador do Departamento de Coordenação em Transplantes da
 2617 Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, a Maria Cristina Massarollo, que é Primeira Secretá-

ria da Sociedade Brasileira de Bioética, e o Alexandre Marinho que é Técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA. Se a Rosana estiver presente também queremos convidar a Rosana Reis Nothen, que é Coordenadora Geral do Sistema Nacional dos Transplantes. Na programação, vocês devem estar vendo aí que está constando meu nome como Coordenador, mas quero pedir permissão ao plenário para deixar a própria Rosângela coordenando a reunião, uma vez que ela é Coordenadora do grupo é do GT e já tem muita gente na mesa. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira**: Presidente, se me permite, enquanto compõe a mesa, se não me falha a memória, hoje dia 12 de março é o dia mundial do rim, e então a gente na realidade a gente vai estar com um debate extremamente pertinente relacionado às doenças de insuficiência renal, e dia 24 de março é o dia mundial de luta contra a tuberculose que já foi objeto de amplo debate aqui neste Conselho Nacional de Saúde. **ITEM 08 – A CONJUNTURA DOS TRANSPLANTES NO BRASIL**. Apresentação Coordenação e Deliberação: **Rosângela da Silva Santos** – Coordenadora do GT Transplantes do CNS. **Rosana Reis Nothen** – Coordenadora Geral do Sistema Nacional dos Transplantes – SNT/SAS/MS. **Tadeu Thomé** – Coordenador do Departamento de Coordenação em Transplantes da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO. **Maria Cristina Massarollo** – Primeira Secretária da Sociedade Brasileira de Bioética – SBB. **Alexandre Marinho** – Técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. A Conselheira **Rosângela da Silva Santos** cumprimentou a todos e disse: do mês de março é comemorado o dia mundial do rim. Dois anos atrás fiz uma apresentação aqui sobre terapia renal substitutiva. No ano passado a gente conseguiu uma moção, e, a partir dela começamos realmente a trabalhar as questões que envolvem doenças crônicas degenerativas e a Terapia Renal Substitutiva TRS, que é hoje um dos maiores gastos do Sistema Único de Saúde. O que a gente vai apresentar hoje aqui não é, obviamente, tudo o que a gente podia ter pesquisado. Para se conseguir dados no site, via Ministério da Saúde há muitas dificuldades. Os convidados de hoje, aos quais eu já agradeço a presença, técnicos, pessoas da área vão demonstrar isso no decorrer dos trabalhos hoje. Cada palestrante terá direito a 20 minutos para suas exposições, e peço muita atenção aos Conselheiros, porque nós tentamos fazer um trabalho que contemplasse também as outras áreas, não é só a área de transplante, porque isso é um tema que tem eixos estruturantes, eixos que vão promover com certeza um bom debate e avançarmos nessa questão de índices de qualidade de avaliação, porque a nossa intenção é o usuário do Sistema Único de Saúde como um todo na sua integralidade, na atenção, e isso a gente está tentando buscar através de trabalhos como esse, fazendo parcerias com o Ministério da Saúde, no sentido de que haja transparência de dados nesses temas via Internet, e isso contribui também com a cultura de doação de órgãos no Brasil. O tema é a Conjuntura dos Transplantes no Brasil. Recebi contribuições da Transpática, de algumas outras instituições que fizeram contribuições, mas não chega nem perto do que a gente poderia ter estudado em três reuniões como a gente vai estar expondo aqui agora. Esse grupo de trabalho possui como tema: “Cuidar Para Salvar”. Perfil da trajetória dos transplantes. Essa política é fundada pela lei 9434 da 10211 de 2001, tendo como diretrizes a gratuidade da doação e beneficência em relação aos receptores e a maleficência em relação aos doadores vivos. Essas leis estabelecem garantias e direitos dos pacientes que necessitam destes procedimentos e regula também toda a Rede Assistencial através de autorizações e autorizações do funcionamento das equipes e instituições. Toda a política está em sintonia com as leis 8080 8142 que rege o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Lembrando que aquele relatório entregue em janeiro é a base para a gente compreender algumas questões aqui. No que concerne ao papel do Sistema Único de Saúde, não podemos deixar de considerar que no Brasil, o Sistema Único de Saúde financia todos os tipos de transplantes, propiciando também aos pacientes que se beneficiam da dispensação da medicação de alto custo que é de altíssimo custo mesmo. Tem medicamentos que chegam a custar dois mil reais, mais de dois mil reais uma caixa que dá em média para quinze dias, ou seja, são remédios muito caros. E no início do transplante são necessários em média três medicamentos, são drogas associadas, e então tem que ter realmente o Sistema Único de Saúde para estar financiando esse procedimento, de alto custo necessário após a realização das cirurgias. É importante acrescentar que o Brasil possui o maior programa público de transplante no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos. O primeiro anúncio que levou a gente a começar a trabalhar essas questões foi a nova regulamentação de transplantes que já estava defasada há onze anos, e, segundo, era um anúncio sobre esse momento de novas medidas que o Ministério anunciava sobre a modernização do regulamento técnico que envolve muitos procedimentos, questões técnicas, são vários órgãos envolvidos, a ANVISA para regulamentação. A gente tem muita regulamentação e isso era na ordem de 60 milhões de reais. Apesar dessas publicações pelo novo regulamento, o Ministério tem um grande desafio a enfrentar, e a gente percebeu isso observando todos os problemas de natureza gerencial e da prestação de serviço no que tange à integralidade e equidade no atendimento de cerca de 60 mil pacientes, e deve ter mais esperando na fila de transplante. Existem dificuldades evidentes de se obter os indicadores de desempenho, inclusive de caráter qualitativo do programa, aliado à falta de articulação da coordenação geral do SNT como órgão central do Sistema e todos os integrantes do SNT e CNDO Centrais Nacionais de Capta-

ção e Doação de Órgãos e Centros de Transplantadores do país. Trata-se o presente relatório da conclusão do grupo do GT que foi constituído na Reunião Ordinária realizada no dia 13 de novembro de 2008, com o objetivo de subsidiar o Conselho Nacional de Saúde sobre a política de transplantes a ser submetida à avaliação e posicionamento deste Plenário. O GT de Transplantes realizou entre fevereiro e agosto de 2009 uma análise da conjuntura, no qual está o programa que é o que concentra todas essas ações, doação, captação e transplante de órgãos e tecidos. E tem medula também. Que tem como objetivo reduzir o tempo na fila de candidatos a transplantes, por meio da otimização de uso de órgãos e tecidos, recursos operacionais, humanos, assistenciais, da área de transplante, com preservação da ética, visando a melhoria das condições de vida e saúde ou sobrevivência de quem depende da doação de órgãos e tecidos. Aí a gente tem elencados aqui, para que as pessoas possam conhecer melhor quais são os órgãos, rins, coração, fígado, córnea, pulmão, pâncreas, pele, válvula cardíacas, ossos, tendões, vasos, e como eu já falei medula óssea. Ainda na introdução, nosso propósito vai ser aqui avaliar sobre essa matéria, além de mobilizar a sociedade civil e as instâncias do controle social aqui presentes também para a participação mais efetiva da importância da cultura de doação de órgãos no país. Ao mesmo tempo contribuir para análise da deliberação do Conselho, no sentido que as medidas de modernização para esse regulamento possam assegurar utilização efetiva e eficaz dos critérios e ações do programa, respeitando-se os valores da equidade, ética e transparência do sistema. Nosso objetivo é analisar a Política Nacional de Transplantes, no tocante a detecção dos principais problemas atuais, afim de elaborar presente parecer para auxiliar o CNS entre as suas atribuições e competências, que inclui manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde, e por isso essa briga tão grande de trazer isso ao Conselho Nacional de Saúde que tem esse poder de deliberação. E elementos que possam contribuir para o monitoramento e avaliações das ações desenvolvidas pelo programa de transplantes e possam minimizar as dificuldades de acesso aos usuários, principalmente das populações mais carentes e diferentes, e mais longínquas regiões desse país. Verificar a gestão operacional da SNT, se tem permitido o aumento e otimização do aproveitamento dos órgãos e tecidos disponibilizados para transplantes, bem como se a efetividade das atividades de planejamento, gerenciamento, execução dessas ações e contribuir para os objetivos propostos da SNT. A política que vigora no Brasil, dentro da conjuntura atual que a gente vive, dificulta a implementação dessas estratégias e ações específicas as nossas necessidades atuais, e que possibilita a garantia de atendimento mais integral e equitativo do Sistema Único de Saúde de todos esses usuários, sobretudo, se o acesso dos cidadãos pobres, como já coloquei anteriormente, que necessitam de um transplante assim como a garantia de informações necessárias para esse procedimento. Essa questão das informações, engloba não só dificuldade de comunicação entre paciente e médico ou paciente e profissionais de saúde. Existe uma dificuldade quando o paciente não entende essa linguagem, termina consultando o psicólogo, assistente social, enfim, ele busca sempre essa informação, e existe ainda muita dificuldade de comunicação, no sentido de até pós-transplante manter um tratamento com mais cuidados. Sobre Educação da Saúde. As pessoas não têm a higiene, porque o transplante tem a imunossupressão, e então é muito importante que o paciente se cuide, para que não venha a fazer quadros de infecção e até óbito. Há casos de óbito dependendo do grau de infecção que ele possa vir a ter pós-transplante. Apesar desse custo benefício do transplante ser indiscutivelmente melhor da manutenção de paciente, por exemplo, em terapia renal substitutiva, o descaso e a falta de seriedade de vários gestores tem sido notória ao longo dos anos. Os programas até hoje existentes tiveram e tem como característica a precariedade da sua estrutura, estando sempre sujeitos à simpatia de novos governos. Em vários estados do Brasil, não está tendo nem transplante. Existe muita dificuldade de se conversar com o gestor local, quanto às dificuldades. É preciso desenvolver quais os mecanismos para a gente tentar trabalhar e sensibilizar os gestores, no sentido de estarem atuando nessa questão da política. O SUS gasta, aproximadamente, quinhentos milhões de reais atualmente. Procedimentos em medicamentos associados são caros, mas não tem informações suficientes acerca dos dados reais de benefícios que está propiciando a essa população, principalmente se forem levados os prazos de sobrevida e do enxerto e da qualidade de vida do paciente. Não há um acompanhamento dos resultados terapêuticos pós-transplante que permita fazer um levantamento qualitativo dos transplantes realizados hoje no país. A estratégia metodológica na análise de questões que foram mencionadas tem consultas com o Ministério da Saúde, Tribunal de Contas da União, IPEA, INESC, um grupo de pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais que fez um trabalho com recorte da terapia renal substitutiva. Para tirar dados importantes, foram realizadas as reuniões e foram feitas consultas via e-mail ou entidades. Há desigualdades nas atividades dos transplantes nas diferentes regiões do país, ausência do controle na alocação dos órgãos e ausência de organizações regionais e de programas de transplantes em alguns estados. E quando eu digo ausência, pode ser que eu não consegui alcançar esses dados e eles podem vir a aparecer e é melhor até para a gente estar vendo isso. Deficiência de comunicação das comunicações regionais, até porque os sistemas não se comunicam, e isso é uma grande deficiência que é do processo de doação que interfere dentro do processo aquele quadro que coloquei de processos de doação que está lá naquele material, a manutenção he-

2740 modinâmica dos prováveis doadores. É uma questão de uma área mais técnica pedindo que sejam
2741 retirados os órgãos para transplante. Isso ocorre muito e a gente pelos índices, que são índices altos e
2742 isso a gente colocou e por isso veio cuidar para salvar. O tema veio disso, porque a gente viu que isso
2743 é um dos fatores mais importantes: cuidar desse paciente em condições inclusive para quem vai rece-
2744 ber esses órgãos, foi o tema do trabalho. O número de órgãos são insuficientes, ausência de um siste-
2745 ma eficiente de gerenciamento na lista única, que é um outro problema de todos os estados, a questão
2746 do paciente com relação a isso, plano de tecnologia de informação desses problemas. Falta de articula-
2747 ção dessa coordenação, o desconhecimento da população por parte dos profissionais de Saúde tam-
2748 bém sobre a morte encefálica, a escassez de dados estatísticos, atualmente não há dados disponíveis
2749 sobre a evolução dos pós-transplantes em todos os estados. O tempo médio de vida dos órgãos e da-
2750 dos da situação clínicas desses pacientes pós-transplante. E aí vai ter lá as complicações, o número de
2751 óbitos, as causas, a qualidade dos resultados terapêuticos, os custos envolvidos dentro desse proces-
2752 so, a fila de espera, a falta de estruturação dos hospitais. Às vezes está se perdendo transplante por
2753 causa de um serviço que está fechado naquele momento, não fez o exame, por exemplo, para trans-
2754 plante de rim e perde-se o paciente porque ele vai para uma parada pelo tempo que se ficou esperando.
2755 Há poucas equipes médicas, multiprofissionais e multidisciplinares, o baixo índice de captação, e se
2756 perde nessa história, a inviabilização do aproveitamento dos órgãos, a baixa atuação e inexistência de
2757 comissões de equipes intra-hospitalares, a dificuldade de acesso de populações mais carentes e princi-
2758 palmente as que residem longe dos hospitais para poder fazer esse procedimento. A discussão social
2759 do tema. A população tem muita dúvida quanto à questão dos transplantes como um todo. Se as pes-
2760 soas estão tendo qualidade de vida e estão realmente melhorando? Isso aí é uma coisa que a gente
2761 acha que vai ajudar muito a transparência de dados. Ausência de dados epidemiológicos que também
2762 é um fator primordial para a gente controlar pré-transplante, essas pessoas que estão indo para o
2763 transplante. O acesso é bastante desigual, indivíduos que pagam pelo serviço ou possuem plano de
2764 saúde. Na maioria das vezes muitas pessoas que tem plano de saúde acabam tendo seus exames
2765 mais atualizados, e no momento em que a pessoa está sendo escolhida para rim, por exemplo, ela
2766 acaba não indo, porque ela não está com exames atualizados e quem tem plano consegue fazer o
2767 transplante. E isso gera dificuldade de acesso para população de baixa renda e para os que residem
2768 distante dos centros transplantadores. E como vocês veem ainda tem uma população que não está
2769 sendo pesquisada, que a gente sabe que ela ainda não está tendo acesso, mas a gente não sabe
2770 quanto dessa população que sai da equidade e da integralidade dessas ações. Os pacientes realizam
2771 exames para o transplante pagando do próprio bolso, tem pessoas que pagam e às vezes não tem tal
2772 exame, o plano não cobre e então acabam pagando no desespero de ter que estar mantendo esse
2773 tratamento. E por isso são beneficiados já que o tempo de inscrição em lista é critério considerado na
2774 distribuição de vários órgãos. Algumas correções podem ser feitas. Medicamentos são um carma. Eu
2775 vivencio isso há muitos anos. Na questão dos medicamentos, a política ainda não está bem implemen-
2776 tada. Existe falta de medicamentos. Não tem como controlar. Há uma centralização, isso já é um pro-
2777 gresso. O Ministério da Saúde está centralizando alguns medicamentos, mas ainda é um problema
2778 sério, e principalmente quando a pessoa vai pegar o medicamento e não existe. A pessoa fica sem o
2779 medicamento durante uma semana, porque ela não tem a mínima noção do perigo que é ficar uma
2780 semana sem tomar medicação. Eu vivencio isso. Ou então ela começa a reduzir o medicamento para
2781 poder dar para chegar a semana. E quando não chega fica literalmente sem o medicamento. Em muitos
2782 casos as pessoas vão para o hospital. No hospital os médicos de transplante dão medicamento e aca-
2783 bam conseguindo. Às vezes a pessoa vai lá todo dia para pegar comprimidos para dar para outros pa-
2784 cientes. São crises, mas isso está melhorando e a gente acredita que isso vai melhorar cada vez mais e
2785 é um progresso essas melhoras. A farmacovigilância, como eu disse são três medicamentos, mas tem
2786 gente que toma dez medicamentos. Eu, por exemplo, sou transplantada e tenho uma dose imensa de
2787 medicamento para tomar, não sei que horas eu tomo, mas sei que tomo. Tenho que tomar tudo. Mas
2788 não existe um trabalho, não existe ainda um controle sobre isso, a farmacovigilância, a Associação de
2789 Medicamento à Alimentação, como a gente avalia isso? E isso é eficaz? A nefrotoxicidade, por exemplo,
2790 no meu caso, como ela está sendo avaliada? Faltam dados. E lembrando que os outros, fígado e cora-
2791 ção é morte. Não tem outros subsídios. Precisou, não conseguiu, a gente vai ter uma população aí
2792 morrendo sem conseguir seu transplante. Essa consequência são as complicações que podem levar à
2793 hospitalização. Quanto à assistência odontológica, não tenho muitos dados, mas a higiene bucal tam-
2794 bém é um fator para se evitar infecção. Ele tem que ser acompanhado também na sua higiene bucal e
2795 isso é uma coisa difícil a gente encontrar pessoas, principalmente, de populações de baixa renda que
2796 tenham essas preocupações. Inclusive tem alguns impedimentos para alguns transplantes até, por
2797 exemplo, se a residência da pessoa for num local que não seja adequado para ela conviver depois, vai
2798 ser um fator impeditivo para que ela faça o transplante em função dessa questão da imunossupressão.
2799 E tudo está sendo avaliado inclusive para tratamento, anterior a isso. A qualidade da capacitação técni-
2800 ca, a qualidade dos procedimentos técnicos adotados das equipes, a gente tem uma preocupação so-

bre avaliação das equipes, saber como essas equipes no Brasil atuam e saber qual o sucesso dessas equipes. Se os órgãos estão sendo distribuídos conforme listas e os dados sobre a situação clínica desses pacientes, mecanismos de mensuração de qualidade de serviços prestados, que é uma coisa integral no sistema. A falta de estruturação das Secretarias é um fator, a precariedade dos recursos físicos para atendimento, que vão desde equipamentos e, às vezes, faltou equipamento específico naquela unidade e não pode realizar por falta de equipamentos, ou quebrou equipamento, e enfim, uma série de dificuldades que ficam no ar, a gente não tem dados sobre isso. Não existe um dado atual de toda operacionalização desses transplantes, dessas dificuldades e pontos frágeis e faltam dados confiáveis sobre essas atividades e, inclusive, o TCU detectou isso dentro do trabalho que foi feito em 2006. Essa revisão do regulamento que aí a gente vai entrar nesse que são órgãos limítrofes, que a gente vai falar que é uma preocupação de várias entidades em todo país, como é vai ser essa questão dos órgãos limítrofes que eram os órgãos chamados marginais. E que não existe um controle sobre os grupos transplantadores que trabalham com as doações com doador expandido, essa é uma preocupação, porque muitas equipes não adotam esse tipo de conduta, por ser um procedimento considerado de grande risco. Ou seja, se a pessoa é portadora das doenças que foram elencadas, a outra pessoa também recebe, a gente não tem dados de como é que vai ser depois disso. Por exemplo, os casos de hepatite já existem discussões da pessoa ter problemas após o transplante, mesmo ela tendo hepatite para receber. Essa doação de dados que não existe a gente tem uma preocupação do tempo médio de vida desses órgãos, quando se faz esse tipo de transplante, os dados sobre a situação clínica, qualidade dos dados terapêuticos e o número de órgãos, porque isso pode acarretar problemas até o óbito. Esses recursos a gente tem as autorizações de internações hospitalar, as autorizações de procedimento de alta complexidade e sistema de informações ambulatoriais. Essa problemática também dos aspectos econômicos que a gente acha muito interessante estar discutindo para todos, não só para a gente, que são essenciais que são alguns dados que a gente coloca aqui. Aspectos econômicos que tem pouco uso, porque se você perde o transplante foi um investimento que foi feito e acabou que a pessoa não conseguiu manter esse transplante, tem poucos substitutos com a exceção dos rins. Você não tem como substituir, recebeu órgão e não dá para substituir. Os candidatos a receptores não comandam a aquisição. A aquisição é comandada pelos profissionais de saúde, quem vai avaliar é a equipe médica e aí tem algumas variantes importantes, que é aquilo que eu já comentei que vai escolher quem vai fazer o transplante. O tempo elevado implica além dos custos o sofrimento dos pacientes na fila, aproveitamento de órgãos de qualidade inferior e a conseqüente redução do tempo de duração dos enxertos. As consequências advêm da necessidade de retransplante e a provável elevação das taxas de mortalidade, isso já tem dados, são dados que tem evidências e constatou-se que o acesso da população os transplantes não tem sido equitativo e tampouco foram identificados mecanismos para minimizar as dificuldades de acesso dessa população que reside, principalmente distantes dos centros. A heterogeneidade da distribuição das equipes transplantadoras, não existe um padrão nacional quanto a esses procedimentos, a gente sentiu falta disso. Também supostamente o que supostamente vai acarretar mais gastos para esse sistema, a importância social e econômica do transplante também quanto aparato institucional e a realização desse procedimento e ausência dos estudos no Brasil que analisem esses determinantes sociais. Esse elevado custo deve-se considerar as repercussões sociais, psicológicas e restrição de qualidade de vida dos pacientes. Porque quem fica muito tempo numa fila, psicologicamente vai se abalando pelo próprio tratamento. E isso é um fator, uma situação importante até para o pós-transplante dos pacientes e para eles se recuperarem mais rapidamente. Essa logística que a gente coloca do financiamento, o IPEA, é importante colocar que dentro da porcentagem das rendas dessas famílias comprometidas, a gente vê aquela questão do pessoal mais pobre, que famílias com renda mensal até dois salários mínimos gastam 53, 9 de seus rendimentos em impostos, enquanto as famílias com renda mensal de mais de 30 salários, pagam proporcionalmente menos impostos no Brasil. O que vai caracterizar essa população mais pobre que paga mais, mas que acaba tendo menos acesso. Então é a questão da equidade. Portanto, quem financia os gastos públicos no Brasil e quem dele se apropria e se resume no Brasil é financiado pelos pobres e apropriado pelos ricos. E aí vai uma outra discussão que a gente pode estar avançando, ou seja, quem tem mais condições acaba tendo um acesso melhor, porque ainda por falta de dados essa população ainda está obscura, não se tem dados sobre o que realmente acontece. Tem uma pesquisa que foi realizada na Universidade de Minas Gerais que a gente vai tentar trazer, sobre uma avaliação econômica sobre a Terapia Renal Substitutiva no Brasil que vai contribuir para esse trabalho. A gente tem o orçamento. A mensuração dessa alocação vai exigir uma relação próxima com os produtores de dados, que essa é nossa intenção aqui, buscar junto ao Ministério da Saúde parceiros, instituições para estar trazendo esses dados para essas informações importantes subsidiarem estudos para o monitoramento e avaliação das ações governamentais. Proximidade do gestor e políticas para conhecer e interferir no seu desenho, na sua concepção e propor mudanças desse processo, o que está acarretando toda essa dificuldade dos transplantes. Uma outra coisa importante. É essencial que se trabalhe na Resolução dos gargalos assistenciais atuais por

meio de estabelecimento de uma rede integrada que possa propiciar atendimento integral, não só paciente transplantado, mas paciente portador de doenças crônico-degenerativas, Lembrando que é importante que o paciente chegue bem para o transplante, não só esse paciente, mas todas as pessoas que tem uma doença que não evoluam para outra complexidade. E isso envolve a gente retomar a discussão da atenção primária. Recomendações: Que as instâncias de forma integrada, quais sejam, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância e Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica, que elas ajudem a contribuir para esses problemas e o Departamento de Economia, quando a gente já está trabalhando isso para a avaliação, o Departamento de Ciência e Tecnologia, o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde para avaliação de todas essas ações e controle das ações que não estão sendo bem aproveitadas. Que o Ministério da Saúde viabilize parcerias com outras instituições, que elabore uma ação específica para transplante no sentido de dados que fiquem mais acessíveis, inclusive quanto aos gastos quanto a esse procedimento, e levantamento de dados da Secretaria de Epidemiologia, e avaliação das causas da cronificação dos pacientes, e avaliação dessas causas, e pedir que os pacientes cheguem prematuramente aos tratamentos de maior complexidade, intervenções no processo pré transplante e pós-transplante. A gente viu que tem que ter intervenções nesse processo até para diminuir a projeção desses custos. Que o Ministério faça uma avaliação das condições desejáveis para a realização dos transplantes, do ponto de vista da economia da saúde e da lógica da epidemiologia. Uma avaliação e monitoramento e controle permanente dos procedimentos com os órgãos expandidos, que é uma das nossas preocupações, se o paciente terá sucesso e como será perspectiva da qualidade de vida. Avaliação, monitoramento e controle racional, que sejam feitos estudos da relação custo benefício das medicações também, e que sejam feitas análises dos resultados de transplantes para a produção de parâmetros para informação. Aqui a gente tem as referências, essas aí são várias referências que a gente foi tirando para dar base a esse trabalho. **Rosana Reis Nothen - Coordenadora Geral do Sistema Nacional de Transplantes/SNT/SAS/MS** cumprimentou a todos e todas. Preparei uma apresentação falando um pouco do nosso modelo e responderei pontualmente as coisas que forem colocadas, à medida que o assunto for aparecendo aqui. Eu concordo bastante com muitas das coisas que foram ditas aqui, e acho que o transplante se presta muito para ser um aspecto muito emblemático das questões todas relacionadas com equidade, com igualdade de acesso, quando a gente fala de Sistema de Saúde. Porque não se trata apenas de recursos financeiros para a gente poder prover essa assistência, mas de recursos muito ligados à competência organizacional e também à questão de confiabilidade da população no Sistema de Saúde. As metas do sistema nacional de transplantes estão aqui. Ele tem um caráter essencialmente público, a gente garante, ou deveria garantir, a igualdade de acesso, o atendimento das necessidades de transplante da população e, portanto, o necessário envolvimento do Ministério da Saúde e de todas as outras instâncias de gestão no esforço de doação e a garantia das ações e serviços de transplantes para todos em relação à capacidade instalada. Também que a atenção prestada seja resolutive e de boa qualidade que é a qualidade da atenção e a diminuição dos custos esteja no foco, que se cumpra os preceitos legais, porque a lei do transplante é uma Lei Federal e todos nós estamos submetidos aos seus ditames, que a gente possa ter avaliação e controle dos resultados e que as normativas basicamente foquem os processos e auditoria. Diante de todas as nuances que a gente tem em relação aos procedimentos técnicos e que devem necessariamente ser adaptados às realidades locais na questão da prestação do serviço. Aqui está o processo de doação transplante, que começa na sociedade quando a gente detecta o potencial doador, e vem por toda cadeia de atenção. Passa pela avaliação desse doador, pela sua manutenção em condições de que os órgãos permaneçam viáveis, a confirmação legal da morte encefálica, o consentimento da família dentro do nosso modelo assistencial, os fatores organizacionais, a extração dos órgãos propriamente dita, a cirurgia de retirada, e o transplante que é o momento em que o órgão é devolvido para a sociedade. Nesse processo, a gente sabe que no mundo todo, a eficácia varia de 15 a 70% de viabilidade em cima dos identificados como possíveis doadores, que são pessoas com surto neurológico grave que estão em coma e que precisam dentro das UTIs serem identificados no momento crítico em que esse paciente deixa de ter alcance terapêutico, para que a gente possa ver através dessa situação, uma situação de oportunidade para as pessoas que estão aguardando por esses órgãos. A não identificação nos faz perder muita coisa e depois a não autorização da família, contra-indicações médicas e os problemas logísticos se colocam também e fazem com que a gente possa efetivar muito menos do que na verdade a gente tem. No Brasil hoje a nossa eficácia de processo está em média em torno de 25%. A gente tem como benchmarking o sistema espanhol e depois a gente vai ver porque, e em cima de alguns dados de literatura a gente sabe mais ou menos qual é a incidência. Essa incidência é na literatura internacional, que a gente teria de 0,5 a 4% de todos os óbitos nessa situação de morte encefálica que levaria à situação de impossibilidade de intervenção para transplante. E a Espanha conseguiu que 100% desses órgãos nessa situação fossem notificados com uma efetividade de 50 a 60%. Disso, o que não foi efetivado corresponde em contra-indicações químicas e recomendação de familiares, e 10% de perdas por parada cardíaca durante o processo. 90% das doações

