



1
2
3
4
5
6 MINISTÉRIO DA SAÚDE
7 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
8

9 **ATA DA DUCENTÉSIMA OITAVA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE –**
10 **CNS**
11

12 Aos sete e oito dias do mês de abril de dois mil e dez, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde
13 Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito
14 Federal, realizou-se a Ducentésima Oitava Reunião Ordinária do CNS. A reunião iniciou-se com o ato
15 solene do Dia Mundial da Saúde (item 1 da pauta). A mesa foi composta por: **José Gomes Temporão**,
16 Ministro de Estado da Saúde; **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS; **Márcia Bassit**,
17 Secretária-Executiva do Ministério da Saúde; **Renato Tasca**, representante da OPAS/OMS; e **José**
18 **Rubens Rebelatto**, representante do Ministro de Estado da Educação. O primeiro a fazer uso da
19 palavra foi o Presidente do CNS que discorreu sobre o Dia Mundial da Saúde 2010 que tem como
20 tema “Urbanismo e Saúde”, com alusão a questões ambientais. Inicialmente, ressaltou a necessidade
21 de a saúde estabelecer diálogo com outras áreas para garantir a qualidade de vida dos usuários do
22 SUS. Citou também a constatação, através de pesquisa do IBGE, de que o SUS é um sistema
23 vitorioso, a despeito dos grandes desafios que precisam ser enfrentados. Frisou que o sistema público
24 de saúde universal, equânime e integral será defendido na 1ª Conferência Mundial sobre
25 Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, a ser realizada de 1º a 5 de dezembro
26 de 2010. Na seqüência, fez uso da palavra o Ministro de Estado da Saúde, que se manifestou nos
27 seguintes termos: “Bom dia conselheiros e conselheiras, quero cumprimentar o Presidente do
28 Conselho Francisco Batista Júnior; Márcia Bassit, Secretária-Executiva do Ministério da Saúde,
29 Rubens Rebelatto, representando o Ministério de Estado da Educação, meu companheiro Fernando
30 Haddad; Fernando Tasca, representando a Organização Pan-Americana da Saúde. Quero
31 cumprimentar também os servidores dirigentes do Ministério aqui presentes. O tema que a
32 Organização Mundial da Saúde escolhe esse ano - impacto da urbanização sobre a saúde no mundo –
33 é extremamente relevante. No Brasil, mais de 80% da população vive em áreas urbanas. Acho que
34 esse tema deve servir para nós, aqui no Brasil, de novo, resgatarmos um princípio, um tema que é
35 muito caro na construção da reforma sanitária brasileira que é a questão da determinação social da
36 saúde porque quando olhamos para relação urbanização e condições de vida, nos deparamos
37 inevitavelmente com questões que transcendem e muito a questão meramente setorial. Nós todos aqui
38 comungamos do mesmo pensamento, mas nem todos comungam dele. Há muita gente que pensa que
39 saúde “é construir hospital” e, na realidade, se do ponto de vista dos avanços recentes e a PNAD,
40 muito bem colocou o Presidente Júnior, eu até sugeriria que fosse feita uma sessão específica no
41 Conselho para apresentação, em detalhe, dos resultados da PNAD e um debate, porque a PNAD
42 conseguiu fazer uma linha de base; nós podemos comparar a evolução em dez anos – 1998, 2003 e
43 2008. É claro que novos temas foram incorporados, o que é importante, mas nós conseguimos ter uma
44 visão muito interessante de uma grande ampliação do acesso, redução de desigualdades e claro,
45 ainda, problemas sérios e graves a serem enfrentados. Mas exatamente a PNAD mostra um recorte
46 setorial, mas nós temos que olhar o outro lado que é a grande obra que o governo do Presidente Lula
47 está realizando de redução das desigualdades e melhoria do acesso da população a outros serviços –
48 política habitacional, política de salário. Vocês lembram, há alguns anos, quando o Presidente Lula
49 defendeu o aumento real do salário mínimo qual foi a atitude da oposição: “vai quebrar o país”,
50 quebrou? Pois então, um milhão de casas, que é pouco, temos que fazer mais, 30, 40 milhões de
51 pessoas que passaram a fazer parte da classe média ampliando o consumo, melhorando as condições
52 de vida. A luta da reforma sanitária brasileira é a luta por transformações estruturais na sociedade. Nós
53 jamais podemos esquecer isso. Eu tenho certeza que o Conselho está sempre com essa visão ampla.