são multiorgânicas e saem pelo menos dois tipos de órgãos sólidos. Na maioria dos hospitais brasileiros, a gente não sabe absolutamente nada a respeito disso, de quantas notificações a gente deveria ter, qual é a epidemiologia da nossa morte encefálica e desses quantos doadores efetivamente se efetivam. Dentro desses modelos de captação, a gente tem o histórico disso, é quando lá atrás quando as equipes começaram a transplantar e dentro da própria equipe havia alguém que conversava com as famílias no sentido de conseguir essas doações. E isso obviamente trazia conflitos éticos importantes, como conflito de interesse estampado e aos poucos isso foi se profissionalização e foram criados basicamente dois modelos. O modelo americano que trabalha com organizações de procura de órgãos onde os hospitais independentemente da sua natureza e seu perfil assistencial, se reportavam ou se reportam até hoje a uma organização que faz essa busca. E o modelo espanhol que preferiu colocar a figura desse coordenador de transplantes dentro do próprio hospital. E então independentemente dele ser transportador ou hospital de emergência ou hospital geral, todos eles têm a figura desse coordenador intra-hospitalar e que é o modelo que foi defendido durante muito tempo para ser o modelo brasileiro, e que está sendo levado também para outros lugares do mundo, os próprios Estados Unidos estão pensando em compor algum tipo de modelo misto com esse modelo. Aqui a gente tem doações por país. A gente tinha aqui o Brasil nesse momento em torno de 6, e a gente já melhorou bastante depois disso, mas aqui mostra a discrepância importante que a gente tem e casos de sucesso mesmo dentro de situações econômicas, muito semelhantes a nossas, como é o caso do Uruguai. E a Espanha aqui despontando no mundo todo e algumas regiões da Espanha como a Catalunha, fazendo uma performance que hoje é incomparável ainda no mundo todo. As coisas evoluíram na Espanha nas últimas duas décadas, e como as coisas dentro da própria Espanha também são heterogêneas, onde a gente tem lugares que são vizinhos, praticamente aqui a gente tem 24 doadores por milhão de habitantes e aqui a gente tem 48, o dobro. Tem muitas coisas no modelo espanhol que poderiam realmente se superpor aos nossos. Eles têm Sistema de Saúde Pública como o nosso e tem semelhanças em relação a ser descentralizado e também setorialista. Esse sistema foi baseado basicamente nessa estrutura de coordenação de transplantes e numa retribuição financeira justa dos profissionais que trabalham nessa área. A ONT que é a Organização Espanhola, coordena, normatiza, ensina, informa e difunde, e as coordenações autonômicas fazem as coisas em nível dos estados espanhóis, que são as suas províncias autonômicas e a questão de obtenção dos doadores de gestão da qualidade. E todo esse trabalho é focado no médico e no enfermeiro. Não trabalham outros profissionais de saúde em doação na Espanha. Aqui então é uma portaria da gente de 2000, que fala do coordenador hospitalar, não vou entrar no mérito de todos esses itens, mas vocês vêem que ele é assessor da direção do hospital, ele tem que manter a documentação em dia, ele tem que atualizar bibliografia para os colegas. Disponibilizar material de divulgação, enfim, catalisador de todo tipo de conflito que possa influir negativamente no programa. É como trocar o pneu com o carro andando e não perder a pose. É uma atividade extremamente difícil e extremamente desgastante. Esse é o modelo do Sistema Nacional de Transplantes hoje. Nós temos uma Coordenação Nacional dentro do Ministério da Saúde, na SAS. Temos uma central nacional que trabalha como pólo de difusão dos órgãos entre estados, quando eles não podem ser aproveitados dentro do próprio estado, câmaras técnicas, o grupo de assessoria estratégica que começa a se reunir esse mês dentro do regulamento novo, e depois as estruturas de cada secretaria que são extremamente variáveis. Modelo de São Paulo. Desde o início começou a trabalhar com conceito de organização de procura de órgãos e que agora vem associando também os coordenadores hospitalares. E a mistura desses dois modelos se mostrou extremamente eficiente no Estado de São Paulo, fazendo com que o estado tenha alavancado em torno de 50% as doações nos últimos dois anos. Nós temos outros modelos que são extremamente enxutos em alguns estados que inclusive a própria central de transplantes que faz os procedimentos de busca de doação. Ai tem vários aspectos a considerar. Por que médico? Um dos problemas que a gente tem sem dúvida é o pouquíssimo envolvimento do médico nessa questão da doação, como se essa fosse uma atividade menor dentro da prática médica quando não é. Porque a conveniência de que a gente tem um médico tratando desses assuntos, estabelece uma relação de igualdade com aqueles responsáveis dentro da UTI que precisam identificar a existência desse processo. Se a dedicação deve ser exclusiva ou parcial. E aqui o Matesanz que é o diretor da ONT diz com todas as letras: "Tudo isso aqui devem ser virtudes de um coordenador: Entusiasmo, criatividade, espírito de equipe, ânimo de luta etc. Todas as qualidades humanas encerram um coordenador. Não são heróis, mas tão poucos todos valem para serem coordenadores e os eleitos nem sequer o valem para toda a vida." Porque uma atividade médica? A literatura internacional até o ano de 2004, praticamente não trazia nada em relação à doação de doador. Os artigos eram muito poucos e muito superficiais. Como se cuidar do doador fosse igual a tratar outras situações clínicas que o doador apresenta em outros pacientes que não estão mortos. A questão da manutenção hemodinâmica se reveste no doador que demoraram muito tempo para serem identificadas, e que agora pouco a pouco a gente vê começando a aparecer na literatura médica. E é por uma das razões pelas quais os médicos se envolvem pouco e não é só no Brasil, porque nos Estados Unidos quem tem se ocupado dessa atividade

também tem sido o enfermeiro, com algumas dificuldades explícitas que agora começam a aparecer na tentativa de levar o modelo espanhol também para os Estados Unidos. O doador tem uma fisiopatologia distinta e imunológica assistencial própria. As repercussões multiorgânicas que são trazidas pela morte encefálica, exigem flexibilidade para que a gente identifique o tempo ótimo de intervenção, e é por isso que protocolos assistências aqui, eles se aplicam parcialmente. Mas é preciso existir sempre o profissional que conduza a possibilidade de flexibilizar a terapêutica. É importante a dedicação na manutenção para melhorar o resultado dos transplantes. Melhores doadores, melhores transplantes. A ressuscitação agressiva frequentemente reverte as disfunções orgânicas. E então, muitos doadores que a gente perde por parada cardíaca, não perderíamos se a gente tivesse um profissional ligado na questão de resuscitar agressivamente esta pessoa ou este corpo, porque legalmente já não é mais uma pessoa. Assim que houver estabilidade, a retirada deve ser procedida emergencialmente. A gente não tem tempo para ficar esperando que as coisas se organizem. No momento em que está tudo pronto, tem que ser feita a retirada. Não existe nenhuma situação de disfunção orgânica ou fator social que justifique a ausência de intervenção para obtenção do consentimento familiar ou para o oferecimento dos órgãos na ausência de contra-indicações relacionadas à biossegurança. Quem contra indica o doador, não é quem está na UTI cuidando. A função de quem está lá dentro é fazer a manutenção. Depois o órgão vai ser aproveitado ou não dentro de critérios técnicos estabelecidos, transparentes e publicados, é outra instância de decisão. Essas decisões de transplantabilidade devem ser negociadas com as equipes, e aí entra a questão dos órgãos de critérios expandidos. Tudo o que tem sido feito com o Brasil, tem sido feito em cima do que a literatura internacional preconiza. A gente não tem uso de critérios estendidos fora dessas balizas. Se é melhor ou não é, acho que o tempo tem que nos dizer, talvez a gente chegue à conclusão de que para nós que somos um país pobre ainda, que ainda tem problemas de financiamento importantes, a gente deva talvez olhar isso do ponto de vista de custo benefício com outro olhar, mas isso tem que ser bancado tecnicamente também. O fato é que hoje é o transplantador que decide, fora aquelas contra-indicações maciças conhecidas por todos de doenças tipo HIV ou de tumor que pode ser transmitido e dar metástase e etc, a gente sabe que é o transplantador que avalia se aquele órgão serve para o seu doente, dentro dos princípios de bioética que norteiam toda a atividade médica. As iniciativas de aumentar o pool também têm que ser vistas, não somente em termos de aumentar o número de órgãos utilizados, mas também da qualidade dos transplantes. E também o feedback de como é que isso se passou nos enxertos e para intensivistas, para que eles possam saber como os cuidados foram feitos. Outra coisa que é importante que a gente tem que considerar é que o processo de doação transplante é diuturno, não é que nem o bar do Fritz, que no momento não está aberto porque está fechado. A gente precisa que as estruturas sejam permanentes, e o doador não é uma coisa freqüente na vida de uma UTI, ele aparece de vez em quando, felizmente. O fato é que quando ele aparece a estrutura tem que estar pronta e isso tem que ser provido com antecipação. Outra coisa que a gente tem que considerar é a extrema heterogeneidade dos estabelecimentos de saúde em relação à sua natureza, vocação e capacidade de gestão; e a necessidade da gente classificar esses hospitais por critérios objetivos que permitam as auditorias e ver o que a gente vai cobrar de cada um deles, e quais os que precisam ser ajudados e incentivados. Quando assumimos a doação estava abaixo de oito, 60 mil pacientes em lista, sub-inscrição de receptores em vários estados. A nossa premissa é a necessidade do aumento do número de transplantes. Listas crescentes, um hemo crítico que garanta a expertise de equipes e necessidade de garantir o acesso. Portanto a gente precisa de doadores e da avaliação real do número de receptores. O aumento do número de doadores passa por todo esse processo, que é a gente buscar nas UTI, identificar pontos de obstrução, capacitar recursos humanos, educação permanente da comunidade hospitalar e educação comunitária. E nesse ponto aqui é um dos problemas importantes que a gente tem, porque essa é uma atividade que para nós brasileiros ainda é muito nova. E ela ainda se recente muito de que as universidades se envolvam nesse processo. A capacitação está basicamente focada dentro do Ministério e das Secretarias de Estado, e em alguns convênios pontuais com instituições que tem tomado conta disso. Então do mesmo jeito que muitas coisas a gente vem observando na evolução do SUS nos últimos anos, a gente tem idéias, a gente tem projetos e a gente tem as experiências internacionais, mas a gente não tem pernas para acompanhar do ponto de vista de recursos humanos. Também os coordenadores precisam ser vistos como gestores, coordenador hospitalar é o braço do SNT, e os coordenadores intra-hospitalares são o braço da SNT dentro dos hospitais. A procura de órgãos e tecidos, a garantia de acesso e concurso do receptor são também tarefas do coordenador hospitalar. E as auditorias internas em relação às demais atividades da própria instituição. E é isso que o novo regulamento traz. Quanto aos receptores, a depuração das listas de espera é uma necessidade. Certamente vai acontecer dentro das atitudes que a gente vem tomando agora. Estabelecimento de fluxos de atenção no atendimento ambulatorial e na inscrição dos transplantes, a atenção à atualização das sorotecas e exames relacionados aos escores de gravidade que vão garantir que o paciente possa transplantar e o mecanismo de feedback aos profissionais e instituições referenciadoras. E aqui é importante a gente saber que todos os exames, absolutamente

todos os exames que garantem a seleção do paciente para o transplante, estão financiados no âmbito do Sistema Único de Saúde. Se eles acusam o doente ou não, é uma questão de organização, mas existe o financiamento e ele é todo federal, ele é todo dentro do FAEC, e é todo pago diretamente ao prestador de serviço. Então, se isso não acontece é por desorganização, não é por falta de financiamento. A otimização dos procedimentos de distribuição que é igual a tempo, é a necessidade que a gente tenha preestabelecido alguns critérios de distribuição, e por isso a importância de um sistema gerencial que contemple a necessidade do transplantador para aquele paciente especificamente. Que ele já coloque pré estabelecidamente como é que são as exposições de critério, e que ele negocie isso com o paciente apresentando quais são essas desvantagens que ele vai ter para se aceitar um órgão de critério expandido. E então, isso a gente tem que fazer é no varejo, não no atacado, isso diz respeito à relação médico paciente e a melhor solução para aquele paciente naquele momento. Por isso o gerenciamento das condições dos receptores hoje está sendo implantada, e a gente acredita que até mês que a vem a gente começa a trabalhar com o novo sistema, e pela Web muitos transplantadores à semelhança do que vem sendo feito em São Paulo há alguns anos, o próprio transplantador gerencia a condição do seu doente em lista. E nós precisamos então de mecanismos de auditoria bem definidos, para ver como isso está se passando lá na ponta. Outra coisa importante é a questão do movimento internacional de combate ao turismo para transplante ou comércio de órgãos. Houve um evento importante da Organização Mundial de Saúde que produziu um documento chamado declaração de Istambul, onde o foco disso é que os países alcancem sua auto-suficiência, porque é a única maneira da gente garantir a ausência de ilícitos de iniquidade na questão do transplante. É o velho axioma de que casa onde falta pão, todos brigam e ninguém tem razão. A gente precisa muito melhorar a doação para poder melhorar o resto da cadeia. E a reorganização da captação é uma coisa no nosso entender fundamental. A exigência sobre a CNCDO e a responsabilidade técnica nas coordenações estaduais, exigência sobre as regionais, criação de OPOS que façam um modelo semelhante ao de São Paulo também nos outros estados, conceito de rede entre CNCDO, a OPO e as coordenações intra-hospitalares, regime de trabalho e perfil dos profissionais bem estabelecidos. Então, essa OPOS seria centralizadora de várias CIHDOTT, independente de ser ou não hospital transplantador e independe do tamanho do hospital, fazendo com que a CNCDO seja coordenadora de uma grande rede descentralizada de atenção à captação de órgãos. **Tadeu Thomé - Coordenador do Departamento de Coordenação e Transplantes da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO** cumprimentou a todos e a todas. Esse trabalho foi iniciado com a doutora Maria Cristina Castro, que não pode estar aqui. O tema utilização é uma coisa que eu acho importante, e a gente afirmar que existem várias oportunidades de melhoria que o Sistema Nacional de Transplantes tem como desafio pela frente. Mas também é inegável e a gente tem que afirmar o avanço que teve de 97 quando foi criado o Sistema Nacional de Transplantes no Ministério até hoje. As conquistas que foram realizadas são muito grandes, são muito importantes para todo o Sistema de transplantação e por todos esses pacientes que estão aguardando em lista de espera. E aqui é um momento importante para a gente, nós viemos comemorar, em 2009, nós tivemos resultados além das metas estabelecidas. Tivemos aumento do número de doadores de órgãos efetivados por milhão de população, que é um índice que é utilizado em nosso meio. Foram feitos mais transplantes de rins do que a meta e mais transplantes de fígado do que a meta. Desde 2005 até 2009, temos potenciais doadores, são os indivíduos que abriram protocolo para confirmar o diagnóstico da morte encefálica. E esse diagnóstico de morte encefálica, uma vez realizado e finalizado, tem que ser notificado à Central de Transplante ou CNCDO que é o mesmo nome. Essa notificação é compulsória e o que a gente muitas vezes vê que isso não acontece. Nós temos um crescente aumento de 2005 a 2009 fechando 2009 com 6490 potenciais doadores notificados na Central de Transplante. Nós tivemos aumento de 26% de 2009 em relação a 2008. Das relações efetivas de múltiplos órgãos. E o percentual de efetivação, se mantém constante e aqui um aumento importante de 2009 também. Nós temos 20 a 22% dos casos notificados. Ou seja, 80% dos casos notificados não viram doadores de órgãos. Por quê? São vários motivos: recusa familiar. Em 2009 fechamos com 21%. Dos casos notificados não foram efetivados, porque 21% das famílias entrevistadas se recusaram à doação. E os motivos são diversos. Parada cardíaca do potencial doador, 21% também. Caiu um pouco esse número, está melhorando, mas ainda nós achamos que é um número alto. O indivíduo de morte encefálica, o cadáver que está mantido por aparelhos na unidade intensiva, a gente sabe que uma hora ou outra esse coração vai parar de bater, isso é fato, porque ele está em morte encefálica. Só que os cuidados para manter esse coração batendo e de uma forma saudável que visse preservar os órgãos é de vital importância até que esse potencial doador entre no centro cirúrgico e comece a cirurgia que extrai os órgãos. Então, 21% não chegou à doação, porque o coração parou de bater, e aqui nunca vai chegar a zero, mas consideramos esse número alto e que junto com a entrevista familiar é um dos maiores gargalos para efetivação dos casos de morte encefálica. Contra-indicação médica: 17%, mortes encefálicas não confirmadas 5%, e outros casos de 10% de não efetivação. Aumentamos 8% número de casos notificados, aumentamos 26% o número de doadores realmente efetivos que doaram pelo menos

um órgão ou tecido. Curva vermelha, os casos de morte encefálica notificados, verde os casos não efetivados, e azul aqui os casos efetivados de morte encefálica. Fechamos, no Brasil, o ano de 2009 com 8,7 doadores por milhão de população, o que é um número bom, é um recorde histórico nosso, que vem com uma luta freqüente através de ações do Ministério da Saúde através do Sistema Nacional de Transplante, com parceria com a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos e outras associações afins, e também algumas iniciativas privadas. E como a doutora Rosana comentou é feito um benchmarking com o modelo espanhol que é usado no mundo inteiro como padrão para a gente buscar qualidade e buscar nosso benchmarking. Eles têm quase 35 doadores efetivos por milhão de população. Nós aqui estamos melhorando, mas ainda tem muito caminho pela frente. Em 2009 de acordo com o registro brasileiro de transplante, nós tivemos 448 equipes de transplante de órgãos credenciadas no Brasil. Só que desse número em 2009 tivemos 244 equipes ativas, ou seja, que fizeram pelo menos um transplante de órgãos e as outras fizeram zero de transplante. E como foi dito anteriormente, uma coisa é a equipe de transplante, a outra coisa é doação de órgãos. É um binômio indivisível, eles andam juntos, porém são frentes distintas. A doação de órgãos, existe uma estrutura diferente da estrutura de transplante. Fechamos 2009 com quase seis mil transplantes de órgãos sólidos em todo o Brasil, tanto doador vivo, quando doador falecido. Fizemos 12% a mais de transplante de rim, 12,4 transplantes a mais de fígado em relação ao anterior. Em dez anos do Sistema Nacional de Transplantes, aumentamos 78% o número de transplantes renais e aumentou 264% o número de transplante de fígado, se comparados a 1999. Pela primeira vez 60% dos transplantes renais foram feitos com doadores falecidos. Temos uma queda pequena, mas uma queda do doador vivo e um aumento significativo dos doadores falecidos, o que é um bom sinal. Transplante de fígado, aumento de 14% e transplante de pulmão, saímos com menos de 20 transplantes em 99 e fechamos ano passado com quase 60 transplantes pulmonares realizados no país. O transplante cardíaco vem mantendo uma faixa, 150 a 200 transplantes, pâncreas 160 a 172 e fechamos com 158. As doações estão aumentando e conseqüentemente o número de transplantes está aumentando, estamos tentando atender essa demanda grande da lista de espera no país. Nas colunas vermelhas o número de pacientes listados na fila de espera para coração, e em azul o número de transplante cardíaco realizado. Fechamos 2009 com quase 200 transplantes cardíacos, a média de transplante cardíaco por ano foi 172 transplantes e fechamos com 294 pacientes inscritos em lista de espera. Atendemos a uma demanda de 59% desses candidatos a transplante cardíaco. O mesmo raciocínio a gente fez com fígado. Em vermelho, a lista de espera para transplante hepático, note que não são novas inscrições, é número total de pacientes inscritos, e em azul o número de transplante realizado. Calculando a média de transplantes realizados nos últimos anos, com a lista de espera de 2009 que é quase cinco mil pacientes inscritos, fizemos somente 20% da demanda necessária. O rim, nós vamos observar que nós fazemos 11% da demanda, existe mais do que 30 mil pacientes inscritos em lista de espera e fizemos aqui uma média de 3444 transplantes, é um número bom, um número grande, porém a gente percebe que ainda é insuficiente, 11% da demanda. Se vocês observarem, nós temos 30 mil pacientes inscritos e chegamos a quase 35 mil, olha só, nós temos 294 pacientes inscritos para o coração e significa que nós temos mais pacientes cardiopatas do que nefropatas, e acho que isso a Rosângela comentou no começo, a resposta é não. A verdade é que o paciente renal ele tem uma terapia alternativa que é diálise e quem entra na fila de espera para transplantar o coração e o pulmão, ou mesmo o fígado, se ele não transplantar em determinado tempo, ele acaba morrendo. A mortalidade em lista de espera, é muito maior nesses órgãos que não tem essa terapia alternativa, do que o rim, por exemplo. O transplante pulmonar é a mesma coisa, fizemos 28%, 150 pacientes inscritos. Esses pacientes são muito graves e eles têm que andar com cilindro de oxigênio e então a qualidade de vida de quem está na lista de espera é muito ruim. Temos aqui de todos os órgãos sólidos, a gente nota uma linear crescente no número de inscrições, no número total de pacientes em lista de espera, que hoje beira 60 mil pacientes. E não temos o mesmo crescimento correspondente com o número de transplante de órgãos. Volto a afirmar. As coisas estão melhorando, a gente está otimista, só que a gente percebe que ainda estamos longe de atender toda a demanda necessária. A mortalidade de lista de espera é um negócio que a gente tem que trabalhar e que nos preocupa bastante. Quais são as estratégias? Obviamente aumentar o número de doadores tradicionais. Estamos falando de doadores com critério expandido e também esses são doadores com exames e avaliações ditas ideais para doação de órgãos. Quais são gargalos principais que a doutora Rosana já comentou? Primeira coisa é identificação e notificação desses potenciais doadores. Aquele número de 6.490 notificados, gira em torno de 40% do que poderia ser. Poderia, porque nós não temos um estudo, a gente não sabe exatamente no Brasil qual é realmente o número desses potenciais doadores, e então estima-se que seriam 40%. E a identificação e notificação que é compulsória, a lei contempla ela deixa que é obrigatória a notificação da morte encefálica para uma Central de Transplante, quando você está frente a esse caso. O segundo é manutenção em hemodinâmica e ventilatória desses potenciais doadores. Ou seja, ele é um morto, um cadáver que está dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva, e que a única função dele estar lá dentro é estar com o respirador e com as drogas, para que os órgãos sejam

3167 bem perfundidos para um transplantes. É a única função. E essa manutenção não é fácil, ela é muito
3168 complicada devido à morte encefálica, o próprio estado em que esse corpo se encontra de morte encefálica,
3169 não permite uma harmonia entre a pressão arterial, a ventilação respiratória, e os exames frequentemente se alteram, e isso vai caindo, caindo até o indivíduo entrar em parada cardíaca. E quando
3170 o indivíduo entra em parada cardíaca, não pode ser o doador em vias normais de múltiplos órgãos.
3171 Somente tecido. A não ser uma outra alternativa que é esses indivíduos terem parada cardíaca, tem um
3172 protocolo que você consegue viabilizar órgão deles, que é algo que está um pouco a médio e longo
3173 prazo para a gente começar a fazer. Agora, o segundo tópico que a gente poderia estrategicamente
3174 atuar é expandir os critérios desses potenciais doadores, para que o maior número de pessoas da lista
3175 seja beneficiado. A doação inter-vivos, o transplante inter-vivos, tanto da pessoa que é parente como
3176 do não parente, ela está muito bem regulamentada e a lei contempla exatamente quem pode doar e
3177 como deve doar esses órgãos, só que estrategicamente a gente tem que pensar muito, porque é difícil
3178 você conseguir incentivar a doação inter vivos para aumentar o pool de doadores, sendo que nós temos
3179 vários gargalos de pessoas que já morreram e que podem doar vários órgãos para o sistema. Eu acho
3180 que é necessária a doação intervivos, mas a nossa posição é que nós temos que repensar se deve ou
3181 não investir nesta alternativa. Para falar em gestão do processo, basicamente você tem óbitos no hospital e nós temos que transformar em doações efetivas. O número de doações efetivas, nós temos indicadores de desempenho que são os números que eu mostrei agora há pouco. Porém, nós precisamos também atentar aos indicadores de processo. Nós temos necessidade de muitos órgãos, mas não temos que tirar o foco da qualidade que esses órgãos estão sendo viabilizados. Nós vamos ver que doador de critério expandido não é somente o doador que tem uma doença, que é motivo intrínseco. Muitas vezes está relacionado com a qualidade da assistência que o hospital está dando para esse potencial doador até o momento da cirurgia da retirada. Se ele tiver uma má manutenção hemodinâmica e ventilatória na UTI, se a entrevista não for parceiro e o enfermeiro não estiver em cima, e esse potencial doador não for bem mantido, as repercussões serão muito graves e até fatais no receptor. Muitas vezes é preferível até, é ruim falar isso, mas é preferível falar que esse potencial doador mal mantido tenha uma parada cardíaca e não seja doador, se estiver mal mantido e esses órgãos mal perfundidos, de repente vai para um receptor e vai causar algum malefício. E então os indicadores de processo, eles tiram uma fotografia de porque esse número é alto, é baixo ou é um número bom. A gente não sabe. E eles estão todos contemplados na portaria 1262 de 2006, que o Ministério sugere quais são os indicadores que a gente deve acompanhar. A gestão evitar dano ao paciente receptor, otimização dos escassos recursos disponibilizados que são os enxertos e que são os órgãos, foco na necessidade e segurança do paciente, é um negócio que tem que ter na cabeça sempre, evitar desperdício e responsabilidade do profissional ética e legal. Nós temos aqui a necessidade de acompanhar os resultados, essa transparência se torna, já foi falado pela doutora Rosana e pela Rosângela, ela é muito necessária essa transparência. Temos indicadores quantitativos de desempenho e qualitativos, nós temos que ver quais são os riscos do processo da doação de transplante, a identificação, indicadores de segmento e políticas de protocolos, cumprimento de metas e qualidade. Então não conhecemos os procedimentos das equipes de transplantadores de uma maneira geral. Isso nós temos que trabalhar em cima. A doutora Rosana já mostrou o processo de doação de transplante, é o mesmo, só que em esquema diferente. Mas aqui, você tem o paciente em *Glasgow* é uma pontuação que você vê para o nível de coma desse paciente. Então o 3 é o número mínimo. Nós todos estamos com o nível quinze, às vezes alguns 14 com sono, mas o mínimo é 3. E então o indivíduo em *Glasgow* 3, ele necessariamente, descartadas as chances se está usando drogas depressoras, algum choque metabólico ou alguma alteração fisiológica, tem que abrir esse protocolo de morte encefálica e fazer a notificação para a Central de Transplante ou para OPO. Todas as etapas e eu grifei aqui as três que são gargalos, que é a subnotificação, a manutenção hemodinâmica às vezes inadequada, e a entrevista familiar que deve ser feita por profissionais capacitados, profissionais que tem o perfil específico para esse fim. Não pode fazer por qualquer pessoa. O intensivista, o neurologista não pode falar assim: - Infelizmente o seu parente faleceu, e agora você quer doar os órgãos? Isso é um negócio que não pode. São coisas distintas. Tem que ter uma conversa num ambiente separado, você tem que ter toda uma estrutura, e a conversa tem que ser semi estruturada, tem que seguir um eixo, um raciocínio para que você encha de informação a família, para dar ferramentas para ela optar ou não pela doação. Só um detalhe, a gente não pede órgãos, a gente dá a possibilidade da família doar, ou não, nessa situação. E aqui uma coisa importante que tem a ver com a apresentação, validação do potencial doador que é a avaliação dele para a doação de órgãos. Uma coisa importante, a avaliação global do potencial doador é diferente da viabilização do órgão. Se ele tem um problema renal ou um problema pancreático, isso não inutiliza o doador, inutiliza a doação deste órgão específico. Mas ele pode doar outros órgãos sem o menor problema. Nós temos vários riscos do standard que é o padrão para nós até os inaceitáveis. E vou deixar uma coisa muito clara, que esses órgãos expandidos ou órgãos limítrofes, eles não são órgãos ruins, porque os órgãos ruins que tem contra-indicação absoluta, eles são descartados. Não são colocados órgãos que vá trazer grandes

3228 prejuízos para esse paciente, além dos riscos que tem da cirurgia do transplante. Por exemplo, uma
3229 contra-indicação absoluta, o doador com HIV e HTLV 1 e 2, ele é contra indicado para doações de ór-
3230 gãos, alguns tumores sólidos são contra indicados, ou linfomas e algumas infecções ativas também
3231 contra indicam para doação dos órgãos e tecidos. Nós temos o raciocínio, não tem contra-indicação,
3232 aceita o órgão. Se tem contra-indicação absoluta, nega essa doação, e se tem uma contra-indicação
3233 relativa, que é um diabetes, hipertensão, um paciente com algum outro distúrbio, então aceita essa
3234 doação e informa a Central de Transplante e informa as equipes transplantadoras para elas junto com o
3235 paciente decidir se aceita esse órgão ou não. Porque muitas vezes é um órgão que não é ótimo, é o
3236 sub-ótimo, mas é o último recurso para o paciente que está entubado na UTI que está morrendo nas
3237 próximas horas. Então, quem deve comunicar se aceita ou não é a equipe de transplante, e já previa-
3238 mente acordado com a família. Se tem critérios expandidos para doação de órgãos, você tem que pon-
3239 derar e consultar os consensos especialistas, naquele caso. Se for desfavorável, pára o processo, não
3240 tem doação, e se for favorável informa, aceita e viabiliza a doação com uma crítica para a equipe. En-
3241 tão, idade mínima e máxima são alguns critérios que a gente leva em conta para ser doadores limítro-
3242 fes. A presença de diabetes, hipertensão arterial, o tipo da causa da morte, infecção, altas doses de
3243 drogas vasoativas e indivíduos que estão com uma pressão muito baixa na UTI, precisa de vários me-
3244 dicamentos que vão agir nas artérias e no coração para que essa pressão aumente. Se tiver níveis
3245 muito altos, esse coração, por exemplo, não pode ser viabilizado para doação, e então ele entra no
3246 descarte ou no critério expandido se for aceitável. Presença de tumores, neoplasias, fatores de risco
3247 biológico e alterações morfológicas ou funcionais do órgão, um fígado muito gorduroso, pode também
3248 não viabilizar a doação do fígado e não do rim. Agora, quanto de gordura no fígado inviabiliza a doa-
3249 ção? É esse o motivo da discussão, por isso que existem estudos baseados em evidências e as reco-
3250 mendações para ver que critérios você aceita ou não esses órgãos. E doador com coração parado de
3251 órgãos. Então, basicamente é uma discussão grande, porque você tem os riscos do enxerto do doador
3252 de critério expandido ou doador limítrofe, você tem os riscos inerentes dessa prática, mas, por outro
3253 lado, você também tem riscos da mortalidade em lista daquela doença de base desse paciente. Então
3254 qual é a chance dele morrer? Da lista de espera ou desse órgão com critério expandido? Isso depois a
3255 doutora Maria Cristina vai aprofundar a discussão. Por exemplo, no rim, eu tenho rim com critério ex-
3256 pandido. Se eu aceitar esse rim, o risco do enxerto não funcionar pode ser um pouco maior, posso ter
3257 perda precoce desse enxerto e criar até uma sensibilização desse doador para outros rins que vierem
3258 aparecer. Por outro lado, e eu não aceitar, eu aguardo em diálise por outro melhor, e aí eu nego este
3259 rim, não garante a oferta de outro em tempo pequeno. Porque a compatibilidade para o HLA, não ga-
3260 rante uma oferta rápida. Então quando eu vou ter outro órgão para frente. Essa discussão tem que ser
3261 ouvida a equipe que tem que dar as informações e a peça fundamental que é o paciente, ele tem que
3262 ser ouvido, se ele quer ou não participar desse tipo de alternativa. Do transplante renal eu tenho a so-
3263 brevida do paciente em cinco anos de 89% com o doador tradicional e aqui 88 com o doador limítrofe. E
3264 em cinco anos, eu tenho uma diferença de 0,7% na mortalidade, sobrevida do enxerto, porque às vezes
3265 o paciente fica vivo e o enxerto morre, então eu troco por outro enxerto. Tenho sobrevivência do paci-
3266 ente e o cálculo de sobrevivência do enxerto. No doador tradicional eu tenho uma sobrevida de 77%,
3267 diferente de 70%. O doador limítrofe, ele perde esses 7% em cinco anos em relação ao doador tradi-
3268 cional. Perdas por necrose tubular aguda é uma patologia comum no pós-transplante renal, que é menor
3269 no doador tradicional e bem maior no doador limítrofe, eu tenho enxerto nunca funcionante, essas dife-
3270 renças. Porcentagem de morte por ano, os indivíduos em lista de espera sem transplante tem 6,3% de
3271 óbitos nesse ano em relação à lista e quem transplanta com doador tradicional, 3,3 e o transplante com
3272 doador limítrofe 4,7. É melhor do que não transplantar, porém ele é um pouco pior do que você usar
3273 um doador tradicional. Trabalhos que falam que diabetes não influi na doação renal. Alguns rins que
3274 tem algum prejuízo por conta da diabete, esse rim ele é recuperado após o transplante no receptor. A
3275 instabilidade hemodinâmica que muitas vezes altera a função renal. Quando você olha esse rim do
3276 ponto de vista clínico, ele é um rim que está um pouco ruim, porém após o transplante ele volta a funci-
3277 onar normalmente, porque foi prejudicado devido a uma má manutenção, e então não dá para descar-
3278 tar esse rim por conta da situação dele atual, ele vai melhorar depois no receptor. Critérios dados para
3279 doadores marginais, é o termo que usava antigamente, agora a gente usa o termo limítrofe, doadores
3280 limítrofes do pulmão, os critérios ideais e os expandidos e aqui quais são os casos que tem que ser
3281 descartados os pulmões. Estudo, 43,9% dos transplantes pulmonares foram feitos com doador limítrofe
3282 e tivemos aqui algumas diferenças de mortalidade em 30 e 90 dias com relação a quem fez o transplan-
3283 te com doador tradicional de pulmão. Aqui o transplante cardíaco fala que com doadores limítrofes não
3284 altera a disfunção primária do enxerto, que é o funcionamento ruim do órgão após o implante, após o
3285 transplante. E então a utilização de enxertos limítrofes não altera essa disfunção. No hepático foi desde
3286 87 já falava de doadores “marginais” que a gente chama de limítrofes hoje, já falava da redução de
3287 enxerto para crianças, você corta o fígado no meio e uma parte vai para um adulto e outra parte vai
3288 para criança. O mesmo doador beneficia dois pacientes em lista. Já falando de resultados satisfatórios

com taxas aceitáveis em não funcionamento primário do enxerto. Muitas vezes o fígado é implantado e não funciona e muitas vezes a gente não sabe por que. Foi feito um estudo comparando doadores limítrofes e tradicionais e disseram que não tem impacto nesse sentido. E tem uma redução importante do tempo de listas de espera, na utilização desses enxertos. Aqui casos de transplante de até 93 anos, o doador de órgãos tinha 93 anos e doou o fígado com resultados bons no receptor. O enxerto não é a única causa dessa disfunção primária. É multifatorial. Nós temos causas relacionadas com doador, causas inerentes do receptor que é um paciente grave muitas vezes na UTI fazendo diálise, entubado, a recuperação desse paciente é mais lenta e não dá para qualquer problema que tiver culpar o enxerto deste problema. E também cirurgia que está relacionada à equipe médica, técnica cirúrgica e infraestrutura hospitalar. Nós temos os riscos da utilização dos enxertos limítrofes o impacto negativo na sobrevida do enxerto e muitas vezes aumento dos custos hospitalares relacionado ao tratamento prolongado por conta desse enxerto limítrofe e os benefícios no aumento do número de transplantes de órgãos com conseqüente diminuição da mortalidade em lista de espera para transplante. É óbvio tem que ser usado com experiência. A comunidade médica conversa sobre o assunto. Há estudos de consenso para quais órgãos serem classificados como limítrofes ou não, e o mais importante de tudo que já foi falado é a transparência. A equipe tem que sentar com o paciente e conversar quais são os benefícios de você receber um órgão limítrofe, quais são os riscos de você receber esse órgão limítrofe, e dar para o paciente a opção de aceitar ou não esse órgão limítrofe, essa possibilidade com base no que a equipe médica que ele mesmo escolheu para ser seu médico, falou para ele. A transparência de carregar o paciente de ferramentas, que são as informações para eles decidirem se querem ou não receber esse órgão limítrofe. A doutora Maria Cristina vai comentar sobre o termo de esclarecimento, que tem que ser específico para cada órgão, aqui está muito pequeno, não vamos ler, mas só dizer que tem “aceito realizar o transplante cardíaco com doador limítrofe, e atesto que fui devidamente informado sobre os riscos e benefícios”. E a equipe médica com a equipe de multiprofissionais junto garantir que essas informações tenham sido perfeitamente entendidas para esse paciente, para que não haja dúvidas após o transplante realizado. Nós temos em São Paulo um sistema Web que você consegue tirar das equipes e do Sistema Estadual de Transplante quais são os resultados. Um dos resultados que a gente consegue é a sobrevida desses pacientes. Nós temos aqui um exemplo de vários períodos do Estado de São Paulo, a média de sobrevida para o paciente transplantado de rim. Nós temos de 1 até 11 anos de pós-transplante, e a mesma coisa para o fígado; e a idéia é transpassar esse indicador e esse resultado para todo o Brasil. Nós temos no segundo semestre o lançamento de um consenso chamado Projeto Diretrizes junto com a Associação Médica Brasileira, junto com ABTO para lançar quais são os critérios para o fígado, então em termos de sódio, alteração morfológica e doenças infecciosas. Cada órgão vai receber um consenso para a comunidade transplantadora do país. E a ABTO está lançando esse ano uma alternativa para incentivar os médicos a publicarem seus resultados. Então o RBT já existe, agora quem quiser esse selo, eu contribuo com o RBT, vai colocar exatamente quantos pacientes você transplantou, quantos estão vivos, quantos perderam segmento. Lançar transparência para o Brasil inteiro, os resultados de cada equipe transplantadora que hoje a gente desconhece. **Maria Cristina Massarollo – Primeira Secretária Da Sociedade Brasileira de Bioética** cumprimentou a todos. Vou abordar um pouquinho a respeito dos aspectos éticos da utilização de órgãos com critérios expandidos. Primeiro devemos compreender e depois discutirmos os aspectos éticos, o conceito de doadores com critérios expandidos também denominados de doadores limítrofes, doadores marginais ou doadores não ideais, são aqueles com fatores de risco que podem comprometer a sobrevida do enxerto ou do receptor. São doadores que oferecem maior possibilidade de comprometimento da capacidade funcional do órgão transplantado ou risco de transmissão de doenças. Apesar de já ter sido bastante abordado, só o conceito, para nós vemos que já existem aqui alguns exemplos, já foram citados outros, de fatores de risco. Idade, tempo de isquemia, o tempo de retirada do órgão do doador até a implantação no receptor que varia esse tempo ideal de órgão para órgão, a infecção, dentre outros que foram citados. Mas o que eu acho que é importante nós estarmos lembrando é a associação de fatores de risco que quanto mais fatores de risco estiverem presentes, maior o impacto na sobrevivência do enxerto e do receptor, e essa inclusive é uma dificuldade, por assim dizer, no sentido órgão limítrofe. Quando ele é limítrofe? É quando ele extrapola os critérios dos doadores ideais, mas extrapolar é uma coisa que é muito fácil, mas cria um fator de risco? Dois fatores de risco? E o que a gente precisa então, duas vezes tendo um fator de risco pode não ter um impacto tão grande, tendo dois, tendo três, mas, além disso, como foi colocado, a disfunção do enxerto é multifatorial para a qual contribuem fatores tanto do doador como do receptor. Vai depender o fator de risco, o número de fatores de risco, a condição do receptor, o que contribui para o impacto então no resultado. Outra questão também lembrada é que as questões logísticas que envolvem o transplante podem contribuir para alteração de um órgão adequado em órgão limítrofe. Às vezes a distância, o tempo que leva para transportar o órgão, esse pode ser um fator também que interfere na condição do órgão doado. Existem implicações do uso do órgão limítrofe. Implicações positivas e implicações favoráveis e desfavoráveis. Con-

3350 tribuição positiva. Contribuição para redução do tempo de espera na lista dos transplantes. Como a
3351 gente viu, é uma lista muito grande e muitos também vão a óbito antes da disponibilidade de um enxer-
3352 to para ser transplantado. Contribui para a diminuição da mortalidade na lista de espera. Para melhoria
3353 da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao procedimento. Há também maior sobrevida dos
3354 receptores de órgãos limítrofes em comparação com pacientes na lista de espera para transplante. Ou
3355 seja, morrem mais pacientes na lista de espera do que pacientes transplantados com órgãos limítrofes.
3356 E há uma melhor relação, custo e efetividade do transplante com órgãos limítrofes do que com terapia
3357 oferecida ao paciente na lista. Coloquei terapia oferecida, porque pode ser terapia substitutiva renal,
3358 então para aqueles órgãos que tem uma terapia substitutiva, mas tem outros que não tem. O paciente
3359 que necessita de um transplante de fígado, ele tem também uma trajetória de internações em UTI, de
3360 complicações que também se for fazer a comparação em relação ao custo e efetividade tem a vanta-
3361 gem do órgão limítrofe. E como negativa, a possibilidade de maior número de complicações para os
3362 receptores e de maior utilização de recursos, que é uma coisa assim que a gente precisa pensar e dis-
3363 cutir a respeito. As justificativas decorrem da utilização dos órgãos limítrofes decorrem da desproporção
3364 entre o número de pacientes que necessitam de transplante e a quantidade de órgãos disponíveis. Não
3365 há órgãos para todos. Presença de algum fator de risco em grande parte dos órgãos utilizados; e falta
3366 de alternativas para os receptores de alto risco. É a possibilidade que ele tem de viver com o transplan-
3367 te. Ele não tem outra possibilidade de tratamento. É difícil ter um órgão totalmente sem fator de risco.
3368 Os resultados são superiores em função ao tratamento conservador, mas inferiores em relação aos
3369 doadores considerados ideais. Desse contexto surgem algumas indagações, pela carência de dados
3370 sobre os resultados dos transplantes no Brasil, como foi evidenciado. Há a dúvida muitas vezes de qual
3371 é a melhor decisão a ser tomada, qual a melhor escolha a ser feita? E também pelo significado diferen-
3372 te para os pacientes. A utilização de órgãos limítrofes para alguns significa benefício, para aqueles que
3373 tem uma situação de emergência, no sentido da necessidade, aqueles que estão muito graves e que
3374 necessitam do órgão e então para alguns significa benefício. Com esse contexto, a gente vai ver alguns
3375 princípios éticos que devem ser considerados, respeitados quando discutimos a utilização de doadores
3376 com critérios expandidos: autonomia, benefício, não maleficência e justiça. A autonomia é a capacidade
3377 do indivíduo de decidir sobre o que afeta ou possa afetar sua integridade, seu bem-estar, sua vida de
3378 acordo com valores, crenças, expectativas, livre de coação e manipulação mediante as alternativas
3379 existentes e após esclarecimentos necessários. Quando o paciente toma a decisão que nós tomaría-
3380 mos, aí ele tomou a melhor decisão. Mas quando mediante suas crenças, valores e expectativas, ele
3381 toma decisão diferente, às vezes há dificuldade do profissional aceitar. Ele tem o princípio da autono-
3382 mia, ele se manifesta no consentimento esclarecido. O consentimento esclarecido é a manifestação da
3383 autonomia e que é formalizado num termo de consentimento, que é o termo de consentimento que vai
3384 precisar assinar para consentir na utilização dos órgãos limítrofes. O consentimento requer algumas
3385 condições para que ele possa ser dado. Requer liberdade. Ser livre de influências para possibilitar a
3386 voluntariedade. Ele requer esclarecimento, ter informações necessárias para poder tomar decisão e
3387 requer competência que é ser capaz de entender e avaliar a informação recebida. E isso é bastante
3388 difícil, em que sentido? É um procedimento muito complexo, tem aspectos muito técnicos que ele preci-
3389 sa entender para ele poder consentir, e assim então a orientação precisa ter uma preocupação com o
3390 conteúdo, as informações devem ser completas, detalhadas para que ele possa tomar sua decisão. Só
3391 que além de ter as informações, ele precisa entender. Não é só ser dada a informação, ele precisa
3392 estar esclarecido. O uso da linguagem que vai ser utilizada, compreensível para o paciente. A gente
3393 sabe que quanto mais complexo o procedimento, mais complexa a orientação. A preocupação maior é
3394 a associação dos fatores de riscos, fatores do doador, fatores do receptor. E para ele entender tudo
3395 isso e consentir, em cada item se ele aceita ou não aceita, as estratégias precisam ser pensadas. Não
3396 adianta eu ficar falando duas ou três horas, falei tudo, dei todas as informações. Mas o que foi assimi-
3397 lado e o que foi compreendido dessas informações fornecidas? Pensar em estratégias é um desafio
3398 para os profissionais. Estratégias para compreensão e realmente poder manifestar o seu consentimen-
3399 to. E pensar inclusive nos momentos. Quando é melhor orientar? O paciente quando entra na lista de
3400 espera, quando é inscrito, já vai uma lista junto. Em São Paulo na secretaria, vai uma lista já dizendo
3401 quais são os fatores de risco que ele aceita, caso surja um órgão, um órgão que ele vai receber. Antes
3402 de entrar na lista ele já é orientado. E claro que dúvidas podem ser tiradas durante o período de espera,
3403 porque ele pode revogar o seu consentimento a qualquer momento, até o momento do transplante, que
3404 inclusive vai em outro termo de consentimento, ele pode revogar. Então eu acho que é importante. E
3405 quando a gente fala em estratégias, eu acho que tem que ser pensadas estratégias, não só para o es-
3406 clarecimento, mas para avaliação do esclarecimento, o quanto o paciente entendeu aquilo que foi expli-
3407 cado para ele. O instrumento tem que ser preenchido. Quando ele é inscrito na lista, dizendo se con-
3408 sente ou não com qual item. Cada item, então esses fatores, a idade máxima que ele aceita em anos.
3409 Eu aceito um doador até 55 anos. Peso mínimo, peso máximo, usuário de drogas injetáveis, de drogas
3410 emulatórias. Então, só estou mostrando alguns itens, creatinina, TGO, TGP, as sorologias positivas,

tempo de isquemia, ou seja, porque a gente está apresentando isso? Para mostrar para vocês realmente a dificuldade muitas vezes do esclarecimento. Consentimento é um processo. Não deve ser considerado apenas uma formalidade. Não deve se restringir à assinatura no termo de consentimento. O conceito que é a justificativa, benefícios, riscos, possibilidades alternativas existentes, se eu não aceitar o doador limítrofe, que outras possibilidades eu tenho? Eu fico esperando na lista. A questão da beneficência e da não maleficência. É muito importante que seja feito um balanço de riscos e benefícios. O que é um benefício? Se ele tem a sobrevida de um ano após o transplante maior do que a sobrevida de um ano na lista de espera, ou o contrário ou ação semelhante. Se a sobrevida na lista de espera é boa e pós o transplante é boa, o benefício dele é pequeno, porque se ele fica na lista ou se ele é transplantado. Se ele tem a sobrevida ruim ou na lista ou depois do transplante, o benefício também é pequeno. Mas se ele tem uma sobrevida ruim e uma sobrevida pós-transplante, daí o benefício é grande. Trabalho feito com quase 13 mil pacientes com dados que mostra aqui também nesse trabalho quando na lista de espera o MELD é baixo, aqui nós temos na lista de espera e pós o transplante. Para pacientes de fígado e transplante de fígado, quando tem um MELD mais alto que ele é mais grave, se nós formos ver, quando o MELD é baixo, o risco de mortalidade na lista de espera aumenta estrondosamente. Diferente para aqueles que têm aqui o MELD baixo, isso transplante depois de um ano aumenta o risco, mas não é tanto, mostrando que mesmo com utilização desses doadores, ainda há sobrevida é melhor do que aguardar na lista de espera, sobrevida pós-transplante. Nem sempre benefício significa resultado. Isso para a gente, porque esses aspectos são importantes quando a gente vai fazer a análise, usa ou não usa. Sobrevida estratificada por níveis do MELD, até 10, 20, 30, 40. Mostra que os de MELD mais elevado, tinha um benefício maior, porque eles tinham a chance também maior de morrer na lista de espera, só que quando a gente vê resultado, há benefício maior, mas aqui é resultado pior. Nem sempre o benefício é diretamente proporcional ao resultado. E a justiça. Deve ser feito um tratamento justo, equitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas. E acho que para respeitar esses princípios éticos, devemos fazer algumas considerações. Para possibilitar a autonomia, o balanço de riscos e benefícios precisa haver divulgação de resultados oficiais dos transplantes. Por mais abrangentes que sejam esses resultados oficiais, não vão ter todos os dados. Quais foram os fatores de risco, com que características de doador, qual a evolução do paciente? Há necessidade também de manutenção de um banco de dados oficial que possibilite a análise das informações gerando transparência do processo. Esse banco de dados, contendo registro das características dos doadores, registro das características dos receptores, evolução dos pacientes transplantados, e que acho que vai ao encontro daqueles questionamentos feitos em termos de evolução, de complicações. Esses dados não seriam os dados brutos colocados publicamente, até porque, às vezes vendo o dado é mais difícil para a pessoa analisar e pode até gerar uma preocupação e receio maior. Esses dados seriam para estudo, para pesquisas, para diversas entidades e pesquisadores que solicitariam como eu mostrei o estudo para vocês, Um aspecto muito importante frente à complexidade e frente à necessidade, é discutir como esse consentimento esclarecido deve ser elaborado para esclarecimento até para que o paciente possa depois ver o que foi que ele consentiu. São alguns aspectos para a discussão em relação aos pacientes que utilizam e recebem órgãos limítrofes no transplante. **Alexandre Marinho - Técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA** cumpimenta a todos. Vou dar um enfoque preferencialmente economicista, de caráter um pouco mais econômico a esse problema extremamente importante, e isso decorre basicamente da minha formação profissional, sou economista e sou pesquisador do IPEA, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do Governo Federal e sou professor adjunto da Faculdade de Economia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E esse trabalho que vou apresentar, não é um trabalho, é uma síntese de um conjunto de trabalhos que nós vimos desenvolvendo lá no IPEA em conjunto com essas minhas duas colegas, a Simone e a Vivian. Essa nossa atividade que já vem de longa data trabalhando com questões de transplantes, ela tem duas motivações básicas. Quer dizer, a primeira motivação é uma perplexidade nossa que está relacionada ao fato de o Brasil ser um país que tem um nível de desenvolvimento bastante razoável, dependendo do indicador que se utilize, tem um Sistema de Saúde, o Sistema Público de Saúde muito grande, muito complexo e que guarda diversas semelhanças com países também em desenvolvimento médio e elevado. Vou fazer um resumo, o Brasil tem um Sistema Único de Saúde que é público, gratuito, universal e integral ou deveria ser e que pelo fato de ser gratuito além de outras coisas ele gera uma característica que é extremamente importante que aparece em diversos outros sistemas de Saúde no mundo que são filas em Saúde. Se você não paga diretamente pelo produto, normalmente você gera fila. A gente vê a fila na padaria para comprar pão, é uma fila que anda muito rápido porque o preço regula o tempo que as pessoas esperam. Se o pão fosse grátis a regulação ia ser dada pelo tempo de espera e entre outras coisas, você ia chegar lá e esperar duas ou três horas esperando para pegar pão. E o Brasil, ao contrário de países que tem Sistema de Saúde desse tipo estuda muito pouco ou trata muito mal a questão das filas em saúde. Você entrar na página do Sistema de Saúde da Inglaterra ou Canadá ou da Nova Zelândia, e uma série de outros países você descobre,

por exemplo, quanto tempo você vai demorar para fazer uma cirurgia de hérnia no hospital do distrito tal. Quantas pessoas ficaram em média esperando mais do que uma semana, mais do que um mês ou mais do que três meses. No Brasil você pode vasculhar as informações que são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde que praticamente não tem informação nenhuma relacionada com fila de espera. Fila de espera é um problema central, é um macro problema em Saúde, particularmente no Sistema de Saúde como o do Brasil e que aqui no Brasil é muito maltratado. Eu e as colegas temos publicado alguns trabalhos relacionados com filas de Saúde, e toda vez é uma enxurrada de manchetes em jornal e entrevista e manifestação de autoridades e que depois não se materializa em nada. Essa primeira constatação. E no caso do transplante a fila é dramática, porque a fila demora anos e implica na sobrevivência ou na morte das pessoas. Então essa é a primeira motivação, a perplexidade, porque o Brasil trata tão mal filas em Saúde ao contrário de outros países. A segunda motivação é que o transplante em si é um estágio final. O indivíduo que chega à necessitar transplante ele já provavelmente percorreu ou deveria ter percorrido uma série de instâncias do Sistema de Saúde, onde eventualmente esse transplante deveria ter sido evitado. Então a capacidade que o Brasil tem de fazer transplante de órgãos é o segundo maior realizador de transplantes do mundo, é uma vitória da nossa Medicina, sem dúvida nenhuma, a capacidade médica que o Brasil tem, mas pode ser encarado como uma derrota da nossa capacidade gerencial, ou seja, se a atenção primária fosse bem feita nós não precisaríamos estar fazendo tantos transplantes como estamos fazendo. É um problema que aparece um resultado grandioso no final da linha, mas esse resultado não deveria ter sido feito. Uma espécie de gol de honra, você está perdendo o jogo e vai lá e faz um golaço aos 47. Fez um golaço, mas perdeu. Esse é o primeiro ponto. Essas são as referências principais de alguns trabalhos que nós já temos que já estão publicados e tem um trabalho que foi aceito recentemente no caderno de saúde pública da Fiocruz que deram base aí a essa série de dados que nós vamos tentar discutir rapidamente. O gasto é enorme: 521 milhões. Eu não tenho os dados que nós vamos exibir não são muito atuais, porque a despeito da excepcional qualidade dos dados que a ABTO tem disponibilizado, nós preferimos, por estratégia, somente trabalhar com dados oficiais. E existem discrepâncias entre os dados oficiais e os dados da ABTO e outros dados de pesquisadores isolados. A gente tem um problema informacional sério nesse negócio e nós fizemos a opção por trabalhar somente com dados oficiais. São diversos os custos. Custo incluindo medicamentos, procedimentos 521 milhões com uma inflação razoável de 30% quando fizemos o levantamento e os custos indiretos da não realização de transplantes, no caso só do rim custa mais de um bilhão por ano. Tem estudos também demonstrando que a perda de renda pela perda de capacidade de trabalho de pacientes de hemodiálise também é significativa, os prazos de espera são desiguais no Brasil, e as informações oficiais disponíveis não permitem fazer a avaliação de forma direta, como são feitas em outros países. E isso, a despeito da aceitação de grande parte desses trabalhos que nós fizemos, já foram apresentados em fóruns diversos aqui no Brasil e no exterior inclusive, e nós temos tido a solidariedade e apoio intelectual e moral das coordenações do Sistema Nacional de Transplante que tem nos incentivado a continuar fazendo esse tipo de trabalho, mas o fato é que determinadas ações não existem. Pra se pensar como economista, o princípio é: eu tenho um real para gastar e a sociedade coloca à disposição do Sistema de Saúde um real. Para cada real que é colocado, a gente tem que tomar alguma decisão. O que a gente vai fazer com esse real? Tentar obter o maior benefício possível. Mas, infelizmente, economia e administração da escassez na distribuição da fatura. Então a gente tem que decidir fazer algumas coisas e não fazer outras. Então o que você faz? Faz transplante, atenção básica? Faz prevenção? Idealmente a sociedade deve estar informada daquilo que deveria fazer ou daquilo que seria mais custo benefício, digamos assim, favorável. E mesmo se você decidir fazer transplante, você pode fazer um monte de coisas, você pode fazer mais campanha e gastar dinheiro captando mais, você pode comprar mais medicamento, você financiar pesquisas, você pode fazer um monte de coisas. Um outro problema também. Quais os órgãos prioritários? Qual critério que você tem para decidir se você faz transplante de rim ou de fígado? Pode ser que haja competição entre determinados órgãos. O rim é órgão que foi primeiramente transplantado e etc, é feito em maior escala, mas eventualmente porque hoje em dia você continua fazendo mais, se você podia desviar recurso para fazer outro tipo de transplante. O fato da gente não ter critério não quer dizer que a decisão não seja tomada. Ela vai ser tomada à revelia do critério, mas ela é tomada. O nosso interesse é como é que a gente salva mais vidas? Ou como a gente melhora a qualidade de vida do maior número possível de pessoas? Isso é que deveria ser a decisão econômica que a gente deveria estar tomando, mas infelizmente não é possível fazer isso. Um primeiro dado, voltando à questão do tempo de espera que salta aos olhos, no caso do transplante de órgãos é o elevado tempo de espera que você tem para órgãos para transplante de órgãos no mundo. Nos Estados Unidos, por exemplo, coração, isso aqui está em anos, então coração para brancos em torno de meio ano para fazer um transplante de coração e no Brasil aqui daria aproximadamente 80%, 8 meses. Esses dados que nós temos aqui para os Estados Unidos, para o Reino Unido, são dados observados, ou seja, alguém foi lá na lista de espera e fez uma enquête, uma pesquisa, e viu quanto tempo as pessoas estão esperando