54 Atenção à saúde é uma questão, indeterminação social é outra. Nós temos que sempre ter essa visão.
55 Então, no dia de hoje que se comemora o Dia Mundial da Saúde, para nós brasileiros, motivo de
56 orgulho é o nosso SUS e motivo de atenção redobrada é sempre o olhar estrutural sobre as causas
que levam à desigualdade, à doença, à fragilidade. Evento mais grave do que esse que aconteceu
ontem no Rio de Janeiro? Praticamente cem pessoas morreram. A grande maioria, se não a totalidade
desses óbitos, foi causada pela questão da moradia, pela falta de acesso à moradia, que leva à

57 ocupação desordenada e leva famílias a viverem em situação de risco. Ora, esse é um tema que toca
58 de perto a nós da área da saúde, evidentemente. Não pode haver segurança, do ponto de vista da
59 saúde, se não há segurança para que uma família viva em condições dignas nos contextos das
60 grandes cidades, que é o tema da Organização Mundial da Saúde nesse ano. Nós estamos saindo
61 daqui para uma solenidade na Organização Pan-Americana da Saúde para marcar também esse
62 momento lá. Eu levarei essa mensagem. E também quero concordar com o Presidente do CNS –
63 temos que fazer muito barulho positivo sobre os dados da PNAD. A cobertura da mídia foi heterogênea
64 como sempre, algumas coisas muito interessantes e positivas e outras destacando apenas aspectos
65 negativos, mas se nós analisarmos em detalhe e profundidade o que ali está - é um alento - os
66 resultados ainda nos alimentam para avançar, ousar mais, caminhar mais. Também queria lembrar que
67 esse ano, além da Conferência Mundial (*sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de*
68 *Seguridade Social*), que será em dezembro, que nós esperamos que seja um grande momento para o
69 Brasil, precisamos nos mobilizar para a Conferência de Saúde Mental, porque os inimigos da reforma
70 psiquiátrica estarão lá para tentar questionar e polemizar. Por isso, nós precisaremos estar muito
71 seguros e firmes na defesa da reforma psiquiátrica. Um bom dia para todos, um abraço e até já.”
72 Finalizando a solenidade, o Presidente do CNS manifestou satisfação com a fala do Ministro da Saúde
73 em razão da consonância com o que pensa e defende o Conselho Nacional de Saúde. Também
74 convidou o Ministro da Saúde a voltar durante a reunião para participar de outros debates da pauta.
75 Após essas falas, deu-se por encerrada a solenidade. Desfeita a mesa, o Presidente do CNS
76 submeteu à apreciação do Pleno a pauta da reunião com as devidas alterações. A Secretaria-
77 Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, propôs inversão de pauta, com debate do Item
78 3 no período da tarde e do Item 6 no período da manhã, porque os convidados para o Item 3
79 enfrentaram problemas para embarcar por conta da situação de calamidade no Rio de Janeiro. Além
80 disso, comunicou que o ponto referente ao Cartão SUS não seria apresentado, porque, segundo
81 justificou a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, não foi possível concluir a compilação dos
82 dados. Em sendo assim, espera-se que o tema seja ponto de pauta na próxima reunião do Conselho.
83 Na seqüência, houve breves intervenções ressaltando a preocupação com a suspensão recorrente do
84 debate sobre o Cartão SUS na reunião plenária do CNS. **Deliberação: o Pleno aprovou inversão de**
85 **pauta (Item 6 no lugar do Item 3).** **ITEM 2 – APROVAÇÃO DA ATA DA 206^a E 207^a REUNIÃO**
86 **ORDINÁRIA DO CNS** - Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, submeteu à
87 apreciação do Pleno as atas da 206^a RO, com as correções solicitadas na última reunião do CNS e da
88 207^a RO do CNS. **Deliberação: as atas da 206^a RO e 207^a RO do CNS foram aprovadas.** Conforme
89 inversão de pauta aprovada, procedeu-se à discussão do Item 6. **ITEM 6 – a) GT OSCIPs/OS/FEDP;**
90 **b) Indicação de Coordenador e Coordenador Adjunto de Comissões do CNS; c) Indicação das**
91 **Oficinas do CONASEMS; d) Indicação GT 14^a CNS; e) Recomendações da CISI; e f) Informes e**
92 **Indicações.** **Coordenação:** Conselheiro **Volmir Raimondi**, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:**
93 Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**. Enquanto se aguardava a conclusão
94 do relatório do GT OSCIPs/OS/FEDP a ser apresentado ao Pleno, procedeu-se à letra “b”. **b)**
95 **Indicação de Coordenador e Coordenador Adjunto de Comissões do CNS.** Inicialmente, os
96 conselheiros discutiram a proposta do FENTAS, colocada pela Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**,
97 de convocar reunião das comissões para debate interno e indicação da coordenação a ser referendada
98 pelo Pleno do CNS. Como encaminhamento, o Plenário decidiu indicar as coordenações na reunião e,
99 no caso daquelas que não houvesse consenso, seria feito debate no âmbito das comissões. Seguindo
100 essa definição, foram aprovadas as seguintes indicações para as comissões: 1. Comissão de
101 Acompanhamento da Política de DST e AIDS/CAPDA – **Coordenação-adjunta: aprovado o nome do**
102 **conselheiro Júlio César Caetano.** 2. Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia/CICT –
103 **Coordenação-adjunta: aprovado o nome do conselheiro José Naum de Mesquita Chagas.** 3.