3533 para fazer transplante de órgãos lá. Aqui no Brasil nós não temos nada parecido com isso. Então, nós
3534 tivemos essas estimativas, esses dados aqui SUS foram obtidos num trabalho nosso que foi publicado
3535 nos cadernos de Saúde Pública que é baseado no modelo estatístico e matemático para fazer estimati-
3536 va a partir de alguns dados. A gente olha lá o tamanho da fila e quantas pessoas fizeram transplante e
3537 a gente consegue com um procedimento que não é muito trivial estimar quanto tempo cada pessoa
3538 demorou. E no caso do Brasil essa hipótese é otimista. A gente não consegue fazer um modelo que
3539 diga assim o número é esse. O número varia no intervalo. Esse seria o menor possível. No caso do rim,
3540 em média as pessoas esperariam quando nós fizemos esse trabalho no ano de 2003, cinco anos e
3541 meio e na pior das hipóteses seria onze anos. As pessoas podem estar esperando entre cinco e onze
3542 anos para fazer um transplante no Brasil. Quando nós publicamos esse primeiro trabalho isso causou
3543 um impacto muito grande e eu mesmo fiquei meio preocupado com a magnitude do tempo de espera,
3544 mas depois nós verificamos por uma série de meios que nós estávamos infelizmente certos, ou seja, as
3545 pessoas esperam muito tempo por transplante de órgão no Brasil. E isso aqui, volto a dizer, é baseado
3546 em estimativa. Nós não temos esse dado e não ter esses dados é gravíssimo. Porque na primeira es-
3547 tratificação que se pode fazer entre brancos e negros nos Estados Unidos, existe um debate lá de que
3548 os negros se sentem discriminados, porque a probabilidade de um negro conseguir entrar em fila de
3549 espera nos Estados Unidos, segundo a literatura é 50% menor do que de um branco. Os negros se
3550 sentem discriminados e eles não doam, como eles não doam, é difícil achar órgãos, ou seja, é um tiro
3551 no pé. Eles se sentem discriminados e não doam, como não doam, não aparece órgão compatível com
3552 ele. É um círculo vicioso. No caso de adultos e crianças. No Brasil a gente não tem nenhuma estimativa
3553 que faça esse tipo de recorte. Brancos, negros, mulheres, homens por faixa etária, por tipo sanguíneo,
3554 isso tudo, você entra na página do sistema de transplante dos Estados Unidos, você acha páginas e
3555 páginas e montanhas de dados relacionados com essas coisas. Adultos e crianças a mesma coisa.
3556 Dependendo do tipo de transplante você fazer um transplante numa criança, dependendo do prazo que
3557 espera pode comprometer o restante da vida dela. Infelizmente no Brasil a gente não tem esse tipo de
3558 dado. Lógico que nesses dados a gente não deve acreditar. Essas estimativas que nós fizemos por
3559 enquanto são as melhores, eu acho que são as únicas que nós dispomos, mas é o tipo da coisa que a
3560 gente deve utilizar estatística como referência, iluminação. A gente tem uma idéia do negócio, mas não
3561 quer dizer que está revelando a realidade, tem uma série de nuances aí. Para que a gente possa avali-
3562 ar corretamente esse sistema e esses processos, nós temos que olhar benefício, mas temos que olhar
3563 custo. E custo tem uma série de maneira de você olhar custo. Você pode olhar custo de capacitação,
3564 de retirada de órgão, de cadáver, de doador vivo, custo de espera. Esperar na fila significa mais medi-
3565 camento enquanto a pessoa está na fila, porque tem que ser mantida viva. Perda de rendimento, as
3566 probabilidades de êxito podem baixar, a qualidade de vida dela pode ficar comprometida, o custo do
3567 próprio implante, o custo do pós-transplante que alguns indicadores internacionais já mostram que é
3568 maior do que o transplante em si, ou seja, manter a pessoa que foi transplantada viva custa mais caro
3569 do que fazer operação, em muitos dados que nós temos é somente o dado da intervenção. Custos
3570 médicos e não médicos. Isso aqui é só um dado. Existem indicadores localizados desses custos aqui
3571 no Brasil, o custo da retirada de medicamentos, de implante e etc, ou seja, é possível fazer essas coi-
3572 sas. E aqui de novo, literatura internacional, pós-transplante de pulmão no Reino Unido 67% do custo,
3573 aqui no Brasil tem um trabalho também, retirada de múltiplos órgãos, ou seja, essas coisas que a gente
3574 só tem no nível micro, pontual, elas são possíveis, não é um problema técnico fazer isso. Transplante a
3575 custo efetivo comparado com hemodiálise, a relação custo benefício é melhor comparado com hemodi-
3576 álise, fazer inter-vivos é mais caro e implica em custos indiretos também para o doador, porque o doa-
3577 dor tem sempre o risco ele vai estar sujeito a inatividade, e a relação com o plano de Saúde dele pode
3578 mudar. Você pode entrar numa lista negra do teu plano. O pós-transplante cada vez mais caro e riscos
3579 financeiros e resultados mais adequados em grandes unidades e 80% dos transplantes de órgãos nos
3580 Estados Unidos são feitos em hospitais com mais de 150 leitos, e aqui no Brasil metade da rede tem 50
3581 leitos. Há um problema gerencial aí sério. Medicamentos são itens importantes e custos conforme já foi
3582 dito aqui anteriormente. Gasto real por unidade, a gente pegou um valor que aparece na tabela, gastou
3583 tanto por ano e deflacionamos para ver em termos reais. E, pode-se dizer que os custos, se a gente
3584 pegar duas pontas em média estão caindo para os diversos órgãos. Rim, córnea, fígado, pulmão, cora-
3585 ção. O custo em média está baixando, mas tem variado muito em alguns casos ao longo dos anos.
3586 Gasto total e quantidade de órgãos transplantados. Isso é o resumo do resumo, mas está segmentado
3587 por diversos tipos de órgãos e diversos estados etc. E o que nós vimos é o seguinte: Quando você olha
3588 a eficiência de longo prazo no sistema, essa eficiência está baixando nesse período. Pode até ter havi-
3589 do uma reversão em períodos mais recentes, mas a gente não tem dados para investigar, mas de novo,
3590 estou mostrando que isso é possível, se os dados existirem é possível fazer isso. No curto prazo, por-
3591 que esse modelo, esses dois modelos. O modelo de curto prazo e longo prazo. O modelo de curto pra-
3592 zo diz basicamente o seguinte. Só posso ajustar algumas coisas no curto prazo, não consigo ser efici-
3593 ente aqui, porque nessa sala não tenho como mexer o tamanho dessa sala de hoje para amanhã. No

3594 longo prazo se eu descobrir que a sala está muito grande ou muito pequena, eu posso ajustar o tama-
3595 nho, mas no curto prazo eu não tenho como. Se tivesse pouca gente, provavelmente tem que trazer
3596 todo mundo para cá. E então esse modelo que a gente faz olha tanto o modelo de curto prazo como de
3597 longo prazo. No curto prazo o sistema aparentemente vai bem. Mas isso não é a característica somente
3598 do Sistema Nacional de Transplante. O Sistema de Saúde Brasileiro como ele responde muito a ques-
3599 tões pontuais, então você vai lá e faz mutirão. O mutirão joga a fila lá embaixo. O mutirão beneficia as
3600 pessoas que estão ali na hora, mas não quer dizer que após esse mutirão desorganize tudo, e o muti-
3601 rão tem atrativo político, porque o gestor, digamos assim, ou a pessoa que está tomando conta do sis-
3602 tema, na hora ele pode depois dizer: Olha na minha gestão a coisa melhorou. Mas o impacto disso de
3603 longo prazo pode ser terrível. Fazer mutirão em Saúde sob o meu ponto de vista é uma coisa extrema-
3604 mente complicada. Lógico que se eu estiver na fila, eu quero o multirão hoje, mas se formos pensar no
3605 longo prazo é complicado isso. A gente comparou de novo com base no modelo que enfim é baseado
3606 em literatura internacional e etc, nós calculamos se o sistema tivesse ao longo desses anos se compor-
3607 tado da melhor maneira possível, ou seja, também estimar que aqui em algum ano, dizer assim: Olha
3608 vamos supor que o modelo se comportasse da melhor maneira possível, se você fez aqui no caso do
3609 rim 1530 transplantes, você poderia ter feito 1733, ou seja, você fez 203 transplantes a menos do que
3610 você poderia ter feito. Então você pode calcular ano a ano, quanto você deixou de fazer. Ou seja, nesse
3611 período de 95 a 2003, no caso do rim, nós deixamos de fazer 2200 transplantes que poderiam ter sido
3612 feitos. Isso no modelo de longo prazo. No modelo de curto prazo, 872. Se a gente avaliar no sistema de
3613 curto prazo, nós perdemos 872 transplantes e no longo prazo, 2220 rins. A mesma coisa para o fígado.
3614 A gente consegue estimar quantos transplantes nós deixamos de fazer se tivesse feito sempre o melhor
3615 comportamento possível, isso medido em relação a ele mesmo, o sistema comparado com ele mesmo
3616 ao longo do tempo. Não é possível afirmar que o sistema melhorou nesse período. O rim é indefinido, o
3617 fígado aparentemente melhorou, e a gente no curto prazo parece melhor que no longo prazo. Nós pe-
3618 gamos esse conjunto de trabalho que era feito por um conjunto de países inteiros e descentralizamos.
3619 Estamos fazendo por estados. O percentual de atendimento das necessidades de transplante, ou seja,
3620 quantidade de pessoas na lista e quantidade de transplantes feitos é a necessidade. Quantos trans-
3621 plantes foram necessários no ano? Número de transplantes feitos e número de pessoas que estão es-
3622 perando. Qual é o atendimento? É o número de transplantes que efetivamente foram feitos. A gente
3623 pega transplantes feitos dividido pela lista mais transplantes feitos, ou seja, atendimento pela necessi-
3624 dade. O percentual de atendimento, varia ao longo dos estados, ou seja, desde 0,12 no Mato Grosso,
3625 até 32,72% em Santa Catarina. Quer dizer, com alguns resultados aqui surpreendentes, por exemplo,
3626 Rio de Janeiro está aqui 6,25% de atendimento das necessidades apenas no caso do rim. No caso da
3627 córnea o Rio de Janeiro vai lá para baixo. Quer dizer, 2,51 % somente das necessidades são atendi-
3628 das, enquanto a Paraíba, por exemplo, tem 62% e São Paulo que é 50% das necessidades são atendi-
3629 das. Coração a mesma coisa. Existe uma enorme disparidade entre as unidades da federação, sem
3630 que haja alguma razão, sem que nós possamos aceitar esse resultado e sem que haja boa justificativa
3631 para isso. Porque um cidadão que mora em Alagoas tem uma esperança de atendimento tão pior do
3632 que o cidadão que mora em São Paulo, se todos são iguais? Fígado a mesma coisa. Eu coloquei os
3633 gráficos e depois coloquei uma série de tabelas para que os senhores e senhoras tenham os dados
3634 mais detalhados se quiserem olhar, mas não vou comentar as tabelas, porque não tem tempo. Isso
3635 aqui é o tempo de espera. Os mesmos gráficos que nós fizemos em relação à necessidade de atendi-
3636 mento, nós fizemos tempo de espera. E então a gente vê aqui no Rio de Janeiro as pessoas esperam
3637 em média 20 anos para o transplante de córnea. Ou seja, transplante de córnea não é feito no Rio de
3638 Janeiro. Quando nós achamos esse dado, eu disse: Meu Deus, o que está acontecendo? A imprensa
3639 começa a vasculhar e descobre que o banco de olhos está fechado, eu tinha um aluno particularmente
3640 eu dou aula de economia da saúde na UERJ, o aluno que saiu do Rio de Janeiro para ir para Santa
3641 Catarina fazer o transplante de córnea, que é uma coisa que a tecnologia já bastante trivial e relativa-
3642 mente barata. Nós fizemos a mesma coisa, tempo de espera para rim, Mato Grosso 424, ou seja, não é
3643 feito, o modelo quando estimula essa coisa absurda significa que não é feita, o tempo é infinito. Ou
3644 seja, você vai morrer antes de receber o transplante. Para fígado também é possível fazer isso, tempo
3645 mínimo de espera. Isso é o mínimo. O máximo normalmente é o dobro desse mínimo. Ou seja, uma
3646 pessoa na Bahia espera 8 anos no mínimo para fazer o transplante de fígado. Desempenho dos esta-
3647 dos que nós comparamos dois indicadores. Quantidade de transplantes percapita e equipes percapita.
3648 A equipe *per capita* e aqui está sendo por milhão de habitantes é uma medida da capacidade do estado
3649 de fazer transplante. O estado que tem pouca equipe, provavelmente não vai conseguir fazer muita.
3650 Mas quando a gente olha para transplante percapita, nós notamos que tem estados que mesmo com
3651 poucas equipes consegue fazer muito. É o caso do Ceará, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, ou seja,
3652 que nós olhamos os estados que estão acima dessa reta, isso aqui está ajustado estatisticamente, que
3653 os estados que estão acima dessa reta estão bem, ou seja, a despeito da quantidade de equipes per-
3654 capitas, eles conseguem fazer multi transplante percapita. E nós notamos de novo uma enorme disper-

3655 são do território nacional desse desempenho. Transplante de rim. Fizemos o mesmo para córnea tam-
3656 bém e Rio de Janeiro. Equipe *per capita* elevadíssima quantidade e tem muita equipe e pouquíssimo
3657 transplante feito, ou seja, esses estados que estão aqui localizados nessa região, eles têm uma capaci-
3658 dade de fazer transplantes, mas não o fazem. Eu não sou capaz, adianto, de explicar por que. Muito
3659 embora nós tenhamos feito alguns textos, aparentemente um determinante importante disso é a dispo-
3660 nibilidade de equipe. Mas nem sempre isso funciona. Fizemos isso também para transplante de fígado.
3661 De novo, nós vemos que alguns estados fazem pouco, apesar de que o Paraná tem muita equipe, mas
3662 faz pouco transplante e São Paulo está sempre aqui. São Paulo tem uma capacidade elevada, mas
3663 também tem uma performance elevada. Lá nós discriminamos por tipo de transplante e aqui nós pega-
3664 mos o total e nós vemos isso aqui no geral, ou seja, São Paulo está aqui em cima, e o Rio de Janeiro
3665 está aqui embaixo. Ambos têm uma capacidade de equipe *per capita* muito parecida, só que São Paulo
3666 faz muito e muito mais do que o Rio de Janeiro. E quando você entra numa página do Sistema de
3667 Transplantes lá de São Paulo da Secretaria Estadual de São Paulo, você vê uma série de indicadores
3668 de sobrevida e etc, e você entra na página do Rio de Janeiro, você não acha nada, e em outros estados
3669 você também não acha nada, não tem informação. Se não gera nem informação e aí nós achamos que
3670 informação é essencial. Informação é essencial não só porque o próprio usuário do sistema, ele pode
3671 estar interessado na informação e a informação que é dada pelo usuário tem que ser ou normalmente
3672 deve ser diferente da informação de caráter administrativo. Você não vai dar a mesma informação que
3673 você dá para o médico ou gestor que você dá para o paciente. Então a pessoa tem que estar orientada
3674 em termos bastante gerais. Agora, se você não gera informação nenhuma, aí é um problema, porque
3675 você inibe inclusive as próprias atividades de pesquisa independentes que em outros países são ex-
3676 tremamente importantes e são levadas em consideração na gestão do sistema, ou seja, um indivíduo
3677 que não tem nada a ver com o Ministério da Saúde e nem com a Secretaria Estadual de Saúde, mas é
3678 interessado naquele problema, ele pode eventualmente dar uma contribuição. E se você não tem infor-
3679 mação pública, esse tipo de contribuição pode ser muito inibida. Então, gerar, difundir e utilizar infor-
3680 mação é extremamente importante para você fazer o sistema funcionar. Então não é somente uma ques-
3681 tão financeira. Não é somente uma questão de ter mais médico e ter mais leito. Tem outras coisas, tem
3682 questões gerenciais, no nosso modo de ver, que são extremamente importantes e que tem recebido
3683 uma acolhida muito positiva e todas as vezes que eu conversei com pessoas ou da ABTO ou da própria
3684 Coordenação Geral do Sistema a gente tem tido todo um incentivo para fazer, mas o fato é que não
3685 existe no Brasil essas informações com a desenvoltura que nós gostaríamos que tivesse. Eu e minhas
3686 colegas trabalhamos, mas como uma investigação da literatura e conversa com as pessoas que são
3687 diretamente envolvidas, tem uma série de coisas que nós deveríamos avaliar, registrar e informar. Re-
3688 cursos humanos, médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeuta, pessoal administrativo e etc, recur-
3689 sos financeiros. Gasto com cirurgia, com procedimentos médicos associado, gasto com transporte.
3690 Quanto é que se gasta com transporte de transplante no Brasil. É de graça? Eventualmente. Mas o de
3691 graça tem um custo social. Ninguém paga diretamente, mas é um custo social. Gasto com medicamen-
3692 to pré e pós-transplante. Recursos de material utilizado, leitos de UTI, leitos de emergência, tamanho
3693 dos hospitais porque existe uma curva de aprendizado e você não vai querer que o hospital faça um
3694 transplante por ano e faça bem isso. Qual o tamanho ótimo e como você organiza isso? Um problema
3695 sério é que no Brasil a gerência do sistema está determinada em grande parte pela divisão política do
3696 país. Se você cria um programa de transplantes para atender uma população muito pequena, um esta-
3697 do pequeno resolve eventualmente. Não estou dizendo que o estado A, B, C ou D não tenha que ter, se
3698 um estado pequeno cria um programa de transplante, provavelmente ele vai transplantar todo mundo,
3699 ou seja, vai ter casos não graves que vão ser transplantados, eventualmente quando casos graves em
3700 outros estados em outras unidades da federação vão deixar de ser realizados. A gravidade dos casos,
3701 ou seja, você entra na página nos Estados Unidos e tem gravidade que é uma escala de gravidade
3702 onde, enfim, você pode segmentar e olhar que tipo de atitude você toma e quem pode esperar e quem
3703 não pode, enfim. Então essas são coisas na entrada do sistema. Outra coisa seriam resultados obtidos.
3704 Tempo de espera na fila, média, mediana, dispersão de tempo de espera. Avaliação transversal e longi-
3705 tudinal. É uma coisa tão complicada. Qual o indicador bom? Você pegar a média, pegar uma amostra e
3706 pegar a média, uma pessoa que esperou 20 anos pode distorcer completamente a média. Se todo fun-
3707 do esperou um ano e uma pessoa que por algum motivo esperou 20, distorce a média. Por isso que
3708 naquele quadro oficial se registra a mediana, que é a medida que divide a amostra em duas partes
3709 iguais, porque a média pode ser distorcida. Uma maneira de reduzir o indicador o indicador é pegar o
3710 pior caso e tirar por ele, você passa a ter um indicador muito bom, todo mundo esperando, porque você
3711 tirou eventualmente meia dúzia de casos que estão lá há muito tempo, porque todo mundo tem o mes-
3712 mo peso. É um problema sério. Qual é o indicador real? Você olha somente o prazo das pessoas que
3713 estão ativas na fila ou dos que morreram eventualmente e não foram atendidos. Isso é uma informação
3714 que pode ser relevante. Vem cá e quem morreu? O cara morreu e esperou 20 anos, ele morreu hoje e
3715 amanhã você faz enquete, ele não entra nessa amostra. Então tem uma série de refinamentos que tem

que ser observado. Taxa de mortalidade nas filas, outras causas. Tempo de vida dos enxertos, taxa de mortalidade durante as cirurgias, sempre observando questão de risco, sobrevida dos receptores, já foi falado aqui e razões diversas quantitativa de órgãos captados e transplantados e etc, e taxa de notificação de mortes encefálicas, razões quantitativo de doadores de cadáver e medida de equidade horizontal e necessidades iguais deveriam ter tratamentos iguais. E renda, como já foi dito aqui, de repente se você é mais rico e tem plano de saúde, você é atendido um ano antes, porque você é colocado na fila antes. Nos Estados Unidos no caso do rim, o que eles procuraram fazer, você discrimina eventualmente o negro, porque algumas alegações não só negros, mas negros, hispânicos, pessoas com deficiências físicas e alegação subjacente é o seguinte, não se deve gastar órgão caro com uma vida barata. A alegação subjacente está reportado isso na literatura. Idade, tipo sanguíneo, pessoa do tipo O, por exemplo, tem uma dificuldade muito maior para receber um órgão do que tipo A, tipo B. Nos Estados Unidos já que você discrimina o camarada eventualmente na lista, eu vou contar ele desde a hora em que ele entrou na hemodiálise, o tempo de espera dele vai ser desde que entrou em hemodiálise, porque na hemodiálise todo mundo entra, no transplante alguns entram. No Brasil existe um problema que já foi relatado aqui da questão de pessoas que tem plano de saúde que são eventualmente beneficiados. A Conselheira **Rosângela da Silva Santos** agradeceu aos expositores e solicitou ajuda do Pleno para cumprimento do horário dela que é até as 12h30. E registrou as inscrições. **Rosana Reis Nothen - Coordenadora Geral do Sistema Nacional de Transplantes/SNT/SAS/MS** pediu para falar sobre a questão dos números oficiais. A gente realmente tem evitado publicar os números nos últimos tempos porque a gente encontrou essa estatística de uma maneira muito complicada. A gente depende integralmente da estatística dos estados, e a gente tem estados, como o Ceará, que tem um nível de performance, digamos assim, na assistência que é bastante bom como foi mostrado nos dados do doutor Alexandre, mas que do ponto de vista da informação é catastrófico. É um dos estados que pior informa para a gente, só para dar um exemplo. Então assim a gente tem uma dificuldade enorme com os dados que vem do estado e isso justifica também em parte as discrepâncias que a gente tem em relação à ABTO que precisam inclusive ser um pouco melhor analisadas. Esse ano a gente optou por fazer uma estatística oficial única, SNT e ABTO estão juntas nos dados que estão sendo divulgados e isso se deve principalmente à questão do transplante inter-vivo que existe um conceito entre os transplantadores que não precisam comunicar o setor público, mas eles comunicam a ABTO, porque tem vantagens do ponto de vista de investimento em pesquisa, com o volume de transplantes que eles fazem. Então isso precisa ser alinhado e a gente tem certeza que a partir do novo sistema operacional isso vai estar resolvido, e isso é uma questão de meses para que a gente possa ter os dados oficiais com mais consistência. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck**: primeiro parabenizando o GT de transplantes e a Rosângela pela insistência e competência com que trouxe essas informações e trouxe através dessa mesa com pessoas extremamente qualificadas e competentes, para nós do Conselho isso é fundamental. Façamos duas ou três mesas sobre a política de transplantes e os dados trazidos aqui corroboram. A própria mesa apontou as deficiências do antes, quem está na fila e não é atendido, quem não está na fila e não vai, eu represento aqui o Movimento Negro e o Movimento Negro tem uma série de dados e não números fidedignos, porque não estão à disposição como hipertensão e diabetes o grupo populacional de maior prevalência entre nós, e daí de causas vinculadas à necessidade de transplante de uma forma bastante comprovada, e a gente não consegue, certamente nesses números dos não, nós estamos em alta maioria como lembrou o professor. Sugiro uma mesa em relação ao aspecto da equidade na política do transplante que pode ajudar não apenas a política de transplante, mas a Política Nacional de Saúde como um todo, porque essa tem sido uma interrogação da Política de Saúde como garantir a equidade e a condição de saúde da população negra, eu penso que a Comissão de Saúde da População Negra e a Comissão de Saúde de Pessoas com Deficiência e outras comissões, nós certamente podemos produzir uma mesa em relação a isso. E uma outra mesa sobre os aspectos da promoção e da prevenção e da atenção à saúde, como pensar os sistemas e possibilidades desde as possibilidades éticas, possibilidades econômicas e as possibilidades gerenciais e etc de não fazer esse gol de honra, da gente garantir uma política de transplantes adequadas e equânime, mas garantir a saúde da população. O Conselheiro **Volmir Raimondi** cumprimentou a todos. A gente reclama que não tem indicadores, mas a gente tem, por exemplo, dois indicadores que eu observei, um quanto à manutenção hemodinâmica dos pacientes na UTI e outro quanto à recusa de familiares. Se a gente cruzar isso com alguns acontecimentos que nós usuários sabemos que ocorrem lá na ponta, na hora do transplante, da negativa dos familiares, 90% ou talvez um pouco menos ou pouco mais recusam a doação por causa do tempo que o paciente fica retido no hospital até que a doação se confirme. A questão dos medicamentos eu nunca consegui entender. Eu sou transplantado renal e nunca consegui entender como alguém sai da hemodiálise, se paga um transplante e depois se pode perder esse transplante por um valor muito menor do medicamento, embora seja muito caro. Então muitas vezes, nós temos a perda do transplante ou a internação do paciente para ele ganhar o medicamento lá internado, porque daí é garantido, até que a gente resolva pelo sistema que muitas vezes alega problemas de licitação para for-

3777 necer o medicamento. Considero que a questão de ter a descentralização da compra de medicamen-
 3778 tos, além de encarecer o produto, porque as cotas diferenciadas de compra dos estados encarece essa
 3779 compra, e a compra centralizada permite uma melhor negociação, além dos problemas normais de
 3780 licitação, que a gente sabe dos grandes problemas de licitação que muitas vezes não garante o menor
 3781 preço e nem qualidade nem nada. São esses dois itens são extremamente pertinentes na área do
 3782 transplante, para que a gente analise sim esses fatos, e a gente do ponto de vista econômico, como o
 3783 professor colocou, até me permitindo dizer para o senhor que eu não considero o Sistema de Saúde
 3784 gratuito, nós pagamos impostos, e então, na verdade para mim o SUS não é gratuito. Mas economica-
 3785 mente falando, além da qualidade de vida que os pacientes têm após transplante, tem esses problemas
 3786 todos que para mim a descentralização dos medicamentos e a não análise ou não cruzamento dos
 3787 dados que a gente já possui, embora sejam mínimos, a gente perde muita coisa aí nessa área. O Con-
 3788 selheiro **José Marcos de Oliveira**: O Conselho Nacional de Saúde através da Rosângela e através do
 3789 GT consegue trazer para a pauta do Conselho um tema extremamente importante e estruturante, na
 3790 realidade, conforme a gente tinha dialogado e que ele na realidade é transversal a todas as comissões
 3791 do Conselho Nacional de Saúde. Ele é um debate que não se restringe apenas à Comissão de Patolo-
 3792 gia e ao GT de Transplante, mas a todas as Comissões do Conselho que acho que já devem a partir
 3793 daí assumir o compromisso de cada uma dentro da sua área de debate, possa fazer essa relação com
 3794 o transplante com a política que foi apresentada aqui. Eu concordo com o Volmir na questão familiar
 3795 como foi apontado aí, mas sugiro que a gente possa num segundo momento pensar num trabalho con-
 3796 junto ou até com o Serviço Social, porque eu acho que essa recusa ou essa resistência ela vai além
 3797 desses aspectos que foram colocados pelo Volmir. E nisso você envolve o Serviço de Psicologia e o
 3798 Serviço Social que possa fazer esse debate e identificar os determinantes, isso também seria importan-
 3799 te. Na realidade, a pergunta que eu faço, não tenho muita clareza dos nomes aqui, é sobre o termo de
 3800 esclarecimento, se existe uma ligação com o Sistema CEP/CONEP, porque os Comitês de Ética e Pes-
 3801 quisa. Estou vendo a Cleusa falar lógico ali, mas em nenhum momento falar do CEP/CONEP. Nós
 3802 estamos numa reunião que está transmitida para todo o Brasil e tem pessoas que desconhecem o sis-
 3803 tema CEP/CONEP e desconhecem o sistema de esclarecimento livre e conforme logicamente as ques-
 3804 tões que foram apontadas aí. Eu não conheço o termo com muita clareza. Nós aprovamos ontem aqui
 3805 no CNS uma série de recomendações sobre a Quarta Conferência Nacional de Saúde Mental, e acho
 3806 que um debate extremamente importante que vem no viés dos transplantes é a Saúde Mental de quem
 3807 de fato está na fila de espera aguardando um transplante. Eu acho que algumas pessoas devem ter
 3808 visto na mídia pessoas que ficam à noite inteira, acordadas, aguardando a ligação de um serviço para
 3809 falar que ela vai ter acesso ao transplante. E por fim, eu queria pedir para a COFIN se debruçar, e logi-
 3810 camente todos nós sobre a execução orçamentária daquilo que é enviado para os estados via FAEC e
 3811 uma série de rubricas e a gente poder fazer uma análise sobre o comparativo com o transplante. E
 3812 enquanto Coordenador da Comissão de Saúde Suplementar, por enquanto aqui deste Conselho, o
 3813 encaminhamento é que a Comissão de Saúde Suplementar ela se debruce aos aspectos ligados a
 3814 transplante, Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde. A Conselheira **Cleusa de Carvalho Mi-
 3815 guel**: Se a causa mortes não é em função de um transplante eu posso ser doadora desse órgão que
 3816 recebi em vida? Posso ser doadora de outros órgãos? Vamos considerar uma morte acidental e recebi
 3817 a doação há três anos atrás, esse órgão que teria em média dez anos, sobraria sete. Sendo assim, ele
 3818 poderia ser doado a outra pessoa? Em relação a transplante ósseo, qual o critério? Um indivíduo com
 3819 problemas neurológicos pode ser doador de outros órgãos? Peço que haja um incentivo cada vez maior
 3820 a respeito de doação de órgãos, porque a gente viu a necessidade de todos. A Conselheira **Zilda de
 3821 Faveri Vicente Souza**: Não posso deixar de parabenizar o GT e todos os palestrantes, e aprendi muito
 3822 com tudo e com todos. E quero dizer que já fui contemplada na fala do Volmir que era sobre medica-
 3823 ção, depois de passar por essa tramitação envolvendo aspectos físicos e psicológicos do paciente, tem
 3824 que ter garantida essa medicação. É triste e até revoltante. Então o que se precisa fazer mais nesse
 3825 sentido. O Conselheiro **Geraldo Adão dos Santos**: Em primeiro lugar parabenizar o Conselho por ter
 3826 pautado esse assunto de tamanha importância, e principalmente por ter concedido o tempo suficiente
 3827 para o debate aprofundado que está sendo promovido aqui. E parabenizar também a Rosângela pela
 3828 organização, pelo convite aos expositores, e eu gostaria de confirmar o seguinte: O acesso ao trans-
 3829 plante ou pós-transplante tem implicações e muito no nosso entendimento, porque eu sei de casos
 3830 assim pontuais de situações, por causa da vulnerabilidade social, a pessoa às vezes ter sido impedida
 3831 de ter o transplante no primeiro momento. Gostaríamos que diante dessa realidade que ainda é lamen-
 3832 tavelmente muito extensa, o transplante e o pós-transplante como poderíamos trabalhar, por exemplo,
 3833 a questão de ajudar essas pessoas surgindo a oportunidade delas realmente terem acesso, quem sabe
 3834 envolvendo mais a Assistência Social também nesse contexto, se ela de alguma forma já é juntamente
 3835 com a Secretaria de Saúde se ela já é envolvida e se não é, ser envolvida no suficiente para ajudar a
 3836 superar essa vulnerabilidade antes e depois do transplante, porque há muitas dificuldades nesse senti-
 3837 do. E também após o transplante, precisaria desse acompanhamento mais freqüente, mais permanen-

3838 te, e aí porque não pensar em envolver mais as equipes do PSF. O Conselheiro **Geraldo Alves Vas-**
3839 **concelos:** Estou muito emocionado com tudo o que foi relatado aqui, porque caros Conselheiros e
3840 caros palestrantes, só sabe a gravidade do assunto que está se tratando, quando a gente passa por
3841 isso. Há pouco mais de três anos eu conheci a Rosângela aqui no Conselho como Conselheira suplente,
3842 a Graciara me apresentou a ela e eu estava com um sobrinho numa lista de transplante, um garoto
3843 belíssimo de 13 anos de idade, eu sou pernambucano de Recife e não encontramos aquela receptividade
3844 e aquela ponta do SUS tão eficaz quanto a gente acha que a pesquisa e o que os professores
3845 aqui passaram. Eu estava angustiado e graças à última palavra do professor Alexandre Marinho, eu
3846 ficava questionando aqui e na ponta e essa fila, ninguém vai falar da fila? Falou-se da fila, e se eu estivesse
3847 na fila, o que eu faria? O professor falou. Eu faria um mutirão. E foi isso que nós fizemos. E
3848 quando tentamos fazer um mutirão, o banco que tem o órgão disse que não tinha recursos, porque o
3849 Ministério da Saúde não tinha passado recursos do SUS. Não era verdade. Nós vimos com a Rosângela,
3850 o Ministério da Saúde tinha passado o recurso e o mutirão não era feito no estado, porque não há
3851 fiscalização e o dinheiro às vezes que vai para captação de órgãos fica no caixa um da secretaria de
3852 estado. Não ficamos satisfeitos, trabalhamos, conseguimos fazer um mutirão em duas cidades, Glória
3853 de Goitá com três mil e poucas pessoas e Garanhuns com três mil e poucas pessoas. E aconteceu que
3854 nós contribuimos com esse mutirão para a doação de muitos necessitados. Nós perdemos o nosso Leo
3855 vai fazer um ano agora em maio, porque o tempo de espera foi muito longo. E por fim, isso é um alerta
3856 que eu gostaria de pedir que fossem fiscalizados os recursos destinados aos estados, para que na
3857 ponta o usuário fosse mais respeitado. E eu gostaria de fazer uma pergunta à professora Rosana, se
3858 há dificuldades para realizar vistoria para credenciamento de laboratórios de incompatibilidade. A Conselheira
3859 **Graciara Matos de Azevedo:** Agradeço aos senhores palestrantes e muito mais à Rosângela
3860 pelo trabalho. Como disse Geraldo, às vezes a gente aprende por amor e aprende por dor. E na verdade,
3861 só quem já teve experiência com isso dentro de casa é que sabe a dor que é ter fila de transplante.
3862 É uma coisa que não deveria nem existir, mas infelizmente existe. Eu tenho uma sobrinha e uma cunhada
3863 transplantadas. Então, eu sei que uma das angústias, primeiro é o antes, a espera. Depois o
3864 pós-transplante, a questão da medicação, da política que cada estado, que cada gestor imprime para o
3865 seu estado. E ainda bem, e eu peço até que isso seja fortalecido, existem equipes multiprofissionais,
3866 porque o trabalho, por exemplo, do profissional psicólogo, do assistente social, é muitíssimo importante
3867 nesses momentos, em todos os momentos no conjunto inteiro dessa questão, mas é muito importante
3868 no pós-transplante, porque não é fácil você saber que são medicamentos de altíssimo custo e você não
3869 saber se no mês que vem você vai chegar lá para recebê-lo e ele vai estar. Também a avaliação da
3870 condição em que está o ex-transplantado. Os exames, o acompanhamento que deve ser feito em relação
3871 à medicação e o transplante e o estado de saúde daquele paciente transplantado, e isso é uma
3872 coisa que eu não sei se foi falado, mas gostaria que fosse dado muita ênfase. Como está a relação
3873 entre toda essa política de transplante e o transplante de célula tronco. A Conselheira **Rosângela da**
3874 **Silva Santos:** São cinco minutos e seis inscrições. Não sei como que vai ficar isso. O Conselheiro **Jo-**
3875 **sé Marcos de Oliveira:** Questão de ordem: O Conselho já manifestou a extrema importância desse
3876 debate e acho que minimamente, independente da pauta que esteja atrasada a gente possa dar permissão
3877 para as pessoas se colocarem, fazer a resposta. Este talvez agora seja o que vai suscitar maior
3878 interesse do Pleno, sem desmerecer qualquer outro. E gostaria que a gente pudesse manter do jeito
3879 que está, a menos que o Pleno se coloque ao contrário. O Conselhro **Exedito Solaney Pereira de**
3880 **Magalhães:** Parabéns aos membros do GT, especialmente Rosângela e os demais expositores. Fazer
3881 uma pergunta bem objetiva sem desconsiderar a importância do tema. Eu por exemplo, tinha na minha
3882 carteira de motorista doador de órgãos e tecidos. Segundo informações, uma lei proibiu isso. Ou seja,
3883 nós somos pessoas naturais e principalmente quem já tira carteira de motorista tem uma idade mínima
3884 e que é sujeito e autônomo e pode através de um documento como é esse garantir a doação dos seus
3885 órgãos. Isso eu pergunto aos membros como é a justiça brasileira, uma lei acabou com isso e deixou
3886 de valer essa autonomia da pessoa natural de dizer eu quero doar meus órgãos. Já que os fatores externos
3887 são os que mais prevalecem nas mortes aqui no Brasil, e o custo também do SUS, enfim. Segundo
3888 os indicadores, as famílias, a negativa das famílias em doar os órgãos, na medida em que a
3889 pessoa que está lá acidentado e que venha a falecer não tem registro nenhum que ele enquanto vivo
3890 autonomamente disse que queria doar seus órgãos e tecido. Então pergunto aos expositores porque
3891 essa lei caiu e o que nós devemos fazer para que essa lei prevaleça novamente e que fique escrito no
3892 documento de identidade ou de habilitação, essa garantia da doação dos órgãos e tecidos. O Conselheiro
3893 **Edmundo Dzuaiwi Omoro:** A doença não tem fronteira e não tem limite. Então, eu agradeço aos
3894 expositores a explanação de todos, mas a minha pergunta é em relação como estão os trâmites e processo
3895 em relação a transplante de medula óssea? Não estou desmerecendo a apresentação, é tudo de
3896 suma importância, só que a minha pergunta é porque eu sou um dos pais que sofri, batalhei pelo saudoso
3897 filho que eu perdi. Então isso, na estatística, até na apresentação não está incluso ou outros setores
3898 competentes para isso, mas estou precisando apenas de resposta para me esclarecer. O Conse-

Iheiro **João Donizeti Scaboli**: Parabenizo a coordenadora Rosângela, o GT e os expositores pela exposição que fizeram. E dizer que fui contemplado na fala do Edmundo. O Conselheiro **Artur Custódio Moreira de Sousa**: Tenho duas questões. Primeiro parabenizar, claro, mas fiquei muito feliz da participação da Sociedade Brasileira de Bioética na mesa trazendo a questão do consentimento livre. Mas lembrar que incomoda uma discussão muito ligada aos órgãos limítrofes, se a gente não discutir anteriormente o que a gente pode fazer para estimular doação de órgãos e trabalhar a questão da captação, e enfim de analisar melhor os indicadores de processo, para melhorar essa qualidade de maneira geral, principalmente pelo outro conceito de bioética que é da vulnerabilidade. Acredito que as pessoas ficam extremamente vulneráveis na fila e o consentimento livre esclarecido não é tão livre assim. Gostaria de dividir a minha fala com a companheira Ângela do movimento também que é uma pessoa que recebeu o transplante. A Conselheira **Ângela Deise Santos Guimarães**: Eu tenho três transplantes renais acumulados e estou muito feliz em rever a Rosângela, porque nós somos companheiras do Movimento da Associação de Renais do Estado do Rio de Janeiro. Um comunicado e uma pergunta. O comunicado: existe um protocolo de sensibilização a pessoas que chegaram a um ponto como eu, que não poderiam mais ser receptor de transplante devido ao positivado. Esse protocolo foi trazido para o Brasil pela pesquisadora e médica do Hospital das Clínicas que foi a representante do ABTO no PL de 2006 a 2008, a doutora Maria Cristina Ribeiro de Castro. E foram 7 pessoas selecionadas, eu fui uma delas e esse protocolo ele utilizava um medicamento chamado Imunoglobulina Humana, IVIG, ENPOBULIM fabricado pela ROCHE, as sete pessoas que fizeram parte do protocolo receberam o rim, e eram 7 pessoas inviabilizadas na lista de espera, que estariam na lista de espera até hoje aguardando transplante há mais de quatro anos pelo órgão, e todos nós estamos completando cinco anos nesse mês, porque fizemos o transplante todos na mesma época, todos variando crenatina, não sei se vocês sabem que é um marcador de saúde do rim, variando de 0,6 a 1, ou seja, talvez até melhor do que algumas pessoas presentes que estejam aqui na mesa. Bom, esse tratamento ele custando mais de 200 mil reais fora o transplante. Duzentos mil reais só o protocolo de sensibilização que faz com que a imunidade do receptor caia sensivelmente a ponto de receber qualquer órgão, seja de doador não relacionado principalmente. Está falando na recepção e não na doação. Queria saber se é viável um tratamento nesse custo, e porque ele não é divulgado para a população geral. O Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**: Eu vivi no final de semana a perda do meu irmão e foi solicitada a permissão para utilizar as córneas. Eu digo isso, porque é num momento muito difícil, que tem que ter um certo trabalho antes, já se sabia disso, que ele iria a óbito, e naquele momento fica muito difícil. Eu na minha sensibilidade permiti, mas a esposa dele ao meu lado não permitiu, o que não facilitou e não foi permitida a retirada. Eu digo isso aqui, porque precisa de um trabalho mais bem feito, inclusive com a família, eu tentei falar muito com o pessoal da equipe do hospital antes, mas não me permitiram, até porque eu sai daqui na quinta-feira, e não me permitiram conversar com a equipe, e a equipe poderia ter facilitado um trabalho junto a esposa dele, para que pudesse ser aproveitado. Infelizmente eu digo isso aqui para que sirva de exemplo, e possa ser estudado uma forma de trabalhar os familiares antes e não na hora que vem a óbito, porque fica muito difícil a pessoa ter essa sensibilidade. A Conselheira **Maria Laura Bicca**: Nosso GT cumpriu a tarefa. De agora em diante vamos fazer outros encaminhamentos. Como Assistente Social de base lá no *front*, na emergência do Hospital Conceição, temos um trabalho de acolhimento. Quando o cidadão entra, nós já fizemos a abordagem de acolhimento à pessoa que vai internar, e isso facilita demais a doação, porque a gente vai acompanhando processo de ter plantão até meia noite. Há um grupo de pessoas, de profissionais da Comissão de Captação de Órgãos que ficam de sobreaviso. Sempre tem um enfermeiro ou outros profissionais e o Serviço Social coordena essa comissão e tem tido resultados. O que a gente não sabe às vezes, é se o órgão foi aproveitado ou não foi. Nesse sentido, se houvesse um empenho grande com captações de córneas acabaríamos com o problema num ano. Os doentes têm pressa, a família tem pressa, quem está com problema tem pressa. E também precisa ter um movimento para que isso seja resolvido, um processo mais intenso para a gente conseguir resolver essas questões. Por outro lado, eu acho que esse papel de Serviço Social e das outras profissões nas vulnerabilidades, porque não é justo que as pessoas mais pobres que estão com dificuldade de moradia, e isso atinge rico, pobre e qualquer pessoa, seja excluído. Há um risco que vai poder perder, porque não tem as condições. Agora, se você trabalhar as pessoas, antes de ser doentes são pessoas e são seres humanos que merecem oportunidades. Se a gente tiver projeto de vida com essas pessoas, o mais humilde é higiênico, sabe lavar as mãos, e a gente tem casos, tem garantia de transporte, a gente vai em casa, a gente busca e a gente leva, tem todo um trabalho que já vem sendo realizado no Brasil todo, e ali na última citação não aparece o serviço Social, mas o Serviço Social tem um trabalho muito relevante e quero saudar os colegas que estão envolvidas nesse trabalho. Ainda quero falar o seguinte. Consentimento livre e informado. Precisa ter nos formulários de todas as instituições que trabalham com o SUS, o consentimento informado com o símbolo do 100% SUS, porque vai da sociedade desse e daquele, o paciente que recebe pergunta a minha sede é em São Paulo? Não, é o formulário do Sistema Único. E, por último, já agradecendo eu queria fazer um tributo ao usuário na

3960 pessoa que a Rosângela representou, porque além de ter a vivência e a qualificação profissional, por-
3961 que ela é uma jornalista, a gente não teria chegado a esse resultado, se nós não tivéssemos alguém
3962 que caminhou por essa estrada, e eu acho que foi um grande mérito. Queria também destacar a pre-
3963 sença do doutor Alceu José Peixoto Pimenta, que representou as entidades médicas, que não está
3964 mais conosco aqui como Conselheiro, mas ele teve um papel fundamental também nos entendimentos
3965 e na interlocução. Representando o FENTAS, eu quero dizer, que a gente levou para o grupo a nossa
3966 experiência de cotidiano mesmo, de quem está lá na ponta levando o trabalho. E agradecer também a
3967 Gyselle e ao Wilen que chegaram depois, e a nossa assessora técnica Maria Vitória, sem a qual a gen-
3968 te não teria tido esse peno extra. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**: Caso não dê tempo de-
3969 les responderem tudo, que eles nos respondam através de você depois por escrito. **Rosana Reis**
3970 **Nothen - Coordenadora Geral do Sistema Nacional de Transplantes/SNT/SAS/MS**: Em primeiro
3971 lugar eu queria dizer a vocês que temos um regulamento novo que está publicado desde outubro do
3972 ano passado e que responde boa parte das questões que vocês têm. Inclusive em relação ao termo,
3973 existe um modelo do termo de consentimento presente no próprio regulamento, e embora ele deva ser
3974 republicado por umas imperfeições de redação, eu acredito que ele é um avanço muito grande em rela-
3975 ção a várias coisas que a gente precisava e que não eram revistas a muitos anos. Eu queria também
3976 entrar na questão da informação dos documentos, isso se decidiu por medida provisória logo depois da
3977 publicação da lei do transplante em modificar essa sistemática, porque ficou bem demonstrado que os
3978 organismos policiais que naquela época emitiam as carteiras de identidades e as carteiras de habilita-
3979 ção, não estavam preparados para fornecer as informações necessárias para que qualquer pessoa
3980 pudesse escolher de maneira livre e esclarecida. E assim houve uma reação muito grande da popula-
3981 ção contra a idéia da doação, com o temos de que com esse carimbo na sua carteira, elas virariam um
3982 alvo potencial de ser mortas para serem doadoras. Então isso é uma coisa que se achou que era contra
3983 produtora, e na melhor tradição da sociedade médica brasileira de sempre consultar a família em re-
3984 lação a essas doações, a gente voltou para a idéia do consentimento familiar. E é nisso que a gente
3985 tem focado e as campanhas de mídia têm pesado muito essa questão de que para ser doador só basta
3986 que a gente converse com a própria família. A questão do princípio da economia que possa estar ferido
3987 nessa questão de envolver a família na decisão é uma coisa que a gente está estudando com cuidado
3988 um eventual acréscimo da possibilidade de um depoimento testamentário da pessoa também substitua
3989 a vontade da sua família. De qualquer forma, embora em alguns estados a recusa familiar tenha uma
3990 expressão importante, 21% da recusa no Brasil não é um dado alarmante não. Acho que estamos me-
3991 lhorando muito nessa questão e nós temos níveis de recusa semelhante a dos Estados Unidos, por
3992 exemplo. A gente pretende chegar no nível europeu, o nível espanhol, mas a gente não está mal. No
3993 que a gente está mal mesmo é no localizador, e a intervenção precisa ser precipuamente nos profissio-
3994 nais de saúde para que eles identifiquem as pessoas que estão fora do alcance terapêutico terem a
3995 intervenção. A questão da vulnerabilidade social na inscrição, realmente existiam algumas equipes
3996 transplantadoras que traziam isso como pré-requisito para que o paciente fosse inscrito, agora isso é
3997 totalmente abominado pelo regulamento técnico e pelo Ministério e aquelas instâncias todas éticas
3998 nesse momento, e o que a gente pretende sim é que o paciente seja acolhido dentro do Sistema de
3999 Saúde para poder fazer seu tratamento subsequente sem riscos. E nesse sentido ninguém impureza o
4000 valor da equipe multidisciplinar no transplante. O que eu trouxe aqui é que na questão da doação de
4001 órgãos o papel do médico e do enfermeiro é fundamental, porque isso envolve a manutenção do doa-
4002 dor, coisa que o psicólogo e o assistente social não tem condições de fazer. Eu não quis aqui trazer
4003 nenhum tipo de preconceito em relação à atuação do Assistente Social e do Psicólogo na doação, mas
4004 o fato é que existem etapas da doação que precisam sim da intervenção do médico e do enfermeiro. O
4005 laboratório de compatibilidade que foi perguntado a respeito dos credenciamentos, eles trabalham para
4006 os transplantes de órgãos e transplantes de medula. Atualmente nós temos uma boa rede formada e
4007 não credenciaremos novos laboratórios de compatibilidade a não ser por ter tido estrito do gestor local.
4008 E desde que esses laboratórios se envolvam também na compatibilidade do transplante renal, porque é
4009 muito fácil a gente trabalhar de 8 às cinco da tarde para fazer exames e na hora do plantão do final de
4010 semana e de noite não tem ninguém que queira fazer para atender o paciente do rim, o que acaba justi-
4011 ficando que em vários estados da federação, a gente só tenha transplante inter-vivos, porque a gente
4012 não pode trabalhar com doador falecido em função dos horários alternativos que são necessários. Em
4013 relação aos medicamentos, isso realmente é uma grande interrogação e nós como sociedade temos
4014 que construir o que é melhor. Todo mundo aqui é antigo o suficiente para lembrar do CEME e de muitas
4015 coisas muito ruins que aconteceram naquela época. A questão da distribuição centralizada é sempre
4016 uma faca de dois gumes, e a gente está tentando avaliar junto com a Organização Mundial de Saúde
4017 essa questão da compra, porque me parece que existem mecanismos internacionais de tomada de
4018 preço e que eventualmente a gente possa estar se inserindo. O fato é que o gestor estadual que tem
4019 que fazer a compra que é inadimplente, vai comprar pior e mais caro, nessa situação. A gente tem que
4020 avaliar isso muito bem. E em relação ao TMO, a gente tem boas notícias, nós fizemos 1500 transplan-

tes no ano passado, a gente está resolvendo a questão de ocupação na rede, e hoje nós temos uma autonomia de localização de doador dentro do Brasil que ultrapassa os 60%, estamos numa política de criação de bancos de cordão umbilical que devem resolver em boa parte a questão desses 40% restantes que ainda não tem doador localizados e são 13 bancos a serem inaugurados, o último deve ser no início de 2011. Cada um com cinco mil bolsas para pronta disponibilização. Além disso, passou de 12 mil doadores voluntários em 2000, para mais de um milhão e quatrocentos mil no dia de hoje. Então, isso foi uma evolução fantástica dentro do Sistema de Saúde. Nós somos hoje o terceiro banco de doadores voluntários de medula do mundo e estamos totalmente integrados nos registros internacionais, porque isso tudo exige um nível de competência em relação a essas análises que já foi reconhecido em relação aos profissionais brasileiros. E por último, eu queria chamar a atenção para a questão dos níveis de gestão. O transplante é totalmente gerido na ponta pelas gestões locais. Então dentro do pacto federativo, nós como Ministério temos poucas possibilidades de intervenção numa central de transplantes, porque administrativamente ela está totalmente ligada ao secretário, e é um cargo de confiança do secretário. Nós inclusive tentamos nesse regulamento estabelecer um perfil técnico para o coordenador de central de transplantes e fomos abortados nisso pelas colocações dos secretários que querem que o coordenador da central de transplantes continue sendo um cargo de confiança. Então assim, a gente tenta do ponto de vista técnico, municiar as pessoas da melhor maneira possível, e uma das coisas que a gente está fazendo é uma pós-graduação sensu lato para a Coordenação Estadual de Transplantes, para que a gente possa passar fundamentos de gestão e fundamentos técnicos também que são necessários para esses profissionais terem uma boa atuação na ponta. **Tadeu Thomé - Coordenador do Departamento de Coordenação e Transplantes da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO:** Achei muito pertinentes as colocações, e a gente sempre vê num público assim que toda vez que você toca no assunto de transplantes, várias pessoas participantes se aproximaram do processo como paciente, como vítima às vezes de uma estrutura inadequada e foram prejudicadas. A doutora Rosana já preencheu vários check list meus aqui, mas uma coisa importante que o Volmir levantou e a Maria Laura também, com relação ao foco na família. Nos cursos de capacitação que a gente tem para coordenação de transplante, estamos sempre incentivando que o acolhimento familiar, este é o termo, seja um foco principal para esses pacientes e para esse processo de ação transplante. Como a Maria Laura colocou bem, não só para doação de órgãos, mas quando entra no hospital merece todo acolhimento como qualquer outro paciente, mas muitas vezes a família é entrevistada, alguém senta para conversar com a família só no momento para falar do diagnóstico da morte encefálica, e para falar sobre a doação de órgãos. Trocou plantonista e trocou médico e ninguém deu nenhuma informação e o único momento que senta para conversar é para falar sobre doação de órgãos. Então é óbvio que isso tem impacto grande na recusa familiar. Então existe um trabalho que feito pela doutora Bartira, que entrevistou várias famílias que passaram pelo processo da doação e perguntaram. Vocês doariam novamente? E o resultado foi interessante que 70% dessas famílias que doaram os órgãos numa determinada região de São Paulo, doariam novamente e 30% não. E dentro dessas 30%, a grande causa foi a demora na liberação do corpo. Não só na liberação do corpo, porque o processo começa quando o indivíduo está interrogado se está em morte encefálica ou não, e depois disso passa por várias etapas, e entrevista familiar é uma delas. E depois que termina a cirurgia, o hospital pensa que acabou o papel deles, só que o corpo ainda vai para o IML, porque a causa de morte encefálica, por exemplo, foi um trauma. Então, tem mais o tempo do IML, e então a gente incentiva os coordenadores de transplante a ajudar até numa logística para agilização do IML. O IML poderia ir até o hospital através do médico-legista para fazer o laudo atestado, ou de repente num determinado local passar o doador de órgãos na frente dos outros. Não sei, é uma pergunta, não estou dizendo que essa é a melhor saída, mas é uma discussão a respeito disso. Foco familiar, acolhimento familiar, a gente acha que isso é o grande segredo. Outro detalhe importante que a Cleuza perguntou. O órgão transplantado, se esse transplantado tiver morte encefálica, esse órgão que foi implantado nela pode sim ser doado para outras pessoas. Quantas vezes esse órgão permitir, de acordo com suas funções através de análises clínicas e laboratoriais. Perguntaram sobre porque não aumenta a captação de órgãos? Esse, eu acho que é o mais relevante, porque quando a gente fala de critérios expandidos é a maior alternativa visto que a doação é baixa, e tem uma demanda alta na fila. Então existe um trabalho assim do Ministério da Saúde através da doutora Rosana e de outras iniciativas para aumentar essa captação de órgãos, esse é o foco. E uma das medidas que nós enxergamos que é a melhor é a capacitação e treinamento de profissionais na Saúde. Campanhas são ótimas, muito bem vindas, trazem muitas vezes resultados indiretos, mas o melhor é você treinar e capacitar o médico que está na UTI, o enfermeiro que está na UTI, o Assistente Social, o Psicólogo que estão fazendo parte dessa equipe inter hospitalar, para que eles sim aumentem a identificação desses indivíduos que podem virar doadores, otimizem a manutenção hemodinâmica, façam uma entrevista familiar adequada para que mais órgãos sejam disponibilizados para o sistema. Então, a gente entende que a capacitação de recursos humanos é o grande investimento para a captação de órgãos. **Alexandre Marinho - Técnico de Planejamento e Pesquisa do**

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA: Gostaria de fazer uma consideração a respeito da impressão que eu tenho da capacidade que essas campanhas eventualmente tenham para melhorar esse processo. Eu não vou fazer considerações muito técnicas que seriam chatas, mas vou fazer uma analogia. Você tem uma caixa de água. A fila é um estoque, ou seja, é resultado do encontro de dois fluxos. O fluxo de entrada de pacientes e o fluxo de saída de pacientes. Você tem gente entrando no sistema e saindo do sistema. Se a quantidade de pessoas entrando no sistema numa unidade de tempo é maior do que a que está saindo, você gera uma fila. É a mesma coisa da caixa de água. Se eu tiver uma mangueira enchendo e uma bica esvaziando, se a mangueira injeta mais água do que a bica escoa, a caixa vai encher com o tempo. Então uma campanha ocasional, ela pode fazer o papel mais ou menos de você estar lá com a caixa cheia e ir lá com o balde e esvazia a caixa, quando você pára o movimento do balde a caixa vai encher de novo. Se você não tiver uma campanha que mude permanentemente as condições do sistema, que mude a cultura das pessoas, não adianta você eventualmente pega uma personalidade que recebeu um transplante e bota na televisão. Isso não vai resolver nunca. O problema é um problema de longo prazo, não é problema de curto prazo. No curto prazo bode obter alívio, no longo prazo, e aí dentro dessa linha uma coisa que me causa uma certa espécie, pelo menos um trabalho ou dois que eu consultei diz assim. Todas as religiões ou principais religiões ou número de pessoas no Brasil apóiam o transplante de órgão. Dizem que é um ato de amor, e enfim, é mais do que recomendável. Eu nunca vi nessas campanhas, pode ser que eu não tenha visto todas, autoridades religiosas se manifestando positivamente a respeito e dizer isso é um ato de solidariedade humana de acordo com sua crença, eu acho que essas pessoas deveriam eventualmente serem envolvidas nessas campanhas. Eu acho que isso é um ponto importante, porque tem algumas pessoas que tem questões transcendentes, eu tenho medo disso e daquilo e a própria religião dela recomenda que ela fizesse, e as pessoas às vezes não sabem. Eu acho que isso é uma coisa que poderia haver um chamamento. Um outro ponto, eu vou procurar falar coisas que não foram faladas aqui, porque a gente não tem todo o tempo. Um outro ponto que é a questão da doação consentida, da doação presumida. Se você vai dar a palavra final ao eventual doador ou à família é uma questão complexa. Eu que fiz parte pelo menos de uma banca de doutorado, onde era mais ou menos demonstrado que a doação de você pessoa física, você indivíduo dizia que você queria ser doador era melhor, e aí comparando resultados internacionais, era melhor do que da família. Alguém aqui até falou que teve um problema familiar. O que é família hoje em dia? O que é família? Quem decide eventualmente sobre isso? Isso é uma questão que tem que ser contemplada. Outro ponto que também acho que é importante que eventualmente não foi dito aqui, é a questão do trabalhador em transplante. Eu li pelo menos um livro escrito por enfermeiras de transplante em que a situação delas, das pessoas que lidam e trabalham numa UTI de transplante é extremamente séria, porque você está lidando com uma pessoa e na maioria das vezes pessoas jovens, que você não sabe se trata como vivo ou como morto. E essas pessoas são submetidas a tensões e a questionamentos assim gravíssimos e acho que deveriam merecer alguma espécie também de atenção em particular. **Maria Cristina Massarollo – Primeira Secretária Da Sociedade Brasileira de Bioética:** Vou fazer algumas considerações: ao José Marcos, que perguntou a respeito do sistema CEP/ CONEP do termo de consentimento. Realmente acho que o termo de consentimento livre e esclarecido é uma coisa que é muito valorizada até nesse sentido da pessoa ter o conhecimento a respeito do que ela está consentindo. Os riscos, benefícios e etc. Então não diz respeito só a questão de participação em pesquisa. Qualquer participação seja para assistência, seja para pesquisa, é importante termo de consentimento. O que eu acho que pode ser a exemplo da questão das diretrizes para pesquisa a questão de elaboração. Lá não tem como é, mas o que deve constar num termo de consentimento livre e esclarecido. Então para o usuário. Então a outra que tinha sido colocada, o Artur tinha falado a questão de que foi colocada a questão do termo de consentimento, mas mais do que isso a vulnerabilidade. Artur, vai parecer justificativa, mas eu tinha colocado um slide com os itens que eu considerava também que além da consideração aos doadores limítrofes que paralelo deveria, mas pelo tempo e pelas outras abordagens eu achei que seria contemplado em outras falas, mas eu concordo plenamente, não é só a questão dos limítrofes, o que foi em precisando dos limítrofes, eu acho que alguns pontos devem ser considerados, mas esse aspecto de aumento da doação por outros fatores e etc, eu acho que é essencial. A Conselheira **Rosângela da Silva Santos:** Encaminhamentos que peguei: a Jurema já fez que é fazer mais mesas, a gente tem que fazer uma outra mesa com pontos que já foram aqui postos em discussão que são temas como de estrutura que a gente pode buscar a atenção da questão primária, e enfim, estar associando a isso. Quanto ao Volmir, a gente está tratando essas questões nas comissões e entendo que as comissões podem absorver essas demandas e trazer ao Conselho em pautas que a gente pode discutir esse tema. Quanto à COFIN, é interessante que a gente passe a trabalhar com outros Ministérios, outros setores, setores de pesquisa, chamando junto à COFIN para que a gente possa estar fazendo como foi feita uma avaliação econômica, e contribuindo também em interação com o Ministério e outros órgãos para que a gente possa ter indicadores de avaliação e qualidade. E outra coisa, é importante que a gente consiga junto ao Ministério produzir material