104 Comissão Intersetorial da Saúde da População Negra/CISPN – **Coordenação-adjunta: aprovado o**
105 **nome do Conselheiro José Marmo da Silva.** 4. Coordenação Intersetorial Permanente de Trauma e
106 Violência/CIPTV – **Coordenação: aprovado o nome da conselheira Fernanda Lou Sans Magano.**
107 **Coordenação-adjunta: o nome será indicado em reunião da Comissão e, posteriormente,**
108 **submetido à apreciação do Plenário.** 5. Comissão Intersetorial Permanente de Saúde do
109 Idoso/CIPSI – **Coordenação: aprovado o nome do conselheiro Geraldo Adão dos Santos.**
110 **Coordenação-adjunta: o nome será indicado posteriormente pela Comissão e submetido à**
111 **apreciação do Plenário.** 6. Comissão Intersetorial da Saúde da Mulher/CISM – **Coordenação:**
112 **aprovado o nome da conselheira Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos.** **Coordenação-**
113 **adjunta: o nome será indicado posteriormente pela Comissão e depois submetido à apreciação**
114 **do Plenário.** 7. Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde/CICIS –
115 **Coordenação-adjunta: Conselheira Maria de Lourdes Alves Rodrigues.** 8. Comissão Intersetorial
116 de Saúde Bucal/CISB – **Coordenação-adjunta: aprovado o nome do conselheiro Valdenir França.**
117 9. Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente/CISAMA – **Coordenador: aprovado o**
118 **nome do conselheiro Wilson Valério.** **Coordenação-adjunta: Conselheiro Edmilson Canale.** 10.

119 Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador/CIST – **Coordenação-adjunta: aprovado o nome da**
120 **conselheira Ana Cristhina de Oliveira Brasil.** 11. Comissão Intersetorial da Saúde do Jovem e
121 Adolescentes/CIJA – **Coordenação: aprovado o nome do conselheiro Clóvis Boufleur.**
122 **Coordenação-adjunta: aprovado o nome do Conselheiro Ubiratan Cassano.** 12. Plenária Nacional
123 de Conselhos de Saúde – o Pleno decidiu indicar, de forma paritária, quatro conselheiros
124 nacionais, sendo dois do segmento dos usuários, um do segmento dos trabalhadores de saúde
125 e um do segmento dos gestores/prestadores de serviço. O Presidente do Conselho Nacional de
126 Saúde terá participação permanente na Plenária. Os nomes indicados foram: segmento dos
127 trabalhadores de saúde: Conselheira **Jovita José Rosa**; segmento dos gestores/prestadores: aguarda
128 indicação; e segmento dos usuários: a indicação será feita na reunião ordinária do mês de maio. C)
129 Indicações – 1) Congresso do CONASEMS – a) Oficina do CNS – “Oficina do Controle Social”. Tema:
130 Participação Social e Políticas Públicas: Fortalecendo a Gestão do SUS. Data: 28 de maio de 2010.
131 Horário: das 9 às 13 horas. Local: Sala Cipreste, Gramado – RS. Conforme acordado, o Plenário
132 indicou três conselheiros como palestrantes na mesa de abertura: segmento dos usuários: Conselheiro
133 **Alexandre Magno**; Segmento dos trabalhadores: Conselheira **Silvia Casagrande**; e Segmento dos
134 Gestores: **Ana Maria Costa**. b) Oficina Diversidade de sujeitos e igualdade de direitos no SUS - Foram
135 indicados os seguintes nomes como debatedores na mesa de abertura: Conselheira **Carmen Lúcia**
136 **Luiz**, Conselheira **Jurema Werneck**, Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Conselheira **Maria do**
137 **Espírito Santo Tavares dos Santos**, Conselheiro **Valdenir França**, **Joseane Maria Bonfim**
138 (CONASEMS), um representante do CONASS (a indicar) e Conselheira **Ana Costa**. Conselheira **Maria**
139 **Thereza Antunes** também foi indicada para participar do Congresso. 2) GT 14ª Conferência Nacional
140 de Saúde. Na última reunião, foram indicados os seguintes nomes dos representantes dos usuários:
141 conselheiro **Gilson Silva** e conselheira **Maria de Lourdes Alves Rodrigues**. **Encaminhamento:**
142 foram indicados os seguintes nomes para compor o GT: segmento dos trabalhadores de saúde:
143 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** e conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**; e segmento dos
144 gestores: Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**. 3) 8º Encontro Global de Conselheiros
145 Nacionais de Bioética – Data: 26 e 27 de julho de 2010. Local: Singapura, Malásia. **Encaminhamento:**
146 o Pleno aprovou a indicação da Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** e foi cancelada a
147 participação da CONEP no evento de Porto Rico. 4) Reunião com a Comissão de Política do CNAS.