informativo. Se a gente tivesse algum material informativo, que fosse distribuído nos centros transplantadores padrão, no Brasil, a gente já tinha visto isso no grupo. Seria uma forma de começar a informar essas pessoas e multiplicar essa informação, inclusive sobre a questão do termo do consentimento livre e esclarecido, seria uma forma de anteriormente essas pessoas estarem tendo acesso à informação. Então a tendência é a gente estar buscando junto ao Ministério uma cartilha, um documento mais dentro do próprio debate que a gente já fez aqui. A Conselheira **Sílvia Casa Grande**: Queria fortalecer a decisão do Pleno para que a gente agilizasse o Seminário de Atenção Básica. Para que a gente debruçasse em cima da falha da gestão. A gente acaba sendo conivente com isso de estar deixando a atenção básica tão fragilizada e não desempenhando o seu papel que é fundamental, para que não chegue depois a esses tristes casos. O Conselheiro **Artur Custódio Moreira de Sousa**: Meu encaminhamento, na verdade é um pouco na linha da Sílvia, porque tanto na hanseníase como uma série de outras doenças, hanseníase por causa da cortizona mal aplicada, a gente tem renais crônicos. Para subsidiar a próxima discussão da questão de transplantes aqui no Conselho, um estudo mais aprimorado do IPEA em termos de Economia de Saúde do tipo, quantos desse contingente de pessoas que vão receber transplantes são de doenças que poderiam ter sido prevenidas na atenção básica. O quanto isso gera para o sistema. O que a gente poderia ter de medida, por exemplo, esse Conselho aqui uma vez há muitos anos atrás para tentar reverter a cultura do parto cesárea a gente valorizou o parto normal financeiramente. O quanto que a gente não pode valorizar, por exemplo, a captação. E qual o impacto disso na não utilização de órgãos limítrofes ou ainda dos medicamentos que vão ser aplicados para o órgão limítrofe. Se, por exemplo, eu pagar mais ao profissional médico ou enfermeiro, ou enfim, na UTI pagar mais ao hospital que captar mais órgãos, qual vai ser a diferença disso no final. A gente podia ter uma avaliação financeira que talvez isso os gestores discutam um pouco mais e a gente possa ter uma Resolução nesse sentido. **Alexandre Marinho - Técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**: Nós já estamos fazendo alguma coisa nesse sentido e aí utilizando os dados da ABTO que são os dados que a gente tinha em princípio, nós já estamos pensando nesse assunto que é extremamente importante. A Conselheira **Rosângela da Silva Santos**: Eu gostaria de agradecer a todos os elogios, eu acho que isso daí já me deixa mais tranquila porque é um tema bastante complexo, eu não sabia como estar passando isso para os senhores de forma clara, eu agradeço muito aos elogios, isso me deixa muito confortada, e estou pensando não só nisso, mas nas 60 mil pessoas. Um dia o Ministro disse isso aqui, quando faço um trabalho e trago para os senhores que existem pessoas sofrendo e precisando, urge o tempo, e o que podemos estar fazendo para que as pessoas não morram, e o que a gente está fazendo e o que a gente pode com articulação é óbvio, para que a gente possa ter sucesso não só para os transplantes, mas para o usuário do Sistema Único de Saúde. **DELIBERAÇÃO: 1**. Pautar mesas no CNS que possam contemplar o aspecto da equidade da política dos transplantes, bem como, as causas vinculadas a necessidade deste procedimento, no sentido de contribuir em todos os aspectos com a Política Nacional de Saúde, avaliando os seguintes tópicos: - Apontar os aspectos da promoção, prevenção e atenção à saúde do SUS, considerando os sistemas desde as possibilidades éticas, econômicas e gerenciais, que garantam uma política de transplantes adequada e equânime, garantindo a saúde da população; - No pré e pós transplante, demonstrar quais os impedimentos e implicações ocasionadas por causa da vulnerabilidade social, vinculando a assistência social neste processo, no sentido de que os pacientes candidatos a transplantes possam superar os obstáculos e terem um acompanhamento integral em todos os estágios do tratamento. - Avaliar os aspectos do estado geral clínico dos pacientes transplantados, seja através do acompanhamento dos exames, ou em relação ao uso dos medicamentos, incluindo, os pacientes que necessitem de retransplantes de rim (mediante protocolos de sensibilização para cross match positivado) ou de fígado - Discutir a situação dos usuários da saúde mental, que estão na fila de transplante, tendo em vista a 4ª Conferência de Saúde Mental. - Discutir o teor da polêmica dos órgãos limítrofes e quais os investimentos que os estados estão fazendo, em comparação com as ações que podem ser feitas para o estímulo a doação de órgãos, relacionando os aspectos da captação e os indicadores do processo de doação, ainda levando-se em consideração o conceito da Bioética pelo pressuposto da vulnerabilidade dos pacientes. - No que tange aos Recursos Humanos, quais os investimentos que estão sendo feitos na capacitação de profissionais em saúde (médico, enfermeiro, comissão intra-hospitalar e multiprofissional) em UTI? - O que pode contribuir com o aumento da identificação de quem pode se tornar um doador e, ao mesmo tempo, otimizar a manutenção hemodinâmica dos potenciais doadores? - Ainda como subsídio para o próximo debate sobre transplantes, solicitar um estudo do IPEA (em conjunto com o MS), em termos da economia da Saúde, sob os seguintes aspectos: → Qual o contingente de pessoas que vão receber transplantes, decorrente de doenças que poderiam ter sido prevenidas na atenção primária? Qual o impacto deste problema para o sistema? → Quanto se pode atingir de medidas para se valorizar a captação de órgãos e qual o impacto disto, por exemplo, quando da não utilização de órgãos limítrofes ou ainda dos medicamentos que vão ser utilizados para transplantes com estes tipos de órgãos? → Em havendo mais remuneração aos profissionais desta área, bem como, para o hospital que

mantém o provável doador e/ou para o hospital transplantador, qual seria a diferença destes incentivos ao final da uma avaliação financeira, para que os gestores fossem receptíveis e se empenhassem mais em investir em transplantes. **2.** Considerando que o assunto sobre os transplantes é um tema estruturante, transversal e pertinente a todas as comissões do CNS, estas devem assumir o compromisso, em que cada uma dentro da sua área de debate, possa fazer a correlação com a política de transplantes, para discussão e deliberação no CNS nos seguintes aspectos: - Discutir nas Comissões afins do CNS, sobre os mecanismos de compra centralizada, pelo MS, dos medicamentos que são utilizados pelos pacientes no pós transplantes e pautar sobre o tema na Reunião do CNS, visto que, esta modalidade de compra permite uma melhor tomada de preços no mercado, minimizando assim vários problemas do sistema, inclusive os de licitação; - A COFIN deverá se debruçar sobre a Execução Orçamentária dos transplantes, comparando o que é repassado aos Estados com a efetivação dos procedimentos dos transplantes. Da mesma forma, a Comissão de Saúde Suplementar deverá analisar os aspectos relacionados ao transplante – SUS e Saúde Suplementar; - Manter a interface entre os CEPs e CONEP, no que tange a esclarecimentos e monitoramento do termo de consentimento que os pacientes assinam para a realização dos procedimentos e participação de pesquisas; **3.** Agilizar o Seminário de Atenção Básica, no sentido de identificar as falhas da gestão que incidem na debilidade da atenção e no desempenho fundamental das ações de prevenção de doenças que poderiam retardar a cronificação das patologias de base e conseqüentemente a necessidade de transplantes. **RECOMENDAÇÕES:** **4.** Recomendar estudos ao MS, sobre a manutenção hemodinâmica dos pacientes internados na UTI e a recusa dos familiares para doação dos órgãos do falecido (em morte encefálica), cujos resultados possam ser cruzados e analisados do ponto de vista econômico. Ainda sobre este enfoque, promover no CNS um debate que envolva as áreas do serviço social e de psicologia, para identificar os determinantes a partir dos dados que foram apresentados. **5.** Recomendar ao MS a elaboração de material informativo e acessível sobre transplantes, a fim de esclarecer a sociedade sobre o processo de doação, autorização de doação de órgãos e termo de consentimento livre e esclarecido. Intervalo para o almoço. Às 14h20, o Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS** retomou os trabalhos: Precisamos pautar de novo esse tema aqui para aprofundar outros vieses. Mas enquanto isso o secretário Gerson Pena me procurou, porque ele queria ver se entre 12h30 e 13h15 faria a exposição. Está comprometida. Pedi a ele que disponibilizasse o material que é muito interessante, porque está sendo muito cobrado pelo país as informações sobre a dengue e vírus H1N1. Temos agora o curso de formação para Conselheiros Nacionais de Saúde. O Dr. Leonardo coordena os projetos de formação à distância para Conselheiros Nacionais na Universidade Federal. Curso de formação para Conselheiros. **ITEM 09 – CURSO DE FORMAÇÃO PARA CONSELHEIROS NACIONAIS DE SAÚDE – EAD.** Apresentação e Deliberação: **Eufrásia Santos Cadorin** – Conselheira Nacional de Saúde – 10’. **Leonardo Avritzer** – Coordenador de Projetos de Formação a Distância para Conselheiros Nacionais da UFMG – 20’. Coordenação: **Antônio Alves de Souza** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde. A Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin:** Eu gostaria de convidar também a Conselheira Natividade para estar nos ajudando aqui na mesa e falando um pouquinho da proposta. A Conselheira **Maria Natividade Santana:** É com muito prazer que eu vim para essa mesa para apresentar aqui com a Comissão de Educação Permanente e a Universidade Federal de Minas Gerais, a proposta que passou pela mesa diretora e foi encaminhada à Comissão de Educação permanente para o controle social. Houve a discussão sobre este curso que está sendo proposto e a gestão vai financiar esse curso e nós estamos já com a proposta elaborada, com o projeto elaborado, discutido e para que este Pleno aprecie e dê a contribuição naquilo que achar conveniente a critério de cada um dos Conselheiros, usuários, gestores e trabalhadores. Passo a palavra à Conselheira Eufrásia, que coordena a Comissão de Educação Permanente hoje, para que ela possa fazer a apresentação do parecer da comissão e em seguida passaremos para o doutor Leonardo. A Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin:** boa tarde a todos os Conselheiros e Conselheiras. Nós pautamos esse assunto na Comissão de Educação Permanente, na reunião do dia 22, quando foi apresentada a proposta, o projeto do curso, os conteúdos que seriam trabalhados, a carga horária, o objetivo. Fizemos uma boa discussão com a comissão e entendendo que todos os processos de formação eles vão contribuir com a nossa atuação enquanto Conselheiro, e aí a gente já tem também um projeto que está em andamento que é a fase que diz respeito a um dos componentes do PID, e na verdade essas propostas se somam. Não seriam propostas que vão estar trabalhando os mesmos conteúdos e trabalhando as mesmas coisas, mas são propostas de formação para Conselheiros que no caso do PID tem maior ênfase na comunicação e informação, e no caso específico da UFMG, ele é mais voltado mesmo para a atuação de Conselheiros enquanto ator importante na formulação das políticas públicas, e no caso mais específico nas Políticas Públicas de Saúde. A gente teve a total liberdade para discutir a proposta e fizemos algumas sugestões as quais também já foram incorporadas nessa proposta que vai estar sendo apresentada para vocês hoje, e a gente na comissão entendeu a importância e a necessidade da gente estar oportunizando mais acesso aos Conselheiros e Conselheiras de todo o país, entendendo que essa é uma estratégia fundamental para atuação dos Conselhos de Saú-

de, e fortalece com certeza, nos possibilita uma atuação melhor. Não que a condição para que você seja Conselheiro seja que você tem uma formação. Essa a gente sabe que não é condição sinequanon, mas que os processos de formação eles contribuem para nossa atuação, isso é fato e essa é uma estratégia importante, não é à toa que a Comissão Permanente para o controle social existe, que é para estar contribuindo realmente com esses processos de formação e contribuindo com atuação dos Conselheiros fortalecendo então a participação social no SUS. Vamos examinar a proposta, discuti-la e incorporar também as sugestões que o Pleno vai fazer. **Leonardo Avritzer – Coordenador do Projeto de Formação a Distância para Conselheiros Nacionais da UFMG:** Boa tarde a todos. Eu coordeno o Projeto na UFMG que se chama Projeto Democracia Participativa. Uma tentativa de ser ao mesmo tempo um núcleo de pesquisa sobre a experiência de participação social no Brasil e também um núcleo de extensão. Nossa tentativa é associar a pesquisa à extensão e essa é a origem de um conjunto de projetos ligados ao Ensino à Distância na área de participação que nós já realizamos, e é origem também dessa proposta que estamos fazendo aqui. Nós já tivemos cursos de ensino à distância com a Cáritas Brasil, onde a gente fez o primeiro curso para formação de atores sociais para as pessoas que trabalham na ideia de participação. Tivemos um curso também com algumas prefeituras européias, onde a gente formou todas as pessoas ligadas à ideia de participação nesse projeto e neste momento nós temos um projeto com a Secretaria Geral da Presidência da República de formação de Conselheiros Nacionais. Em geral, a nossa experiência em relação a curso na área de participação é uma tentativa de contribuir com o conhecimento que a gente tem para a formação dos Conselheiros. Nós entendemos que tanto o papel de Conselheiros é um papel fundamental das políticas participativas no Brasil, mas nós entendemos também que é preciso formar esses Conselheiros. A gente já teve diversas experiências nessa direção, já demos um conjunto de cursos de especialização à distância e nesse momento o que a gente propõe na verdade é um curso de extensão. Nossa experiência é que na verdade para Conselheiros, para as pessoas que estão mais ligadas às políticas, é mais adequado cursos de extensão do que cursos de especialização. Como é que funciona o nosso curso? E aqui vamos dar uma ideia de como os nossos cursos funcionam. Então, nós temos cursos de atualização, nós temos cursos livres. Todos os nossos cursos livres ou de extensão não tem exigência de escolaridade de nível superior. A ideia nossa é na verdade trabalhar com textos, vídeos, formas de interação entre os estudantes e aqui a gente também está introduzindo até por sugestão da Comissão de Educação Permanente do Conselho Nacional de Saúde a ideia de "workshop" para soluções de problemas específicos, ligados a certas características da gestão. O curso piloto que nós estamos propondo. Nós estamos propondo dois cursos. Um curso piloto e um curso estendido. O curso piloto é um curso de 40 horas para em torno de 200 alunos por um período de 30 dias, quase todos os nossos projetos iniciam com o curso piloto. Eu acho que ele tem uma série de objetivos e entre eles receber um conjunto de críticas das pessoas que vão estar nessa parceria, para que a gente aprimore no curso estendido. O curso nosso estendido é de cem horas, três disciplinas de 30 horas e um "workshop" de dez horas, cada turma com quatro grupos de trabalho, e as turmas ocorrem simultaneamente, para a ideia da gente ter um pouco mais de capacidade de interação com os alunos e os alunos terem um pouco mais de capacidade de interação entre si. Então, nesse curso que nós estamos propondo aqui ele tem basicamente três módulos ou três disciplinas que a gente estaria trabalhando. Uma que a gente chama "As concepções de democracia e sua influência na constituição do estado." Aí falar um pouco sobre a concepção do nosso curso. Nós pessoalmente na UFMG, e no nosso núcleo de ensino à distância que temos trabalhado com experiência de Conselheiros de disciplina sociais, a gente tem a visão de que hoje o Conselheiro domina frequentemente muitos dos aspectos específicos da política. Nossa proposta ao CNS é na linha do que se está fazendo com a Secretaria Geral da Presidência: um curso que trabalhe mais conceitualmente, concepções de democracia, de democracia participativa, do controle, do controle público, da contabilidade, e que a questão específica da política ocupe um pouco menos de espaço do que as discussões mais gerais sobre democracia. A segunda unidade nossa é mecanismos de controle público, uma visão crítica. Nós trabalhamos a ideia do controle social como controle público, e se quiserem eu posso elaborar um pouco porque a gente trabalha mais com a ideia do controle público do que com a ideia de controle social, e a ideia da visão crítica é tentar mostrar que o controle é muito importante na nova democracia brasileira, mas que ele ainda tem seus limites e tentar mostrar alguns desses limites na relação entre sociedade civil e estado. E o terceiro módulo ou terceira unidade é gestão do SUS: participação e controle social. E aí nós fizemos um conjunto de adaptações inclusive nesse módulo, inclusive por sugestão da Comissão de Educação Permanente. A ideia é trabalhar o histórico do SUS, a legislação participativa da Área de Saúde, algumas das questões ligadas também a relatórios de gestão, e com isso dar uma formação para a atuação dos Conselheiros de Saúde em questões específicas. Estratégias metodológicas: temos uma plataforma que hoje é considerada padrão, a UFMG é uma das gestoras dessa plataforma no Brasil chamado plataforma Moodle que nós trabalhamos. Aulas de vídeo, hiper-textos, enquetes. O ensino à distância necessita de feedback para o aluno, atividades avaliativas on-line, e-mail de suporte diário aos alunos, tutoria. Um tutor para cada 20 alunos, no curso piloto, e um

tutor para cada 25 alunos no curso estendido. Só algumas questões objetivas. Certificados a gente dá de atualização, a nossa plataforma com quase todos, ela mede frequência e a gente dá certificado para quem tem 70% de frequência ou mínimo de 70 pontos nas atividades avaliativas que a gente faz. O vídeo editado com trabalho em estúdio, com trabalho de imagens para vocês terem uma idéia do tipo de trabalho que a gente faz. (apresentação do vídeo). Nossos vídeos são entre 46 e 50 minutos. Um vídeo por cada uma das disciplinas. A Laura que ela vai dar uma idéia do funcionamento da nossa plataforma, e vou deixar para a parte final dizer como a gente está pensando a questão da gestão do curso. **Laura S. Jardim – UFMG:** Boa tarde, meu nome é Laura, sou aluna do Mestrado na Ciência Política, e estudo o Conselho de Saúde. Vou apresentar a plataforma. A gente faz um site que a gente disponibiliza várias informações gerais sobre o curso, várias notícias e dentro dele tem um link que é o “sala de aula” onde os alunos têm acesso à plataforma. Essa plataforma não é de acesso livre. Somente os alunos inscritos no curso tem acesso, e é necessário um login e senha para acessá-lo. Depois da inscrição todo mundo recebe por e-mail um login e senha que vai dar acesso ao ambiente. A plataforma tem dois ambientes diferenciados, que é um do aluno e um dos administradores que pela administração a gente consegue ver a frequência e todas as atividades que os alunos têm acessado. O curso é disponibilizado em unidades e cada bloco desse é uma unidade. Como esse curso pretende ter três unidades, cada unidade vai ser disponibilizada num bloco. A idéia é estar disponibilizada simultaneamente e dessa forma o aluno pode organizar melhor o seu tempo para ler os textos, e as atividades são dados prazos específicos para o aluno fazer as atividades. Nesse curso a gente tem trabalho final, cronograma, fórum, vídeo e textos. Os textos são disponibilizados em PDF. O aluno pode tanto ler na plataforma, pode salvar no computador ler depois e pode imprimir. Para participar desse curso é necessário um mínimo de conhecimento de Internet, como baixa um texto, como faz download e ter essas ferramentas que é o PDF, Windows média player para passar os vídeos, mas tudo isso a gente disponibiliza no nosso site para o aluno que não tem, poder baixar. A gente disponibiliza os vídeos em dois formatos, um de alta Resolução, o vídeo é mais pesado, a imagem é melhor e um de baixa Resolução, para aquelas pessoas que tem internet ou de escada, e tem aluno que tem Internet a rádio e para ficar mais fácil o acesso ele vai ficar em baixa Resolução. Não muda muito o formato, vai mudar mesmo é o tempo para baixar o vídeo. **Leonardo Avritzer – Coordenador dos Projetos de Formação a Distância para Conselheiros Nacionais da UFMG:** Para finalizar, em cada uma das parcerias que a gente estabelece, a gente estabelece também uma comissão gestora, a gente tem uma comissão gestora com a Cáritas, a gente tem uma comissão gestora com a Secretaria Geral da Presidência da República e a idéia nossa também é estabelecer uma comissão gestora. O papel da comissão gestora é ampliar para além da universidade a gestão do curso de forma tal, que os problemas principais que vão aparecendo vão encontrando soluções de colaboração dos membros da parceria. Então não vou me estender muito, já passei um pouco dos meus 20 minutos, mas a proposta que a gente está apresentando tem essas características. A Conselheira **Maria Natividade Santana** iniciou as inscrições. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Bouffleur:** Boa tarde. Gostaria de agradecer a presença dos expositores, e dizer que nós tivemos a oportunidade de conhecer em detalhes essa proposta na Comissão de Educação Permanente, e que a necessidade existe dos Conselheiros que pedem formação à distância, e que apesar das dificuldades que a gente também sabe da implementação dessa proposta, muita desistência, dificuldade de acesso de Conselheiros remotos, eu fiz uma proposta na comissão e trago aqui também para avaliação do Conselho, que inicialmente a idéia é o projeto piloto iniciar com os Conselheiros Nacionais. E então eu gostaria de propor que além dos Conselheiros Nacionais, uma cota e percentual fosse destinado já nesse primeiro teste a Conselheiros Municipais, inclusive os que estão mais longe do acesso às informações. Podíamos definir aí uma cota para o Norte e Nordeste, quem sabe e definir alguns municípios, ir atrás e propor pelo menos duas vagas para cada município, para que as duplas sejam por município. Os Conselheiros Nacionais quem quiser participar, essa plataforma é bastante amigável, a plataforma muda porque ela é aberta, de graça, não paga royalties, e então também tem essa vantagem. A Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade:** Quero dizer que o meu suplente, Nadir Amaral está fazendo o curso e gostando muito. Fiz o curso de formação em Direito Humano, Alimentação Adequada feito com o apoio da FAO, em 8 módulos e quatro meses. O curso tem uma metodologia muito boa e uma didática também. Dois encontros presenciais. Essa é uma boa iniciativa para os Conselheiros e para as entidades, que precisam ser capacitadas também para que tenham representação em vários os momentos de controle social. A Conselheira **Maria Thereza Almeida Antunes – Federação Brasileira de Associações de Síndrome de Down:** Quero agradecer a Comissão de Educação Permanente por essa oportunidade de trazer o professor Leonardo aqui, porque realmente eu faço parte e estou terminando juntamente com Eufrásia e o Nadir esse curso de Democracia Participativa República e Movimentos Sociais. A temática desse curso é encantadora, muito boa. A metodologia é excelente. Recomendo a todos e estou de acordo com a proposta de Clóvis de que esses Conselheiros poderiam ser contatados em lugares mais longínquos para ser dada essa oportunidade. A Conselheira **Jurema Pinto Werneck:** Eu tenho uma pergunta comentário que é em relação a gente teve oportuni-

dade de ver uma pequena parte do conteúdo do curso em relação à visão, porque ajuda a gente a pensar a visão que move esse curso, mas não é suficiente para trazer a informação sobre uma parte dessa visão, que para nós é muito cara, que se refere quando se pensa na república. Como todos os sujeitos estão representados nessa visão da república que é debatida no curso, é fundamental como negros, indígenas, mulheres e o princípio da equidade na política pública e essas coisas todas são consideradas e acho que é bastante útil discutir aqui. Tenho uma missão também de apresentar também uma preocupação, de que de certa forma eu compartilho, como eu sou Conselheira, lá no Fórum Social Mundial na Tenda da Saúde, na presença do Movimento Popular de Saúde, essa preocupação: Não se trata de uma desqualificação do lugar que a academia tem, importância que a academia tem na capacitação para o controle social, mas de retomar o lugar do movimento social e popular também na execução da mesma tarefa. Eu acho que esse curso também podia considerar essa interlocução e as diferentes referências que norteiam o controle social, o diálogo dos movimentos sociais e como eles podem contribuir com esse curso e também essa coisa de apoiar cada vez mais o movimento popular apoiar na produção dessas oportunidades de qualificação de ativistas do controle social. O Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**: Em junho de 2009 eu fiz o curso: A Comunicação para Mobilização Social. O meu depoimento é muito positivo com relação ao curso. O Conselheiro **Gilson Silva**: E nos lugares longínquos aonde não chega a Internet como vai ser feita essa interação do Conselheiro, e se está precedido algum curso para quem não tem familiaridade com essa tecnologia que é a informática e o computador? O Conselheiro **Luiz Antônio Silva Neves**: Também queria primeiro parabenizar a iniciativa, porque se a gente não conseguir avançar na formação política, na compreensão, na formação do estado, a gente também consegue exercer com debilidade o nosso papel aí do controle social, do controle público, como está sendo proposto aí no curso. Algumas das preocupações já foram externadas aqui, e acho que não preciso falar. Mas como a gente não tem muito contato com o conteúdo do curso, a temática, eu queria perguntar se dentro da temática a seguridade social está contemplada. No módulo 3 se propõe mais gestão do SUS. Você disse que ia falar um pouco da formação, do processo de formação de saúde no Brasil, mas isso envolve todo o anterior com relação à seguridade tendo em vista que nós vamos ter a conferência sobre Sistemas Universais de Seguridade Social no Brasil em dezembro, e se isso também de alguma forma está contemplado nesse processo. E se for possível, disponibilizar assim com um pouco mais de detalhe o conteúdo do curso que eu gostaria de ter acesso. O Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Omore**: Fui contemplado, porém queria registrar aqui. Agradeço por essa explanação, pelas informações dos Conselheiros, porém eu acompanhei o que falou o companheiro aqui, mas para nós da base membro da aldeia, como é o procedimento? Tem outros companheiros meus que são meus suplentes e moram na aldeia também. Então isso aí dificulta. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**: É importantíssima a realização desses cursos e parabenizo sempre as equipes, mas qual é o orçamento para esse curso? A Conselheira **Maria Natividade Santana**: Acho que depois eu posso ver aqui com calma, mas a gente na gestão já está readequando toda parte de orçamento. Estamos negociando. Traremos com certeza para o Pleno o que for negociado. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**: Eu, enquanto Conselheira do Conselho Estadual e Saúde do Rio, uma época fiquei à frente dele, realizamos muitos cursos de capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Mas alguma coisa era básico. Eu ia desde a lei que criou o SUS 8080, 8142, aí cada dia a gente ia crescendo mais. E eu queria saber em que pé vocês estão no conteúdo. Algumas outras representações da Rede Nacional Feminista, distribuídas pelo Brasil podem fazer? E se podem fazer, qual é o mecanismo? É pago, não é pago? O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**: Eu gostaria de sugerir que se incorporasse no curso um, item mesmo que com poucas horas, sobre relacionamento humano. A Conselheira **Maria Natividade Santana**: O curso não está pronto ainda. O que nós temos é a negociação da metodologia da formatação do curso. Por isso que ele veio à Comissão de Educação Permanente, à Mesa Diretora e estamos negociando os recursos. A Comissão de Educação Permanente contribuiu com aquilo que julgou pertinente no que diz respeito aos conteúdos. Eu tive o privilégio de entrar na senha dos administradores da plataforma e achei muito bom porque naveguei um mês, li tudo o que pude, tudo o que quis, fiz uma crítica para eles, uma crítica no bom sentido, daquilo que eu vi de bom na plataforma e reforcei algumas coisas. A gente tem alguma experiência já com EAD, do tempo que fui professora. Guardo algumas lembranças. O curso não é o mesmo, os conteúdos foram aqui apresentados, e se o Pleno achar que é necessário se não estiver disponibilizado para a Conselheira Santinha que não olhou os conteúdos, mas é sempre importante essa lembrança que ela trás dessa questão de historiar para os Conselheiros mais jovens no processo que até podem ter idade, mas podem estar iniciando agora, então é muito importante essa contribuição que os Conselheiros estão trazendo em relação a conteúdos para que se possa reformular. A intenção é que seja feito um curso de poucas horas para os Conselheiros Nacionais que estão chegando agora no Pleno do Nacional, mas que tem experiências de Municipal e Estadual ou não, para que possam compreender alguns desses aspectos que estão aí postos como uma Educação Permanente, uma primeira para os que estão começando e mesmo para aqueles que já tendo a experiência queiram fazer uma