148 Data: 4 de maio de 2010. Local: CNAS, na Esplanada dos Ministérios, Bloco F, Anexo A, sala 108.
149 Horário: das 14h às 18h. O evento terá como objetivo apresentar o resultado do Levantamento
150 Nacional sobre a Concessão de Benefícios Eventuais, previstos na Lei Orgânica da Assistência Social.
151 **Encaminhamento: foram indicados para participar da reunião: Conselheiro José Naum de**
152 **Mesquita Chagas, Conselheiro Marco Antônio Gonçalves (do GT de Certificação), Conselheira**
153 **Nildes de Oliveira Andrade; e Conselheira Marisa Fúria.** Indicações extras: 1) Conferência
154 Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora/MG. Indicação: Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério,**
155 representando o CNS. 2) Conferência Municipal de Saúde Mental de Salvador/BA. Convite para um
156 representante do CNS na mesa de abertura. Conselheiro **José Naum de Mesquita colocou-se à**
157 **disposição. A Secretaria-executiva verificará se houve indicação de algum conselheiro que**
158 **reside no local.** a) GT OSCIPs/OS/FEDP - Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**
159 apresentou o relatório do GT sobre Formas Alternativas de Gestão, com foco nas Organizações
160 Sociais, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIPs e Fundação Estatal de Direito
161 Público -FEDP. Na sua exposição, falou sobre as respostas de doze estados e dezesseis capitais
162 dadas aos questionários enviados pelo CNS. Explicou que não possuem OS, OSCIPs e FEDP os
163 seguintes Estados: Rondônia, Roraima, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Alagoas e Tocantins. A
164 respeito das capitais, detalhou que não possuem terceirização na gestão do SUS: Rio Branco,
165 Macapá, Porto Velho, Manaus, Palmas, Florianópolis, Vitória, Aracaju, João Pessoa, Recife, São Luís
166 e Natal. Focou também na situação do Estado de São Paulo, explicando que possui 79 instituições na
167 área de saúde totalmente entregues à gestão terceirizada (34 Hospitais - 22 OSs e 14 convênios de
168 gestão; 34 AMEs – Ambulatórios Médicos de Especialidades - 26 OSs e 8 convênios de gestão; 1
169 Centro de Referência do Idoso; 3 laboratórios; 3 centrais de diagnóstico por imagem; 1 centro de
170 difusão científica; e 1 centro de armazenagem e distribuição de insumos de Saúde). Acrescentou que
171 esses dados eram oficiais, posto que o questionário enviado a São Paulo foi respondido e assinado
172 pelo Secretário Estadual de Saúde, Dr. Luiz Roberto Barradas Barata. No caso específico do Estado,
173 destacou a deliberação do CES/SP contrária às organizações sociais, mas vetada pelo secretário e
174 chamou a atenção para o fato de o Conselho Estadual não ser o órgão encarregado pela fiscalização:
175 “Contrato de gestão é fiscalizado por Comissão de Avaliação composta por de notória especialização,
176 que conta com representantes da Assembléia Legislativa e Conselho Estadual de Saúde.” Em relação
177 à prefeitura de São Paulo, o conselheiro explicou que estão entregues à gestão de OSs unidades,
178 como Hospitais, UBSs, UPAs, AMAs, além de serviços de diagnóstico por imagem, pronto-socorros,
179 com custo de cerca de 20% do orçamento. Diante dessa situação, informou que há ações no Ministério
180 Público do Trabalho de São Paulo relacionadas à exigência de contratação de pessoal por meio de

concurso público. Detalhou ainda o percentual do orçamento dos Estados gasto com OSs, OSCIPs e FEDPs: Distrito Federal – 18% do Orçamento – 1 Hospital; Pernambuco – segundo o CES 10,5% do Orçamento, segundo a SES 2,47% do Orçamento – 1 Hospital e 3 UPAs; Goiás – 4,35% do Orçamento – 2 Hospitais; Acre – OSCIP e FEDP - 6% do Orçamento – 1 Hospital e todas as unidades de saúde na área de gestão e médicos e enfermeiros; Maranhão – relato do MP; e Estado do Paraná - resposta inconclusiva. A respeito das Capitais com OSs e OSCIPs: Porto Alegre – OSCIP no Saúde da Família até 31/08/09 – Reprovada no CMS, 3 hospitais cedidos à empresa pública de direito privado e fundações privadas, desde as décadas de 60 e 70. Uma delas é responsável pela contratação de pessoal para o SUS, numa forma de terceirização da folha de pagamento; Goiânia; e Campo Grande. Além disso, referiu-se aos dados disponibilizados pelo Ministério da Justiça que demonstra um total de 192 Instituições cadastradas como OSCIPs, tendo como finalidade o setor saúde, mas sem a especificação da área de atuação. Acrescentou que o Ministério da Justiça não dispõe de dados sobre quais organizações atuam na gestão de unidades públicas de saúde, que é o foco do CNS. Muitas dessas instituições prestam apenas serviços de saúde sem gerir instituições públicas. Finalizando, disse que os dados apresentados foram compilados com base nos questionários respondidos, portanto, não é possível asseverar sobre a precisão das informações. Conselheira **Maria Laura Bicca**, coordenadora do GT, acrescentou que os documentos disponibilizados ao GT como subsídios apontam as questões envolvidas nos processos de terceirização e formas alternativas de gestão. Salientou ainda a importância de um monitoramento permanente desse processo de terceirização como forma de impedir o seu avanço pelo país. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** cumprimentou o Grupo pelo trabalho e destacou o volume de informações prestadas pelo Secretário de Saúde de São Paulo sobre a situação do Estado. Como encaminhamento, propôs que o GT dê continuidade ao trabalho com vistas a obter informações sobre a situação de todos os estados e capitais. Também enfatizou que se deve retomar a resolução do CNS sobre terceirização, que não foi homologada pelo Ministro da Saúde, de forma a buscar saída para a sua efetivação. Conselheiro **José Caetano Rodrigues** solicitou maiores esclarecimentos sobre os dados disponibilizados pelo Ministério da Justiça que demonstra um total de 192 Instituições cadastradas como OSCIPs. Também disse que se deveria ter informações sobre os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional que disciplinam o processo de terceirização. Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** defendeu a continuidade do trabalho do Grupo sobre levantamento de dados e propôs que haja uma ampla discussão nacional sobre o tema fora do âmbito do CNS, com debate, inclusive, das Pioneiras Sociais (Rede Sarah de Hospitais). Avaliou, por fim, que é necessário identificar as peculiaridades e diferenças dessas organizações a fim de definir saídas específicas. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou o Grupo e disse que é preciso identificar até que ponto essas organizações interferem na gestão. Também disse que é preciso parabenizar o Estado de São Paulo pela disponibilização de informações oficiais sobre a situação do Estado. Por fim, defendeu que o GT continue o trabalho com vistas a obter dados sobre a situação de todos os estados e capitais e, posteriormente, confrontar com os dados fornecidos pelo DENASUS. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** parabenizou o GT pelo trabalho e, a propósito dos dados do Estado de São Paulo, retificou que, em 2007, o CES/SP aprovou uma resolução contrária às Organizações Social que foi homologada pelo Secretário Estadual de Saúde. Porém, em 2009, a Secretaria de Saúde vetou nova resolução do Conselho Estadual que solicitava o cumprimento da resolução homologada, a implantação dos conselhos gestores e o retorno para o setor público. Conselheiro **Ubiratan Cassano** também saudou o GT pelo trabalho e defendeu que os conselheiros levem as informações aos seus estados com vistas a fortalecer a luta das entidades contra a privatização do setor saúde. Conselheiro **José Naum Mesquita** quis saber se o levantamento do GT contemplou as OSCIPs para contratação de pessoal. Conselheiro **Manoel Messias Melo** frisou que é preciso definir medidas para garantir a gestão dos serviços pelo setor público, diante do crescente número de estados que adotam essas formas alternativas de gestão. Conselheira **Silvia Casagrande** chamou a atenção para a gravidade da situação e citou o caso de Porto Alegre onde a Polícia Federal investiga o desvio de R\$ 9 milhões de recursos públicos por meio de OSCIPs responsável pela contratação de equipes da Saúde da Família. Também denunciou o fato de o município passar a um hospital filantrópico a gestão da saúde mental e de outras áreas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou que o GT busque informações a respeito da forma de contratações no âmbito do Ministério da Saúde para o PSF e outros programas. Retorno da mesa. Conselheiro **Jorge Venâncio** considerou na sua fala, dentre outros, os seguintes aspectos: o Estado de São Paulo e a capital conduzem o processo de privatização da gestão no país (a estimativa é de cerca de duzentas instituições transferidas para OSs), portanto merece atenção especial do CNS e respostas no sentido de garantir o SUS público; os conselheiros podem e devem contribuir com as informações disponibilizadas; a contratação de pessoal é uma atividade de gestão; é preciso avançar nas discussões, considerando, inclusive, as sugestões dos conselheiros. Conselheira **Maria Laura Bicca**, nas considerações finais, pontuou que, apesar do avanço da terceirização pelo país, a atuação do controle social e seus aliados têm conseguido frear esse processo. Também agradeceu aos

integrantes do GT, à assessoria técnica do Grupo e à Secretaria-Executiva pelo apoio. Encaminhando, o Presidente do CNS explicou que o trabalho do Grupo é preliminar e possivelmente será necessário rever algumas informações. Nessa lógica, concordou com a necessidade de aprofundar o debate. Também enfatizou que o CNS deve continuar os movimentos para frear esse processo de privatização no país. Nessa linha, propôs iniciar diálogo com o TCU, MPF, AGU, PGU, CONASS, CONASEMS e MS na perspectiva de preparar um seminário nacional para debate do tema. A seguir, houve uma rodada de encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário aprovou, por consenso, as seguintes propostas:** 1) manter o Plenário do CNS permanentemente informado sobre o processo de terceirização na saúde; 2) abrir diálogo com o TCU, MPF, AGU, PGU, CONASS, CONASEMS e MS no sentido de organizar um seminário nacional para debater o tema, inclusive com a participação dos Fóruns Estaduais de Saúde Pública e articulação com os Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos de Assistência Social; 3) retomar o debate da Resolução do CNS sobre OS e OSCIPs para atualizá-la, se necessário, e divulgá-la; 4) recomendar às entidades que compõem o CNS que debatam internamente o assunto e que conselheiros contribuam, inclusive, com as informações sobre a situação do processo de terceirização nos seus Estados; e 5) publicizar aos partidos políticos a posição do CNS acerca da terceirização na saúde (será elaborado documento nessa linha a ser encaminhado aos partidos políticos). Finalizando, o Presidente do CNS cumprimentou o Grupo pelo trabalho e encerrou a discussão desse item.