incursão nessa possibilidade e disponibilidade que está sendo colocada para nós. Nossa intenção no curso maior, será de já fazer uma interação com a coordenação da professora Ilara que já está com uma outra proposta, que nós já estamos também analisando na Comissão Permanente e fazer de alguma forma uma parceria entre as duas universidades, por assim dizer, entre as duas escolas, para que nós possamos disponibilizar para os Conselheiros os cursos nessas duas modalidades. Temos uma meta ambiciosa na Presidência da República de formar cem mil Conselheiros Nacionais, e nós precisamos muito expandir com a ajuda das universidades para que este percentual seja alcançado não apenas do ponto de vista numérico, mas do ponto de vista qualitativo para que o Conselheiro possa executar o seu papel com qualidade e com garantia daquilo que está fazendo, porque teve uma formação que possibilita o seu exercício de cidadania na maior plenitude. Com relação ao que a Jurema colocou, Conselheira, nós temos a possibilidade de conversar a respeito dos vídeos, não é professor? Eu vou passar para ele, ele vai fazer as explicações, os vídeos alguns podem ser usados e outros podem ser produzidos, porque no custo do projeto estão inclusos a fabricação, chama fabricação? A produção e edição dos vídeos que dê conta da nossa problemática, da problemática da Saúde do SUS e do controle social. **Leonardo Avritzer – Coordenador dos Projetos de Formação a Distância para Conselheiros Nacionais da UFMG:** Sugestões e comentários foram muito bons, realmente agradeço muito. Vou comentar alguns. Em relação ao curso piloto nós temos condição de ampliar um pouco mais, se necessário for para incluir também alguns Conselheiros Estaduais e Municipais. Isso não seria um problema. Em geral nos nossos cursos estabelecemos algumas prioridades. No caso do curso atual com a Secretaria Geral da Presidência da República a prioridade são Conselheiros nacionais, depois técnicos do Governo Federal, depois Conselheiros Estaduais. Entraram pessoas de organizações. Na medida do possível sempre adequamos para constituir uma diversidade de atores que atuem em diversas dimensões da participação social. Na UFMG, nós temos uma tradição, nós temos tanto uma tradição forte de estudos na área de república, mas a gente também tem uma tradição muito forte de estudos na área da diversidade e de alguma maneira nós dialogamos e polemizamos entre as duas áreas. No curso que temos atualmente há uma disciplina sobre república e outra sobre controle público do ponto de vista do gênero e da raça. Porque a gente tem uma série de pesquisas lá, inclusive no nosso centro a gente tem uma pesquisa em curso sobre Conselhos de Saúde e Gênero, por exemplo, e uma das coisas em que aparece muito claramente nas pesquisas é que apesar da mulher participar muito na Pesquisa de Saúde no Brasil, a questão de Saúde da Mulher não aparece tanto. A gente tem uma série de outras questões relacionadas a questões de ação afirmativa, raça e eventualmente pode até pensar em colocar um módulo sobre isso, mas essa não é uma questão que nos escapa. Pelo contrário. É uma questão que nós estamos atentos e achamos que tem que fazer parte da formação, porque a gente acha que as políticas participativas ainda não contemplaram plenamente essa questão. Uma das modalidades que a gente oferece é um pequeno módulo de atualização. Duas perguntas aqui que eu acho que foram muito importantes e uma questão que acabei não tocando, mas gostaria de tocar agora. Nossa plataforma ela trabalha questões da acessibilidade. Trabalhamos de duas formas diferentes. Trabalhamos os textos são disponíveis também em áudio e nós também realizamos conferências e as conferências aparecem em libras. Temos muita preocupação também com a questão da Internet, do acesso, na medida em que o público que a gente trabalha é um público que não necessariamente tem bom acesso à Internet, como nós equacionamos esse problema. Em primeiro lugar os nossos vídeos eles são postados em plataforma em alta e baixa definição, em geral divididos em módulos um pouco menores para facilitar o acesso de pessoas que tem acesso, não tão bom à Internet. Também eventualmente enviamos CD com esses vídeos para as pessoas que não tem acesso à Internet. Em relação ao conteúdo, não teria problema a gente deixar algumas senhas, produzir algumas senhas na UFMG para as pessoas que quiserem conhecer melhor o conteúdo terem acesso como visitantes à nossa plataforma, e aí conhecerem melhor. O curso na realidade é inteiramente gratuito. A gente eventualmente faz alguns encontros, esses encontros até mesmo o deslocamento do nosso pessoal para alguns lugares, ele também é coberto, então a gente tenta realmente fazer um curso que implique no mínimo possível de despesas para as pessoas que fazem, porque a gente sabe que isso é uma condição importante para a gente ter um público que nós temos todo interesse em alcançá-lo, em chegar até ele. Relacionamento humano. Eu também me preocupo muito com isso. Então a gente tenta ter uma equipe. Eu acho que as pessoas que fizeram nosso curso podem também dar esse depoimento, e a gente tem uma equipe que tenta dar um forte apoio ao aluno. Por quê? Porque nós estamos convencidos de que ensino à distância está aqui para ficar, mas nós também sabemos que ensino à distância acaba criando um ambiente de aprendizado frequentemente muito solitário. E a gente sabe também, a gente tem pesquisas na UFMG sobre isso, mas existem pesquisas outras de outras universidades também disponíveis, que na verdade o isolamento do aluno acaba sendo o principal motivador da desistência. A desistência nos cursos que a gente tem na área de participação é muito mais baixa do que a média da UFMG, e a média da UFMG é muito mais baixa do que a média nacional. E então a gente se preocupa muito com essa questão da interação com estudantes. A Conselheira **Eufrásia Santos Ca-**

dorin: Vou fazer umas considerações breves e já vamos aos encaminhamentos. O curso previsto no projeto do PID, ele tem um curso que vai ser feito em parceria com o DATASUS, que ele vai estar trabalhando essa questão do uso da tecnologia de informação, até como uma fase que antecede tanto o curso de formação que está sendo realizado em parceria e também vai contribuir então ajudando para que os Conselheiros que tenham interesse em participar dos dois cursos possam ter mais facilidade para isso. Os cursos têm os tutores e aí a gente conversou na comissão e foi acatado também pela coordenação que nessa tutoria incluir um pouco alguns Conselheiros de Saúde, para estar tentando fazer também essa relação com a vivência dos Conselheiros, e a formação acadêmica. E então a idéia é também que a tutoria possa ser realizada também por Conselheiros de Saúde. E aí o Edmundo traz uma questão que eu acho que é um desafio tanto para o Pleno quanto para a Comissão de Educação Permanente que é o acesso a esses processos de informações pelas populações do campo e da floresta, incluindo todas as comunidades, inclusive mesmo as que estão na zona urbana, mas nos municípios distantes que a gente sabe que infelizmente a gente ainda tem dificuldades de acesso a Internet e essa população não está esquecida, mas assim, a gente precisa aprofundar mais a discussão para ver como garantir esse acesso também a esses processos de formação de Conselheiros. E aí já como proposta, eu estava conversando na apresentação do professor Leonardo com a Ilara, que a gente pudesse estar contando já com essa parceria da UFMG também no curso que está sendo promovido pela INSPI para que possa estar ajudando na construção também da proposta, porque a Ilara estava comentando a questão da produção dos vídeos, que ela está com uma certa dificuldade ainda por não ter conhecimento da tecnologia. E outro encaminhamento que eu gostaria de dar para finalizar é que se os Conselheiros tiverem mais algumas sugestões após ler os conteúdos que estão disponibilizados no item 9, onde a gente tem o projeto e a proposta do curso, e então quem tiver mais contribuições possa estar encaminhando por e-mail para a Secretaria-Executiva e a Secretaria-Executiva passa para mim, eu organizo as idéias e passo para a coordenação do curso para ver a possibilidade de estar incorporando as sugestões e acho que no prazo máximo de 15 dias. Está bom? Uma semana, José Marcos? 15 dias para os Conselheiros encaminharem, e então se não tiver nenhuma manifestação até esse prazo, a gente entende que a proposta de conteúdo é essa mesma e a gente já pode encaminhar. O Conselheiro **Luiz Antônio Silva Neves:** Acho que você não me respondeu, porque pelo o que eu li aqui não estaria contemplada essa questão de proteção social e de Sistemas de Seguridade Social. Então só para responder se está, se não está vou encaminhar a sugestão. **Leonardo Avritzer – Coordenador dos Projetos de Formação a Distância para Conselheiros Nacionais da UFMG:** Na verdade o que está pensado realmente é a história do SUS, a idéia da Saúde, a legislação, a legislação participativa, o instrumento de gestão, etc e tal, mas acho que é uma boa sugestão incorporar a idéia como um todo da Seguridade Social também como parte do módulo 3. A Conselheira **Maria Natividade Santana:** Queria fazer uma consideração: É um curso piloto curto para os Conselheiros Nacionais que vai ser a partir de agora compartilhado com Conselheiros Municipais e Estaduais com a proposta de que os Municipais que se colocarem deverão ser em duplas, para que possa facilitar, e no decorrer da execução e do nosso estudo nós vamos ter então essa oportunidade de contribuir na reformulação para o curso maior que vai ser atingir um número maior de Conselheiros e que deverá já estar testado devidamente pelo Conselho Nacional de Saúde. Entendendo que não temos nenhum encaminhamento contrário, vamos prosseguir nas tratativas, e todos se coloquem aí na espera que daqui 30 dias estaremos iniciando então o curso, se assim decide o Conselho Nacional de Saúde. **DELIBERAÇÃO: 1.** Parceria com a UFMG na construção da proposta do Curso de Formação para Conselheiros Nacionais de Saúde; **2.** Convidar representante da UFMG para participar da reunião do Comitê de Acompanhamento e Monitoramento do Programa de Inclusão Digital, no dia 15 de abril. **3.** Contribuições dos Conselheiros ao Projeto do Curso devem ser encaminhadas, via e-mail, à Secretaria-Executiva do CNS que repassará à Coordenação do Curso. **4.** O Curso Piloto de Formação para Conselheiros Nacionais de Saúde poderá ser compartilhado com Conselheiros Estaduais e Municipais. O Conselheiro **Luiz Antônio Silva Neves:** Eu queria aproveitar para comunicar aos colegas Conselheiros que eu estarei deixando o CNS pela necessidade da minha maior presença no Rio de Janeiro agora daqui para frente. Nós discutimos na diretoria do CEBES, e deixarei a condição de Conselheiro Titular e serei substituído pelo Conselheiro Alcides que já é Conselheiro Suplente aqui no Conselho Nacional de Saúde. Participou aqui do Planejamento do Conselho, e dizer para vocês que é com imenso pesar que eu vou ter que deixar, mas quem tem que cumprir tarefa, não tem que discutir, especialmente neste ano eleitoral. Esse tempo todo que eu tenho estado aqui foi de excelente aprendizado, e sobretudo, uma convivência com as pessoas em que eu fiz grandes amigos aqui e tenho assim um imenso carinho pelo Conselho. Não vou deixar o Conselho, porque eu vou continuar acompanhando as atividades do Conselho e eventualmente poderão estar aqui, mas não estarei mais na condição de Conselheiro pelo menos enquanto essa for nossa decisão lá, eu inclusive pedi para ser substituído, nenhum problema nessa situação. Eu queria agradecer imensamente a paciência que todos tiveram aqui comigo, em especial aqui os membros da mesa, os funcionários do Conselho, porque eu não sei se na próxima provavelmente eu já não estarei aqui.

Depende, já conversei com a Rosângela de uma substituição, porque tem uma formalidade eventualmente possa ser que eu tenha que vir na próxima reunião, porque tem que publicar, mas do fundo do meu coração, eu queria dar um abraço em cada um e dizer que é muito bom estar aqui. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS:** Agradecer a contribuição do Conselheiro Luizinho ao Conselho Nacional de Saúde nesse período. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo:** Recebemos um convite para uma solenidade dia 15 no Rio de Janeiro em homenagem à ex-Conselheira Lígia Bahia também do CEBES, e nós gostaríamos que o Luizinho levasse esse abraço à Lígia. Ela será homenageada pela luta dela inclusive no controle social. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira:** Na realidade, o que eu vou trazer aqui para o Conselho é referente a uma reunião de quase que 90% do conjunto de usuários no dia de hoje no período da manhã. Só vou trazer um posicionamento do Fórum de Usuários, do conjunto de usuários deste Conselho Nacional de Saúde a respeito do ocorrido ontem aqui no Conselho no item de pauta que era a Situação de Saúde no Estado da Bahia. O posicionamento do conjunto de usuários é que na nossa compreensão houve um total desrespeito a essa instância de controle social ontem. E nesse sentido, o conjunto de usuários solicita que haja uma manifestação de repúdio por parte deste Conselho ao que ocorreu ontem na postura dos convidados. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur:** Eu gostaria de ponderar quanto à forma, porque eu sei que os usuários discutiram isso de manhã. Quanto ao mérito, houve uma situação bastante constrangedora. Que nós tivéssemos também o cuidado de certas decisões do Conselho acontecerem não na presença dos convidados, especialmente em situações que de repente poderiam gerar do ponto de vista emotivo, as reações que foram geradas ontem. Não justifica a situação, mas já em outras circunstâncias a gente dispensou os convidados e o Conselho debateu de forma mais tranquila os assuntos que tinha que debater, especialmente quando são assuntos polêmicos e etc. Só queria aproveitar o momento para dizer que inclusive essa é uma tradição deste Conselho. Claro que em alguns momentos a gente discutiu inclusive o mesmo assunto junto com as pessoas responsáveis do Distrito Federal por exemplo. Mas era uma circunstância diferente. Eu só queria aproveitar o momento para registrar isso. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo:** Para nós do segmento dos trabalhadores também, as atitudes ontem nos causaram muita espécie. Nós gostaríamos de registrar que nós já estivemos aqui debatendo com outros estados, principalmente Distrito Federal e conseguimos, graças a Deus, manter um nível altíssimo como deveria sempre ser nas nossas discussões aqui dentro desse Plenário. A coordenadora do FENTAS teve que se ausentar, mas pediu que a gente endossasse a posição tomada pelo segmento dos usuários. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS:** Tem uma redação, alguma coisa assim ou vocês vão pensar nisso? O Conselheiro **José Marcos de Oliveira:** A gente vai fazer uma redação e encaminhar à Mesa Diretora para a próxima dela. A Conselheira **Maria de Lourdes Alves Rodrigues:** Eu queria só lembrar daquilo que nós encaminhamos ontem, não sei se ficou bastante nítido, da solicitação oficial pelo Conselho Nacional de Saúde nos relatórios já encerrados do DENASUS. Eu não sei exatamente a quantidade, porque me parece que a cada dia, hoje já são 23. Então considerando que os Conselhos de Saúde já podem solicitar oficialmente cada um desses relatórios, só lembrar que é fundamental que o Conselho Nacional de Saúde solicite o conjunto de relatórios já encerrados. Essa solicitação eu vou sugerir para que o Conselho Estadual de Saúde de São Paulo faça em relação ao relatório de São Paulo, mas acho que o Conselho Nacional de Saúde deve solicitar o conjunto, até porque já foi criado um GT para analisar isso, a COFIN está com essa atribuição de se debruçar sobre os relatórios. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS:** Eu pedi para tirar cópia de todos os seis relatórios que a mesa já dispõe, Distrito Federal, São Paulo, Minas Gerais, Piauí, Roraima e Rio Grande do Sul e enviar a todos os Conselheiros imediatamente. E conversei com Eliotério, para que a COFIN já se debruce sobre esses seis, que são relatórios muito grandes e vai exigir de nós um trabalho bem apurado. Concomitantemente já foi enviado um ofício ao gabinete do Ministro solicitando a todos os que já estiverem concluídos, para que a gente possa também debater. O Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério:** Conversei com o Fúncia e há uma preocupação: não faz sentido a COFIN auditar a auditoria. O que nós vamos fazer é pegar a síntese e fazer fazer apontamentos do auditado. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS:** Dentro das comissões que o Conselho Nacional tem, a COFIN é uma privilegiada que pode analisar com mais qualidade do que eu, por exemplo. É nessa perspectiva, não é para auditar coisas que não são da atribuição de vocês. A Conselheira **Maria de Lourdes Alves Rodrigues:** Só uma sugestão: A gente pode solicitar diretamente ao DENASUS que foi quem veio aqui. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum:** A gente já solicitou todas as auditorias à SGEF que o DENASUS é subordinado a SGEF, e a SGEF já encaminhou a solicitação ao Ministro, depois o Antônio Alves pode dar esse informe, acho que até ele já tinha falado ontem na fala dele que tudo o que for solicitado de auditoria, pela hierarquia do Ministério quando essas questões maiores, e então a SGEF encaminhou ao Ministro a solicitação do Conselho. Ontem eu encaminhei diretamente ao Ministro também a solicitação de que fossem enviadas todas as auditorias para o Conselho Nacional de Saúde. Nós tiramos cópia das seis auditorias e serão entregues agora para vocês. Infelizmente vocês vão viajar com um pacote bastante pesadinho, mais este pacote. E a

reunião da COFIN já está marcada, com os quatro Conselheiros que foram indicados que junto com a COFIN vai fazer um relatório da leitura que eles vão fazer para apresentar ao Pleno que já vai ser em abril. Está pendente ainda é a indicação dos trabalhadores para o GT de Auditoria, que já tem data e nós já estamos emitindo as passagens, porque senão vai ficar fora do prazo. Indicação dos trabalhadores para o GT de Auditoria. Gestores já indicou é a Cleusa, o doutor Antônio Alves já indicou. Trabalhadores? A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**: Ontem eu cheguei aqui para a reunião eu tentei buscar uma informação sobre a organização das comissões do nosso Conselho Nacional de Saúde. Fui informada que me parece que foi discutido que esse seria um tema para a próxima reunião de abril. E eu imagino que se discute na reunião de abril porque o pessoal queria fazer uma avaliação sobre as diversas comissões existentes em funcionamento, número de pessoas, e etc, etc. Eu não conheço a realidade das comissões. Todavia a nossa Comissão de Saúde da Mulher, do Conselho, tinha uma vida muito grande. Era uma comissão com uma presença permanente, reuniões frequentes e material sendo encaminhado no cotidiano deste Conselho. A pergunta é: Mesmo que se discuta na reunião de abril ou de maio e se faça um balanço das comissões, eu sugiro uma retomada da Comissão de Saúde da Mulher que está parada, e proponho que eu pudesse dar continuidade à coordenação da comissão que estava anteriormente sob a coordenação da nossa amiga klair Castilho, que era nossa representante da Rede Feminista neste Conselho Nacional de Saúde. O Conselheiro **Lauro Domingo Moretto**: Relatório da auditoria. Eu não tenho competência para analisar um relatório dessa natureza. Eu considero que poderia ser opcional levar. Eu não quero levar um relatório para casa que não tenho competência para interpretar e para ler e segundo que eu fico com o risco da confidencialidade. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: Com certeza. Os relatórios vão ser disponibilizados para os Conselheiros que se interessarem para fazer a avaliação. Existem comissões com muitas pendências realmente, e pela conversa que nós tivemos na mesa diretora, nós estamos com a expectativa de que a reunião de maio deva ser uma reunião em que a gente deve estar fazendo as primeiras definições, senão todas as definições, mas pelo menos algumas mais imediatas. Se a comissão que tem pendência, e que nesse período entre março e maio tenha necessidade de dar conta de alguma demanda eu acho importante que a gente possa pensar em definir. Há condição de vocês articularem internamente e em abril nós fecharmos isso? A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: A proposta seria passar para todos os Conselheiros e para o FENTAS e para o Fórum de Usuários e para os gestores, listando todas as comissões que estão sem coordenação e coordenação adjunta. Não seria mudar tudo, mas pelo menos essas que estão sem coordenação e coordenação adjunta. Porque aí vocês discutiriam em seus fóruns o coletivo e quando fosse em abril a gente discutiria todas, porque são várias que estão sem coordenação e coordenação adjunta. E para maio seria aquele pensamento de avaliar a comissão como um todo. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: Com o entendimento de que seria provisória, enquanto não há reestruturação definitiva. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**: A sua última fala tua é bem pertinente, porque se a gente renovar todas as coordenações e etc, e sem essa clareza, a gente pode se apegar demais a comissão e depois não avançarmos na discussão, porque já existe a compreensão que a gente está com o número excessivo. Então, só para deixar bem registrado isso, porque senão o GT vai se sentir novamente meio que trazer o negócio aqui e levar mais um balde de água fria. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**: Queria saber como ficou. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: A secretaria vai enviar para todos os Conselheiros a relação das comissões que imediatamente tem pendências e precisam ser encaminhadas para em abril a gente fechar. A Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin**: Sobre a indicação pendente dos trabalhadores, estamos indicando o nome da Conselheira Maria Laura. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: GT da 14ª. Conferência Nacional de Saúde. Indicação de dois trabalhadores e um gestor. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**: Gostaríamos que isso ficasse para fechar na próxima reunião. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: GT para começar a discutir a organização da 14ª e pensar numa proposta, que seria em 2011. Os usuários já indicaram suas representações e falta a indicação de trabalhadores e de gestores. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: A COFIN fez uma exposição ontem aqui, apresentou vários levantamentos e uma das grandes preocupações da COFIN é em relação à necessidade de realizar a conferência num prazo que permita tomar decisões em relação à próxima LDO, o próximo PPA e próximo orçamento. A COFIN manifestou a preocupação de que essa conferência possa começar a ser pensada minimamente com a devida antecedência sem nenhuma definição mais obrigatória, mas serem pensados os prazos nessa perspectiva. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**: Gostaria de talvez deixar mais evidenciada a tarefa do GT. Porque parece que precisa evidenciar melhor. A princípio, o GT não vai definir regimento, nem tema. Não vai definir conteúdo da conferência. O GT vai iniciar um processo de debate sobre possibilidades de agenda, períodos e envolvimento de outras pessoas, inclusive para formar uma comissão organizadora ainda neste ano. Porque tradicionalmente as Conferências Municipais iniciam em março do ano da conferência. Até o final deste ano a comissão organizadora e o Conselho devem decidir sobre temas e eixos. O que

eu realmente gostaria de encomendar para esse GT é uma avaliação de metodologia. Metodologia que foi utilizada na última conferência, uma avaliação de uma proposta para melhorar isso e então poderia ter como subsídio a avaliação que nós fizemos logo após a conferência, e existem pessoas que já inscreveram sobre a última conferência, inclusive sobre a metodologia. Então gostaria de encomendar isso ao GT sobre formato e proposta preliminar de comissão organizadora. O Conselheiro **José Caetano Rodrigues**: Compreendendo a importância desse GT e a preocupação da Mesa em constituir rapidamente esse GT, mas diante das dificuldades desde ontem, sem condições dos trabalhadores discutirem, me parece razoável pensar em consolidar a constituição desse GT na próxima reunião, quando os trabalhadores vão ter a oportunidade de discutir, tendo em conta a importância desse GT, o tempo que nós temos para pensar na conferência, por tudo isso. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: Podemos consensuar assim? A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: Moção de apoio ao DENASUS, SGEF e Ministério pela questão das auditorias. Está no servidor, item 2. O plenário do Conselho Nacional de Saúde na sua 207ª. Reunião Ordinária realizada no uso de suas competências e atribuições vem manifestar seu apoio à política de avaliação e auditoria do Sistema Único de Saúde que vem sendo implementada nas três esferas de gestão e que tem contribuído para o manifestamente da gestão dos recursos públicos do SUS, e desta forma auxiliado na melhoria da atenção à Saúde da população. A entidade e o Pleno deste CNS manifesta nesta oportunidade integral apoio ao trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e pelo DENASUS e ao Sistema Nacional de Auditoria, SNA que busca dar transparência às atividades públicas no marco da ética na impessoalidade da moralidade tais como previstos na constituição brasileira, ampliando a oportunidade de gestão participativa e, por conseguinte, o aperfeiçoamento do controle social, tendo em vista o aprimoramento do Sistema Único de Saúde e os direitos de cidadania de toda a população. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**: Senhor Presidente, como aqui tudo fica registrado devidamente, eu quero dizer que nós que elaboramos essa proposta, nós não colocamos “por meio de”. Então, que fique registrado. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: Moção de apoio à LDC 44 da ANVISA também está no item 2. Dentre as dificuldades que a população brasileira enfrenta no Sistema Único de Saúde, SUS, o tema da assistência farmacêutica, sem dúvida constitui um dos mais sérios. São poucos os países do mundo que tratam o medicamento e seu uso com tão pouca responsabilidade. Isso tem se traduzido no surgimento e no agravamento de doenças como, por exemplo, o alto grau de intoxicação de pessoas a um custo financeiro e social incomensurável. A LDC 44 publicada pela ANVISA é o primeiro movimento legal e político feito neste país que aponta para a construção de uma nova ordem, superando uma cultura equivocada e perversa. A LDC 44 propõe enfrentamento dos interesses de fortes grupos econômicos, além da efetiva defesa da saúde das pessoas, a partir da visão do medicamento como um bem de saúde em estabelecimentos farmacêuticos, não mais como meros pontos comerciais, mas sim como estabelecimento de saúde. É com esse entendimento que o Conselho Nacional de Saúde, enquanto guardião maior dos princípios do SUS, vem a público manifestar seu apoio irrestrito a implementação plena da LDC 44 da ANVISA como instrumento fundamental de defesa da saúde da população brasileira em um dos seus pilares básicos e fundamentais. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Bouffleur**: Quero ponderar o seguinte. Nós fizemos uma Resolução ano passado sobre propaganda de alimentos que citava ANVISA e toda a iniciativa que a ANVISA iria fazer de uma tomada pública sobre as posições da sociedade em relação a isso e que estava de comum acordo na época de que haveria um posicionamento bastante contundente por parte da ANVISA, em relação à propaganda de alimento para crianças nos horários em que estão assistindo os programas infantis. Acho que os Conselheiros ano passado lembram desse debate. Essa semana a imprensa divulgou e nós fomos informados que a ANVISA vai retirar essa prerrogativa da decisão que vai ser manifestada em breve na resolução da ANVISA, por entender que a ANVISA não tem poder legal de legislar sobre essas questões. Gostaria de adicionar, porque ao mesmo tempo que a gente elogia a ANVISA através desse texto, nós estamos tendo uma dificuldade de entendimento em relação a outro assunto de igual relevância. A minha proposta é que nós encaminhe um ofício para a ANVISA, com um anexo à Resolução de que nós gostaríamos de retomar esse assunto da alimentação infantil e etc, encaminhar formalmente a nossa preocupação com a atual posição da ANVISA com relação a esse assunto, sem dizer que somos contra ou a favor, e apresentar a nossa posição por meio da Resolução, que isso fosse feito imediatamente, porque parece que a coisa está andando também. O Conselheiro **Volmir Raimondi**: Reforçando o encaminhamento do Clóvis, mas tem mais um detalhe nessa questão que não é só a propaganda de alimentos a crianças, e eu já fiz essa tentativa aqui por mais de uma vez conversando com ANVISA. Existe uma série de produtos sendo vendidos por telefone, por televisão, e então não é só questão de propaganda, e sim da venda de medicamentos ditos naturais e que muitas vezes a gente sabe que não são especificamente naturais, e estão sendo vendidos livremente. Além de estar enganando os consumidores com determinadas coisas, talvez aí esteja parte das intoxicações que não sejam especificamente das farmácias. A Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**: O Conselho tem uma Resolução 408 que nunca é mencionada em nenhum momento pela ANVISA, e inclusive

ontem, isso aqui não é da ANVISA, mas é a falta de publicizar essa Resolução e que nesse livrinho não consta nada sobre a Resolução que o Conselho também fez sobre alimentação, sobre a publicidade e etc que é a 408. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: Não vi ninguém se manifestar contra a posição do ofício apresentado. O Conselheiro **Antônio Alves de Souza**: Antes de qualquer manifestação, era prudente que o Conselho por meio do seu Presidente solicitasse informação oficialmente à ANVISA, porque parece que não é o que me falaram. E agora a ANVISA se manifestou? Não. Então vamos pedir a ela que se manifeste depois. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: A idéia é essa, mandar ofício solicitando que se manifesta a respeito da propaganda de alimentos infantis. Certo? O ofício será escrito nesses termos. Estamos cumprindo os trâmites para não passar na frente. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: O congresso do CONASEMS, nós discutimos aqui ontem sobre a oficina do controle social e ficou da reivindicação do Movimento Negro, Mulher e Campo e Floresta, fazer um adendo na Oficina do Controle Social, só que nós conseguimos uma nova oficina negociando com o CONASEMS, a Lourdinha trabalhou essa questão, e conseguimos aprovar uma outra oficina. A oficina está aprovada, nós teremos mais uma oficina e foi articulado com a doutora Maria Helena Machado, que nós precisaremos levar cinco pessoas nessa oficina. Me parece que estão dois acertados com a Maria Helena e eu gostaria de dar ciência a esse Pleno que a gente então acrescentaria mais três representações no número de Conselheiros que estarão indo para o CONASEMS que são 25 e ficariam 28. E devido à importância do tema, o CONASEMS se interessou muito, a Lourdinha está trabalhando na oficina, só queria colocar isso, se o Pleno concorda da gente estar acrescentando essas três áreas, é representação do Movimento Negro, Mulher, Campo e Floresta que estarão fazendo a oficina. A Conselheira **Maria de Lourdes Alves Rodrigues**: Só quero fazer uma correção. Primeiro obrigado pela informação aqui no Pleno, mas só reafirmar que essa é uma demanda da reunião de Comissão de Saúde LGBT. Nós saímos com a demanda de fazer uma oficina sobre a Política de Saúde LGBT, que ainda não foi pactuada, mas em acordos e articulações aqui com outros Conselheiros, a gente decidiu fazer uma oficina que abarque a diversidade de sujeitos no SUS. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**: Eu acho que a questão da Saúde da Mulher é de uma forma transversal a todas essas questões apresentadas num encontro como este, um seminário e etc. Nós gostaríamos que os 25 companheiros que estarão nos representando neste evento do CONASEMS, possam em cada espaço de trabalho presente discutir como é que aquele Secretário Municipal de Saúde está atendendo a população feminina que é mais de 50% da população. Como está sendo feito o parto, o pré-natal? Como é que está sendo tratado o câncer de mama, o câncer uterino? A questão do aborto que nós possamos discutir a Saúde da Mulher. Todos eles recebem dinheiro diretamente do Ministério da Saúde, o dinheiro existe, como é que ele Secretário Municipal de Saúde está tocando? Essa questão é universal, e então nós vamos discutir acho que num outro momento a gente faria uma Oficina de Saúde da Mulher ou mesmo a presença num evento, mas não deu desta vez, certo? Para que a gente pudesse amadurecer essa questão e nós mulheres estamos morrendo. Nós mulheres estamos sem saúde. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: Nós homens também. A Conselheira **Maria de Lourdes Alves Rodrigues**: A oficina está marcada para o dia 26 de maio. O congresso é de 24 a 28 de maio. A realização dessa oficina não inviabiliza a introdução do conteúdo na oficina sobre controle social. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: São coisas diferentes. A Maria Helena está me colocando o seguinte as duas vagas que ela está disponibilizando é para LGBT, e então com o Conselho fica Campo e Florestas, Movimento Negro e uma outra que seria? Já tem a programação da oficina. Quem seria então? A Conselheira **Maria de Lourdes Alves Rodrigues**: É Mulher, Movimento Negro e Campo e Floresta e dois LGBT. Acontece o seguinte, a gente ficou de passar os nomes para o Wagner e não necessariamente as duas são LGBT. A Conselheira **Maria Helena Machado de Souza**: O que nós estamos falando é que fomos procurados pela Lourdinha, reivindicando a possibilidade de ver se dentro daquele evento que nós vamos realizar no PROJESUS, que pudesse ter duas vagas para a oficina que ela vai estar realizando nesse evento do CONASEMS. E eu disse para ela, que nós tínhamos cinco vagas disponibilizadas para o CNS e que não tinha como duas serem diretamente vinculadas a um único grupo. Conversei com o Wagner e então foi possível o seguinte. Feito um acordo e foi possível que nós disponibilizássemos duas vagas para essa oficina, e nós teríamos mais cinco vagas que é do Conselho Nacional para a oficina do PROJESUS, está entendido? Ou seja, 7 vagas. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: Inicialmente seriam vagas dos membros da CIRH. O Conselho já indicou os outros. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**: Esclarecimento: Essa é uma atividade do CNS. Como é de praxe, quando é uma oficina do CNS a gente leva para os que vão participar da oficina os consensos do CNS. Em relação à Saúde da mulher existe uma política aprovada pelo Conselho, e que essa é a expressão de consenso do Pleno aqui. Só deixar bem registrado isso. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: GT de UPAS, nós já indicamos no Pleno passado, já está sendo convocado, mas o Conselheiro Luizinho já comunicou ao Pleno que está saindo e está sendo substituído no GT de UPAS pelo Alcides que é o seu suplente. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: Entrei em con-

tato com a CUT Nacional e o presidente da CUT enviou um ofício a todos os Deputados, ao Presidente Lula, ao Presidente da Câmara, e ao Deputado Fernando Ferro, líder do PT, defendendo que, entre os cinco projetos a serem colocados na pauta, este ano, esteja a EC-29 como uma das prioridades. Eu quero convidar também os companheiros da Força Sindical, CGTB e demais sindicatos e Centrais Sindicais a também fazerem essa movimentação junto aos partidos que são aliados nossos no Congresso Nacional. Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: Informar que o Gerson Gena não pode esperar para ministrar a palestra, porque o voo dele foi antecipado. Ele mandou a exposição dele e outros documentos, que ele julga esclarecedores. Estamos encaminhando para o e-mail de todos com a explicação sobre o porquê da vacina e todas as dúvidas sobre ela. E ele se colocou à disposição para vir no mês de abril. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**: Recebi um e-mail de um companheiro da minha entidade, questionando que a informação que chegou a um determinado estado, de que os cirurgiões dentistas e outros profissionais da saúde, não estavam incluídos nessa vacinação. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: Ele disse que o documento esclarece isso tudo. Quem tem direito e quem não tem. Se vocês lendo detectar que tem problema, passem a demanda que a gente entra em contato com ele, mas eu perguntei sobre isso e ele disse que o documento contempla. Sobre o Seminário de Alimentação e Nutrição, eu vou passar para a Nildes falar de uma forma geral do seminário, que vai ser realidade em junho e depois no final a gente faz os encaminhamentos sobre as indicações. A Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**: A CEAN convida os Conselheiros e as Conselheiras para participar da discussão do Seminário de Alimentação e Nutrição no contexto do SUS/PNAN, que é Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Faz dez anos essa política. O Seminário Nacional vai ser de 8 a 10 de junho, em Brasília. Antes haverá a discussão nos estados, a partir do final de março: Goiás: dia 24; Acre: 25; Roraima: 30 e 31; Tocantins: 23; Ceará 30 e 31; Piauí: 24; Rio Grande do Sul: 22 a 23 e Santa Catarina dia 29. Os demais estados em abril. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: Essas informações serão inseridas no site, no item comissões. Vamos fazer Nota Técnica e passar para todos os Conselheiros, para vocês terem entendimento melhor do tema, porque a intenção é em cada estados que tiver Conselheiros novos o Conselheiro do estado ir representar e na abertura do evento representar e falar. Vamos passar o calendário dos eventos, uma nota técnica sobre o tema, e inclusive fazendo contato para saber se está confirmada a presença do Conselheiro. Caso o Conselheiro do estado não possa participar, entramos em contato com a comissão da CEAN, e indicaremos alguém da comissão para estar nos representar. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**: Justificando já minha ausência, porque estarei na reunião do GT de abertura da CIRH, na data de Goiás. O Conselheiro **Gilson Silva**: Eu faço parte da Comissão Organizadora no Estado de Minas Gerais, e peço que enviem outro Conselheiro de Minas, em meu lugar. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: Não precisa resolver agora. Nós vamos entrar em contato, estado por estado, via email. Foi me informado agora que o material do Gerson Pena é muito pesado, não dá para ir por e-mail. Está no servidor e a gente gostaria que vocês já gravassem no pen drive, no item cinco. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**: Eu havia protocolado no dia 23 de fevereiro um ofício enviado pela Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Facial, pedindo ao CNS oportunidade de apresentar os resultados obtidos na Campanha “Prevenir é Melhor Que Tratar”, cujo objetivo foi diagnóstico de uma oclusão de crianças entre seis e dez anos de idade. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: Foi zipado? Não chegou a mim. Vou verificar, mas o encaminhamento a gente leva para a mesa diretora. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**: Foi zipado no dia 23 de fevereiro, sob o nº 25000. 207018/10/60. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: Ortodontia? A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**: Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Facial. Normalmente quando chegam essas solicitações, eu vejo que é encaminhado para a comissão específica para depois trazer ao Plenário. A Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: Solicitação de pauta a gente leva para a Mesa Diretora e ela delibera. A Conselheira **Maria Thereza Almeida Antunes**: Eu queria informar a todos que no próximo dia 21 de março será comemorado o Dia Internacional da Síndrome de Down. Por que 21 de março? porque 21 foi o cromossomo que tem uma terceira perninha, e março porque exatamente o terceiro cromossomo, em homenagem ao doutor *Jerome Lejeune* o francês que há 50 anos identificou nesse cromossomo a perninha que nós chamamos de extra, e por isso que é chamada também de trisomia do par 21. Em todas as cidades brasileiras, as capitais e talvez alguns municípios estão comemorando a data e vocês então se interessarem procurem saber as comemorações. O Conselheiro **Luiz Antônio Silva Neves**: Nós estamos disponibilizando na página do CEBES dois documentos discutidos com outras entidades: “**SUS Qual é o Rumo**”. A idéia desse documento é que todas as entidades do Conselho Nacional de Saúde, apresentem-no como um documento político a ser levado aos candidatos à Presidência da República. Outro documento é sobre autonomia gerencial que visa justamente auxiliar o debate sobre essa questão de unidades, especialmente unidades hospitalares, que rumo devemos ter nesta discussão, que elementos nos ajudam a contemplar o aprofundamento dessa discussão no marco do Sistema Único de Saúde. Acessem o site do CEBES www.cebex.org.br. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: Ontem, após a reunião, o Secretário Jorge Solla informou

4875 que solicitaria ao CONASS a saída do CONASS do Conselho Nacional de Saúde. Eu não ouvi mas tem
4876 pessoas que ouviram. E nós recebemos um ofício assinado pela Beatriz, que é presidente do CONASS,
4877 informando que, provisoriamente, o CONASS não participará do Conselho. A Rosângela vai lê-lo: A
4878 Secretária-Executiva **Rozângela Camapum**: Prezado senhor, incumbiu-me a Presidente do CONASS
4879 **Beatriz Figueiredo Dobashi**, de informar que em virtude dos últimos acontecimentos no Conselho
4880 Nacional de Saúde, fica suspensa até anterior [sic] deliberação a participação do CONASS em quais-
4881 quer atividades do Conselho Nacional de Saúde, reuniões, comissões, câmaras técnicas e outros, in-
4882 clusive a participação do Secretário-Executivo Jurandi Frutuoso Silva no GT do Piauí agendado para o
4883 dia 29 de março. Atenciosamente Jurandi Frutuoso da Silva, Secretário-Executivo. O Conselheiro
4884 **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: Eu acho lamentável que o CONASS tome uma deci-
4885 são sem ouvir o Conselho Nacional de Saúde. Eu acho que o mínimo que o CONASS deveria fazer, a
4886 direção do CONASS, em respeito à relação honesta que esse Conselho vem tendo, super honesta, que
4887 vem tendo inclusive pelo CONASS, o mínimo que deveria acontecer era a Beatriz, diante do que foi
4888 relatado pelo Solla, entrar em contato com o Conselho Nacional de Saúde para abrir o diálogo, para
4889 conversar. Nós entendemos, eu estou tentando entrar em contato com a Beatriz, vamos conversar na
4890 semana que vem, temos reunião marcada quarta-feira que vem que é aqui inclusive para que a gente
4891 possa esclarecer todos os fatos. A Conselheira **Maria Helena Machado de Souza**: Eu lamento o que
4892 aconteceu ontem. Em algum outro momento, com mais tranquilidade e menos emoção a gente possa
4893 discutir equívocos. A forma como se deu e o desdobramento. Creio que ninguém saiu ganhando, e que
4894 todo mundo saiu perdendo. Pior ainda é, a meu ver, uma atitude intempestiva do CONASS. E a minha
4895 sugestão, não é para fazer críticas, eu acho que é alinhar a crítica ao CONASS vai só piorar, e então eu
4896 até peço e solicito ao Conselho que não faça isso. Eu acho que a gente não deve por mais lenha na
4897 fogueira. Eu acho que o ideal seria, Presidente, que talvez uma comissão ou a própria Mesa Diretora,
4898 não o Presidente sozinho, mas a Mesa Diretora, que eu acho que é que tem talvez a representação
4899 mais coletiva, sem desmerecer o Presidente, que ele possa marcar uma reunião com a Beatriz, com a
4900 Presidente do CONASS, que ela possa ouvir e interceder que essa posição que só prejudica o Conse-
4901 lho Nacional ou o SUS, seja revista. A gente tomar todas as providências para que isso não ocorra, e
4902 que ela volte atrás, porque afinal de contas, como você mesmo expressou é preciso abrir o diálogo, não
4903 fechar o diálogo. Essa é minha solicitação, se é possível a gente proceder dessa forma e evitar retalia-
4904 ção e, principalmente o debate aqui que venha agredir uma parte ou outra, porque isso não vai ajudar.
4905 O Conselheiro **Luiz Antônio Silva Neves**: Eu queria reforçar exatamente o que disse a Conselheira
4906 Maria Helena. Eu acho que todos nós lamentamos o desfecho daquela reunião, acho que não devemos
4907 entrar hoje no mérito, devemos nos aprofundar em outro momento sobre essa questão e sobre aquele
4908 debate. Agora essa posição do CONASS é um tanto intempestiva e segue mais ou menos o mesmo
4909 rumo daquela discussão. Então Presidente, embora o senhor já tenha tomado essa iniciativa, eu tam-
4910 bém sigo a posição da Conselheira Maria Helena, que deva ser a Mesa e não vossa excelência sozinho
4911 por melhor que o senhor seja, mas no sentido da representação ser o mais plural possível, e com isso a
4912 gente conseguir trazer mais tranquilidade para esse Pleno. O Conselheiro **Artur Custódio Moreira de**
4913 **Sousa**: A minha intenção era a mesma, que a gente não discutisse o mérito, porque senão vai acirrar
4914 ainda mais e a atitude do diálogo tem que ser já que não parte de lá, que parta da gente, porque eu sei
4915 também que provavelmente não vai ser uma decisão do Pleno do CONASS, vários secretários prova-
4916 velmente vão discordar da retirada do CONASS do Pleno. Mas eu acho que tem que haver o diálogo e
4917 não aprofundar aqui hoje. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**: Anteriormente quando me mani-
4918 festei, expressei um pouco esse cuidado que nós vamos ter que ter daqui para frente nas relações em
4919 relação principalmente com os estados, já manifeste isso. Eu acho que o exemplo mais claro está aí,
4920 porque em nada isso ajuda a construir o SUS, porque se a gente começar a ter retaliação e começar
4921 pela entidade dos médicos, no final do ano passado na eleição que foi expressamente dito para o Con-
4922 selho que eles estavam se retirando. Secretários estaduais, se a gente começar nessa linha, isso até
4923 porque na legislação está prevista a participação do CONASS por lei. Então, eu só queria ponderar,
4924 inclusive a posição que nós aprovamos aqui do texto e tal, que já foi dito que a gente tenha agora uma
4925 diplomacia para manifestar nossa posição, porque nós somos um Conselho independente, por outro
4926 lado, não podemos continuar com uma linha de rupturas dessa natureza. E então acho que precisamos
4927 conversar realmente e ponderar sobre esse assunto. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**: Em
4928 nome dos trabalhadores, a gente gostaria de expressar primeiro a nossa surpresa, porque o CONASS
4929 representa um coletivo que tem uma importância muito grande para as ações do SUS, para o fortaleci-
4930 mento do SUS, sem considerar a questão legal, porque a participação do CONASS não é: me dê minha
4931 bola que eu saí da brincadeira. Não pode ser essa. Tem toda a formalidade da sua participação. E eu
4932 gostaria de dizer que a gente também compreende que devamos analisar o que aconteceu ontem, mas
4933 parabenizar o Presidente por ter tomado a decisão de procurar a Presidente do CONASS. Tem o nosso
4934 apoio. E no que precisar nós estamos aí para colaborar. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tava-**
4935 **res dos Santos**: Eu acredito que a proposta encaminhada pela Maria Helena já seja um consenso. E

4936 eu tenho uma preocupação grande por ter sido informada hoje e que não gostei que o CONASS ou
 4937 membros do CONASS iriam conversar com o CONASEMS para que entrassem numa linha similar. Eu
 4938 nem sabia que tinham mandado essa carta, mas que iam fazer uma discussão sobre o papel desse
 4939 agrupamento de gestores do Conselho Nacional de Saúde, e a forma como eles eram tratados aqui. Eu
 4940 acho que essa comissão que vai conversar com a direção do CONASS, eu acho que tem que ir com
 4941 muito jeito, porque eu acho que são pessoas muito sérias e muito bonitas que vão conversar com muito
 4942 jeito para mostrar a importância deles aqui nesse espaço, entende? Isso é uma coisa fundamental para
 4943 a gente. Nós não podemos ter nenhuma perda e perda deste nível. O Conselheiro **Antônio Alves de**
 4944 **Souza:** É, eu quero concordar com as manifestações. Eu acrescentaria, esse Pleno não pode concor-
 4945 dar com essa correspondência, até porque um Conselho sem o gestor, trabalhador e usuário não é
 4946 Conselho. Então, o segmento do gestor é tão importante quanto usuário e quanto do trabalhador. A
 4947 minha preocupação é que a assembléia do CONASS ocorre na semana que vem. Minha sugestão é
 4948 que a gente pudesse convidar a doutora Beatriz à reunião da Mesa Diretora, na quarta-feira, insistir
 4949 para que ela venha para ouvir, e a gente tem um diálogo e acho podia tirar aqui a manifestação de não
 4950 aceitação dessa correspondência, porque eles são importantes aqui no Pleno. A Conselheira **Jurema**
 4951 **Pinto Werneck:** Concordo com os encaminhamentos que estão sendo feitos, da negociação, mas a
 4952 razão pela qual eu concordo com a negociação é porque a gente precisa nessa conversa estabelecer,
 4953 reforçar a necessidade da democracia imperar e não se sequestrar o debate e o contraditório com ati-
 4954 tudes intempestivas como essa. Eu tenho certeza que nessa conversa, espero que a Mesa Diretora
 4955 seja bem sucedida e rememorar o CONASS das suas obrigações, porque participar do Conselho Naci-
 4956 onal de Saúde é uma obrigação do CONASS, e certamente é uma expressão do compromisso do CO-
 4957 NASS com o SUS, com o controle social e com a democracia. Então, é nesse sentido que eu acho que
 4958 deve ser o tom da conversa, para que a gente não abra lacunas para o seqüestro da democracia, por-
 4959 que isso me parece que está criticamente ameaçado nesse momento. A Conselheira **Maria Helena**
 4960 **Machado de Souza:** Já foi enviada uma correspondência dizendo que está se retirando. Naturalmente
 4961 está se retirando da Mesa Diretora, temporariamente. Uma sugestão, para evitar qualquer possibilidade
 4962 dela não estar com a Mesa Diretora, é a Mesa Diretora ir ao encontro dela. E marcar um encontro com
 4963 ela. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS:** Concordando com todas as inter-
 4964 venções, quero dizer que o sentimento que a Presidência do Conselho Nacional de Saúde tem é o
 4965 mesmo sentimento manifestado pela Conselheira Jurema. Não podemos partir achando que o Conse-
 4966 lho errou, que o Conselho cometeu algum crime. Absolutamente não. O Conselho está disposto a dia-
 4967 logar e fazer o debate de forma transparente. A idéia é já que a Mesa Diretora se reúne na quarta-feira
 4968 e quarta-feira vai haver reunião do CONASS, nós entramos em contato com a Beatriz para haver a
 4969 possibilidade de uma reunião da Mesa com a Beatriz entre 9 e 11 horas. A reunião do CONASS come-
 4970 ça às onze. Então, entre 9 e 11h, pergunto se ela pode vir aqui ou se nós podemos ir lá, enfim, de mo-
 4971 do que a gente possa conversar com ela antes da reunião da Mesa. O Conselheiro **José Marcos de**
 4972 **Oliveira:** Sem dúvida. Eu não vou me posicionar contrário, pelo contrário, eu vou endossar e nesse
 4973 processo de endosso eu acho que a maturidade do segmento dos usuários deste Conselho Nacional de
 4974 Saúde aponta também que aquela proposta de moção, ela seja redigida e encaminhada para a Mesa
 4975 Diretora, afim de que ela possa ser, após essa conversa com o CONASS, avaliada a sua intensidade,
 4976 até porque identificamos que são atores fundamentais no exercício do controle social. Mas ela está
 4977 pronta aqui já, mas resolvemos entrar em *stand by* nesse momento. O Conselheiro **Francisco Batista**
 4978 **Júnior – Presidente do CNS:** A princípio nós entendemos que uma coisa é o nosso diálogo com o
 4979 CONASS, e outra coisa é o comportamento do Secretário Jorge Solla aqui ontem. A moção é referente
 4980 ao comportamento do Secretário Jorge Solla, não diz respeito ao CONASS. O Conselheiro **Clóvis**
 4981 **Adalberto Boufleur:** Eu não sei se daria para fazer objetivamente essa separação, até porque uma
 4982 situação foi consequência da outra. O que o José Marcos está ponderando, não a forma como o Con-
 4983 selho se posicionou, reconhecendo sua autonomia e sua indignação diante da situação, de certa ma-
 4984 neira incluir a publicização desse texto dessa proposta de posicionamento do Conselho ao diálogo do
 4985 CONASS, porque me parece que uma coisa não está desvinculada da outra, aliás, uma é consequên-
 4986 cia da outra. E então precisa considerar isso. Isso é o que estou entendendo que o José Marcos está
 4987 ponderando, que é preciso nesse momento, termos o máximo de diplomacia, inclusive. Estou enten-
 4988 dendo que essa é a lógica. O Conselheiro **Luiz Antônio Silva Neves:** Pode ser que eu esteja engana-
 4989 do, mas tinha entendido quando o José Marcos apresentou a posição dos usuários, como uma solicita-
 4990 ção de registro em ata, e não uma moção do Pleno de repúdio. Eu acho honestamente que não vai
 4991 construir nada nesse momento, vai acirrar, eu acho que a gente devia distender, até porque esse deba-
 4992 te já ficou pautado para ser aprofundado na próxima reunião e na outra. Eu tinha entendido mais como
 4993 um registro do que uma moção do Pleno que a gente teria que debater. É uma coisa frisada nesse
 4994 momento. O Conselheiro **Volmir Raimondi:** Vou reconsiderar aqui, e vou recolocar a ponderação que
 4995 fiz aos usuários de manhã, mais ou menos na linha do que o Luizinho estava falando aqui. Nós temos
 4996 um assunto que ainda está em aberto. O assunto da Bahia ainda vai voltar a este Conselho, e acho que

não constrói escrever documento nenhum agora neste momento. Ponderei que se for para escrever esse documento, que se degrave tudo o que foi falado ontem, para que a gente tenha subsídios e a gente verifique exatamente como foram feitas todas as denúncias, e como foram feitos os convites, admitindo com humildade se nós cometemos algum engano, ou se não cometemos termos subsídios melhores para colocar num posterior documento, se ele ainda se fizer necessário. Gostaria de solicitar aos usuários novamente a retirada de qualquer documento escrito, e que se registre em ata o sentimento que ficou dos usuários por algumas palavras ditas dos nossos convidados ao Pleno diretamente, dizendo que o Conselho eventualmente estava sendo manipulado ou coisa parecida. E então não ficamos satisfeitos com isso, esse Pleno não aceita, eu como Conselheiro não aceito qualquer imputação desse tipo. No entanto, eu acho que não ajuda escrever documento nenhum agora. O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**: Só quero deixar uma questão registrada aqui, o meu posicionamento. Com muita tranquilidade e em nome da entidade que represento, que com toda sinceridade me estranha muito isso, na minha vida de militante no Movimento Popular, qualquer situação que mude um pouquinho a gente reverte uma coisa, nós voltamos a discutir o que foi aprovado. Nós estamos voltando atrás tudo, porque um segmento colocou. Estou há pouco tempo aqui no Conselho, mas vou dizer uma coisa. O que eu percebi do representante do CONASS na reunião do Conselho ontem, antes daquela questão da Bahia, já uma inquietação em relação às discussões que estavam acontecendo aqui no Conselho. E com muita tranquilidade, companheiros, há alguma coisa que nos fez passar de bobos aqui, eu quero deixar registrado isso, porque se cometemos equívoco vamos resolver de outra forma, não dessa forma porque nós estamos de certa forma extremamente vulneráveis a qualquer interferência, nós temos que mudar de posição e nos acovardar e assumir erros que não vejo que cometemos. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: Fica na ata então, é isso? OK. Então, vai ser registrado em ata conforme o Volmir detalhou na última intervenção. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**: Nós explodimos ontem na última mesa com a Secretaria de Estado de Saúde da Bahia. Mas o clima entre nós não começou ruim ontem. Estava ruim anteontem, estava ruim lá no planejamento, estava ruim. Nós estávamos agoniados, tinha um mal-estar entre a gente, uma certa desconfiança, uma coisa que não me agrada. Eu sou feminista, sou mulher, sou médica, estou no mês da mulher e eu faria um pedido, eu não sou religiosa, que a gente pudesse fazer uma coisa que nós não fazemos mais no nosso cotidiano. Vamos tentar dar um beijo no outro, abraçar, trocar um carinho, cheirar, fazer um chamego. Isso é uma coisa gostosa do ser humano e nós só fizemos brigar durante quatro dias. Eu queria que a gente levantasse e trocássemos um afeto. Será que a gente tem coragem de fazer isso ou é difícil para a gente trocar um afeto, trocar um beijo? (palmas). O Conselheiro **Francisco Batista Júnior – Presidente do CNS**: Nós conversamos hoje junto com o pessoal de Departamento de Gestão e Educação do Trabalho, é do conhecimento de vocês, que nós temos pensado na realização de um grande seminário de profissões, que é fundamental para nós. A Conselheira **Maria Helena Machado de Souza**: Só me faltava essa, depois de braços e beijos eu vou falar de seminário de profissões. Mas, Presidente, nós tínhamos acertado ontem ou anteontem, uma reunião que o seminário acontecesse em 8 e 9 de junho, rapidamente quando nós falamos das nossas notícias da CIRH, e depois vimos que 8 e 9 o Conselho Nacional estará fazendo um seminário, vai ter um seminário que impede essa data. E aí nós olhamos agendas e estamos propondo pelo menos para negociação para os dias 18 e 19 de maio, essa que é a idéia. Só para não deixar, porque precisa estar registrado aqui para que a gente possa já encaminhar as negociações, vamos ver a possibilidade de ser no Itamaraty. Se não, nós vamos buscar um local, talvez no mesmo lugar que fizemos do planejamento ou um hotel aqui de boa qualidade que ele possa realizar esse seminário. Temos que rever a data. A minha proposta é de que o Pleno do Conselho nos dê autonomia com a Mesa Diretora, com a direção do Conselho, para a gente determinar uma data. **INFORMES: 1.** Relatórios das Auditorias foram solicitados e deverão ser distribuídos aos Conselheiros. **2.** GT de Auditoria – indicação do Segmento dos trabalhadores, Conselheira **Maria Laura Bicca**. **3.** Retomada da Comissão de Saúde da Mulher sob a coordenação provisória da Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**. **4.** A Secretaria-Executiva enviará aos Conselheiros lista de Comissões e suas respectivas pendências para o mês de abril. **5. GT da XIV Conferência Nacional de Saúde** – Indicação pendente do Segmento dos Trabalhadores (ficou para a próxima Reunião Ordinária). **6.** Aprovado o texto da Moção de Apoio ao DENASUS, SGEF e Ministério da Saúde quanto a Auditoria. (Item 2). **7.** Aprovado o texto da Moção de Apoio a RDC nº 44 da ANVISA (Item 2). **8.** Encaminhar ofício à ANVISA solicitando manifestação sobre assunto Propaganda de Alimentação Infantil. **9. Oficina da CIRH** – 7 vagas. **10. GT UPAS** – substituição do Conselheiro **Luiz Antonio Silva Neves** por seu suplente Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**. **11. Seminário de Alimentação e Nutrição no Contexto do SUS** – O Seminário Nacional será de 8 a 10 de junho, em Brasília. As datas da etapa regional são: Goiás dia 24 de março; Acre dia 25 de março; Roraima de 30 a 31 de março; Tocantins 23 de março; Ceará 30 e 31 de março; Piauí dia 24 de março; Rio Grande do Sul de 22 a 33 de março; Santa Catarina dia 29 de março. Outros estados acontecerão em abril. **12.** Dia 21 de março será comemorado o Dia Internacional da Síndrome de Down. **13.** Informe de não participação do

CONASS no CNS. Ficam suspensas provisoriamente as indicações de participação do CONASS em atividades e eventos do CNS. **ITEM 10 – Cartão SUS (Adiado para a Reunião de abril devido a impossibilidade de presença da SE/MS, Márcia Bassit). ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, o Conselheiro **Francisco Batista Júnior** – Presidente do CNS encerrou a Ducentésima Sétima Reunião Ordinária do Conselho Nacional, as 17h, agradecendo os presentes, os internautas que acompanhavam a reunião, a Secretaria-Executiva do CNS e aqueles que contribuíram para o sucesso da reunião. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: *Conselheiros Titulares Presentes:* **Arilson da Silva Cardoso; José Marcos Oliveira; Maria Thereza Almeida Antunes; Nildes de Oliveira Andrade; Jurema Pinto Werneck; Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos; Artur Custódio Moreira de Sousa; Marisa Furia Silva; Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo; Rosângela da Silva Santos; Geraldo Adão dos Santos; Maria de Lourdes Alves Rodrigues; Manoel Messias Nascimento Melo; Ubiratan Cassano Santos; Edemilson Canale; João Donizeti Scaboli; Jorge Alves de Almeida Venâncio; Fernando Luiz Eliotério; Edmundo Dzuawi Omoro; Abrahão Nunes da Silva; Luiz Augusto Facchini; Olympio Távora Derze Correa; Wilen Heil e Silva; José Caetano Rodrigues; Fernanda Lou Sans Magano; Sandra Regis; André Luiz de Oliveira; Lauro Domingo Moretto; Denise Torreão Correa da Silva; Lérida Maria dos Santos Vieira; Ruth Ribeiro Bittencourt; Eufrasia Santos Cadorin; Cleusa de Carvalho Miguel; Zilda de Faveri Vicente Souza; Francisco Batista Júnior; Sílvia Fernanda Martins Casagrande; José Wilson de Souza Gonçalves; Paulo Guilherme Romano; Luiz Antonio Silva Neves; Geraldo Alves Vasconcelos Filho; Clóvis Adalberto Bouffleur; Maria Helena Machado de Souza; Volmir Raimondi; Antônio Alves Souza. *Conselheiros Suplentes Presentes:* **Jurandi Frutuoso Silva**, 1º Suplente CONASS; **Maria Beatriz Coacci**, 2º. Suplente FNSS; **Maria Laura Bicca**, 1º. Suplente FNAS; **Gilson Silva**, 1º. Suplente Força Sindical; **Gilson da Cruz Rodrigues**, 2º. Suplente Congresso Nacional Afro Brasileiro; **Celso Fernando Ribeiro Araújo**, 1º. Suplente MEC; **Sílvia Maria Vasconcelos P. Cruz**, 2ª. Suplente Pastoral da Criança; **Ronald Ferreira dos Santos**, 1º. Suplente - FENAFAR; **Marcos Antonio Gonçalves**, 1º. Suplente - Federação Nacional das Associações para Valorização das Pessoas com Deficiência (FENAVAPE); **Graciara Matos de Azevedo**, 1º. Suplente - Conselho Federal de Odontologia; **Júlio Cezar Figueiredo Caetano**, 1º. Suplente - Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais – MBHV; **Valdenir Andrade França**, 1º. Suplente, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Dulce Helena Chiaverini**, 1º. Suplente, Rede Unida de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - REDE UNIDA; **Maria do Socorro de Souza**, 1ª. Suplente – CONTAG; **Júlio Atanásio Gevaerd**, 2º. Suplente – Força Sindical; **Luiz Alberto Catanoce**, 1º. Suplente – SINDNAP; **Exedito Solaney Pereira de Magalhães**, 1º. Suplente – CUT; **Ana Cristhina de Oliveira Brasil**, 1ª. Suplente – FENAFITO; **Maria Ermínia Cilibert**, 1ª. Suplente – CFP; **Ana Maria Rodrigues da Silva**, 1ª. Suplente – CMB; **Paulo César Augusto de Souza**, 1º. Suplente – CFMV; **Edmando Luiz Saunier**, 1º. Suplente – ABRA; **Paulo Teixeira Filho**, 1º. Suplente FENAD; **Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira**, 1º. Suplente – Ministério da Saúde; **José Naum de Mesquita Chagas**, 1º. Suplente – ABRATO; **Laudeci Vieira dos Santos**, 1º. Suplente – ANAPAR; **Fernando Donato Vasconcelos**, 1º Suplente – MTE.**