ITEM 3 – SITUAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ESTRUTURAÇÃO DA REDE E GESTÃO DO SISTEMA - Coordenação da mesa: Conselheiro **Francisco Batista Junior**, Presidente do CNS. Inicialmente, o coordenador da mesa explicou que, neste ponto de pauta, estava prevista a participação do Secretário Estadual de Saúde do RJ, que, em razão da ausência do CONASS, não se fez presente. Por conta da situação de calamidade que se encontra o Estado do Rio de Janeiro, também não pôde comparecer ao debate o Promotor de Justiça, Dr. **Leandro da Silva Navega**. Sendo assim, foi aberta a palavra ao Dr. **Jorge Darze**, Presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro. Inicialmente, o Presidente do Sindicato dos Médicos/RJ cumprimentou os conselheiros nacionais de saúde, manifestou a satisfação por estar no CNS para tratar da grave situação da saúde no Rio de Janeiro e lamentou a ausência dos demais convidados para debater o tema. Também registrou estranheza com a manutenção do decreto reconhecendo a calamidade pública no Estado do Rio de Janeiro e a falta de ações para reverter esse quadro. Feitas essas considerações iniciais, passou à explanação demonstrando com imagens a realidade dos hospitais do Rio de Janeiro (Hospital Municipal Souza Aguiar; Hospital Municipal Salgado Filho; Hospital Estadual Carlos Chagas; Hospital Estadual Getúlio Vargas, Hospital Municipal Piedade, Hospital Municipal Raphael de Paula e Souza, Hospital Municipal Lourenço Jorge). Os problemas apresentados foram, dentre muitos outros, o alto índice de mortalidade, falta de infra-estrutura, condições inadequadas de atendimento, insuficiência de profissionais, equipamentos sucateados, materiais obsoletos. Apresentado o quadro da situação da saúde no Estado, passou a falar da gestão do sistema, destacando a privatização da gestão e a quarterização da saúde (obriga os médicos dos hospitais privatizados a tornarem-se pessoas jurídicas). Ressaltou que o Projeto de Lei das OSs será contestado na Justiça e registrou que o Sinmed venceu ação no STF contra terceirização na saúde. A respeito do controle social, frisou que o Conselho Estadual de Saúde, que poderia representar importante papel na defesa do SUS, não é paritário, desde a sua posse, portanto, limitado em seu papel. Também destacou que o último processo eleitoral do CES/RJ está sendo questionado porque a escolha foi feita em uma plenária pós-conferência estadual, com a presença de pessoas que não eram delegados da Conferência. Pontuou ainda fatores que, em sua visão, agravam a assistência da população: 1) insuficiência da rede básica; 2) precariedade dos hospitais; 3) déficit de pessoal; 4) descumprimento da Lei que cria o PCCS da saúde; 5) fechamento do Instituto de Assistência aos Servidores do Rio de Janeiro - IASERJ; 6) fechamento do Instituto de Infectologia São Sebastião; 7) recentes epidemias (duas de dengue e uma de gripe H1N1) com elevada mortalidade; 8) militarização da saúde; 9) descumprimento das decisões da Conferência Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde; e 10) irregularidade na composição do Conselho Estadual de Saúde. A respeito da privatização da saúde, destacou os setores já privatizados: Hospital da Mulher – São João de Meriti; Maternidade do Hospital Estadual Rocha Faria; neurocirurgia do Hospital Estadual Getúlio Vargas; Departamento de Insumos Básicos; Laboratórios da Rede Estadual Hospitalar; e serviços de exames por imagem. Disse que as empresas contratadas são: Facility, FIOTEC e cooperativas. Concluindo, destacou, em razão dos fatos graves denunciados e em face do descumprimento da legislação vigente, que é urgente e necessária ação do Conselho Nacional de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, adotando as medidas jurídicas pertinentes para a correção das graves irregularidades apontadas. Finalizou colocando à disposição os documentos sobre as denúncias apontadas na sua explanação. Antes de abrir a palavra para manifestações, o Presidente do CNS informou que a representação do Ministério Público entrou em contato novamente para reforçar as justificativas de sua ausência e solicitar espaço no CNS para exposição. **Manifestações**. Conselheira **Denise Torreão** perguntou quantas e quais auditorias do

305 DENASUS foram realizadas desde a intervenção federal no Rio de Janeiro em 2005 e se houve
306 publicidade dos resultados. Sugeriu que fosse feito levantamento das ações nas delegacias policiais e
307 no MP que dizem respeito à situação de saúde do Rio de Janeiro. A respeito da contratação, informou
308 que o último concurso estadual do RJ foi realizado em 2001 e foram necessárias ações judiciais para
309 convocação dos aprovados. Comunicou também que, posteriormente, foi realizado processo para
310 contratação temporária. Também chamou a atenção para a grave situação do Conselho Estadual de
311 Saúde do Rio de Janeiro, com irregularidades na composição. Como encaminhamento, propôs que
312 fosse constituído um GT do CNS para ir ao Rio de Janeiro verificar a situação *in loco* e que fosse feito
313 um levantamento dos programas relacionados às políticas de saúde implantadas no Estado. Concluiu
314 manifestando solidariedade, em nome do FENTAS, aos trabalhadores e usuários do SUS no Rio de
315 Janeiro. Conselheiro **Willen Heil** propôs que o CNS aponte alternativas para combater a grave
316 situação da saúde no Rio de Janeiro, a fim de evitar novas vítimas do descaso. Conselheira **Jurema**
317 **Werneck** também fez o seu relato sobre o descaso com a saúde no Rio de Janeiro e, diante da
318 gravidade das denúncias, propôs um GT do CNS para verificar a situação *in loco* e apresentar
319 subsídios ao Pleno que justifique resolução do CNS solicitando a perda da gestão das verbas federais
320 pelo Estado do Rio de Janeiro. Conselheiro **Jorge Venâncio** iniciou cumprimentando o Presidente do
321 Sindicato dos Médicos pela coragem de fazer as denúncias no CNS. Avaliou que há um movimento
322 visando a pauperização do hospital público para facilitar a privatização, que possui uma lógica
323 neoliberal. Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** destacou que a situação da rede do sistema
324 de saúde do Rio de Janeiro é mais complexa que a dos demais estados, por conta das peculiaridades
325 local (maior rede hospitalar pública, mais servidores públicos...). Em sua visão, deve-se pensar com
326 cautela a proposta de intervenção do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Conselheira **Rosângela**
327 **Santos** explicou que, segundo resposta da Secretaria de Saúde, os R\$ 8 milhões está dentro dos
328 padrões do desperdício dos R\$ 15 milhões e envolve uma série de produtos necessários à população
329 do Rio de Janeiro. Denunciou que os transplantes no Estado do Rio de Janeiro estão suspensos e, por
330 conta disso, os pacientes procuram a rede privada para realizar esse procedimento, o que resulta em
331 uma tendência à privatização desse processo. Falou ainda do descumprimento do Termo de
332 Ajustamento de Conduta e informou que medicamentos constantes da grade não são distribuídos.
333 Concluindo, alertou que ocorrerá um genocídio no Rio de Janeiro pela falta de medicamento caso não
334 seja definida nenhuma ação. Por fim, comunicou que o Secretário de Saúde governa amparado por
335 habeas corpus preventivo. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** considerou o debate proveitoso e
336 ressaltou que é preciso envidar esforços para implementar os itens 02 e 03 da Agenda do CNS pois
337 contribuiria para barrar o processo de privatização e resolver a questão da força de trabalho adequada.
338 Conselheiro **Marcos Antonio Gonçalves**, integrante do GT do RJ, propôs que o CNS aprove
339 resolução solicitando a posse imediata dos eleitos para o CES/RJ. Conselheira **Maria Helena**
340 **Machado** solicitou comentários sobre a situação da Mesa Estadual de Negociação do Rio de Janeiro e
341 do Plano de Carreiras aprovado em 2003. Na sua avaliação, a saída para a situação é a negociação e
342 não a intervenção federal. **Retorno da mesa.** O Presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de
343 Janeiro, **Jorge Darze**, informou que a Mesa de Negociação está desativada porque a política de
344 pessoal é imposta e não negociada. A respeito do Plano de Carreiras, informou que o governador não
345 cumpre a lei aprovada pela Assembléia Legislativa que estabelece a implementação desse plano.
346 Concordou com a intervenção federal no Rio de Janeiro por conta do flagrante descumprimento das
347 Leis 8.080/90 e 8.142/90. Conclamou os conselheiros a visitar os hospitais do Rio de Janeiro para
348 verificar *in loco* a gravidade da situação. Ressaltou que é necessária ação drástica e urgente para
349 estancar a situação porque pessoas estão morrendo por falta de assistência. Destacou que o CES/RJ
350 possui irregularidades, contudo, não pode impedir o CNS de cumprir o seu papel. Conselheira
351 **Graciara Matos de Azevedo** registrou que o caminho do CNS é o correto, a despeito da situação que
352 se apresenta. Para ilustrar, citou que a CGU constatou a gravidade da situação de saúde do DF já
353 discutida pelo CNS e com resolução aprovada e não homologada pelo Ministério da Saúde. A seguir,
354 houve uma rodada de encaminhamentos, dentre os quais se destacam: aplicar ao caso do Rio de
355 Janeiro a resolução do CNS sobre a situação do DF, que solicita a transferência da gestão das verbas
356 federais para o Ministério da Saúde; delegar ao GT do CNS sobre o Rio de Janeiro o levantamento das
357 auditorias realizadas pelo DENASUS desde a intervenção federal no Rio de Janeiro em 2005 e o
358 debate da documentação do Presidente do Sindicato dos Médicos; marcar visita do GT às unidades de
359 saúde do RJ e reunião com o Conselho Estadual de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério
360 Público para buscar uma solução à crise que atinge a saúde do Estado; aguardar a manifestação do
361 representante do Ministério Público no Conselho para deliberar. **Deliberação: o Pleno decidiu**
362 **aguardar a manifestação do representante do Ministério Público para deliberar sobre o tema.** O
363 Presidente do CNS encerrou a discussão desse item agradecendo o Presidente do Sindicato dos
364 Médicos pela presença e cumprimentando-o pela coragem de denunciar a situação. Após esse ponto,
365 a mesa suspendeu os trabalhos. Retomando, foi iniciada a discussão do item 4 da pauta. **ITEM 4 –**
366 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – APROVAÇÃO DE PARECERES DA**

367 CIRH - Coordenação: Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação:
368 Conselheira **Maria Helena Machado**, Coordenadora da Comissão CIRH/CNS; e Conselheira **Graciara**
369 **Matos de Azevedo**. Inicialmente, a coordenadora da CIRH comunicou que a emissão de processos de
370 renovação está suspensa por conta da falta das notas necessárias à avaliação. Ressaltou que esses
371 processos, inclusive por orientação do MEC e da CIRH, seriam devolvidos ao Ministério da Educação.
372 Em sendo assim, explicou que seriam apresentados processos de autorização e reconhecimento.
373 Justificou que foi retirado um parecer da pauta (Processo 200805671) porque a portaria autorizativa já
374 havia sido publicada. Informou também sobre os cursos de medicina sob supervisão do MEC (notas
375 inferiores a 3), inclusive com recomendação de fechamento de escolas. Comunicou ainda que na
376 próxima reunião da CIRH seria promovido debate sobre processo regulatório das profissões e esse
377 tema seria ponto de pauta da próxima reunião do CNS. Feitas essas considerações iniciais,
378 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** procedeu à apresentação dos pareceres elaborados pela
379 CIRH, sendo cinco relativos a processos de autorização e sete de reconhecimento: **1)** Referência:
380 Processo nº 200913752; Interessado: Faculdade Integrada de Pernambuco; Curso: Autorização do
381 Curso de Odontologia; Parecer: Insatisfatório. **2)** Referência: Processo nº 200810751; Interessado:
382 Faculdade Cenecista de Osório; Curso: Autorização do Curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. **3)**
383 Referência: Processo nº 200907737; Interessado: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras do Alto
384 São Francisco; Curso: Autorização do Curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. **4)** Referência:
385 Processo nº. 200903662; Interessado: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; Curso: Autorização
386 do Curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. **5)** Referência: Processo nº 200905048; Interessado:
387 Faculdade Piauiense; Curso: Autorização do Curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. **6)**
388 Referência: Processo nº 200900654; Interessado: Centro Universitário de Araraquara; Curso:
389 Reconhecimento do Curso de Medicina; Parecer: Insatisfatório. **7)** Referência: Processo nº 200908249;
390 Interessado: Faculdades Integradas Aparício de Carvalho; Curso: Reconhecimento do Curso de
391 Medicina; Parecer: Insatisfatório. **8)** Referência: Processo nº 200902510; Interessado: Centro
392 Universitário de Caratinga; Curso: Reconhecimento do Curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. **9)**
393 Referência: Processo Nº. 200902024; Interessado: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia;
394 Curso: Reconhecimento do Curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. **10)** Referência: Processo nº
395 200901759; Interessado: Universidade Presidente Antônio Carlos; Curso: Reconhecimento do Curso
396 de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. **11)** Referência: Processo nº 200903980; Interessado: Faculdade
397 UNIPAC de Educação e Estudos Sociais de Teófilo Otoni; Curso: Reconhecimento de Curso de
398 Psicologia; Parecer: Insatisfatório. **12)** Referência: Processo nº 200905390; Interessado: Faculdade de
399 Ciências, Cultura e Extensão do Rio Grande do Norte; Curso: Reconhecimento de Curso de Psicologia;
400 Parecer: Insatisfatório. Não havendo manifestações, a mesa colocou os pareceres em votação.
401 **Deliberação: os pareceres foram aprovados, em bloco, com uma abstenção.** Conselheiro **José**
402 **Rubens Rebelatto** fez uso da palavra para dar destaque ao trabalho conjunto do MEC, Ministério da
403 Saúde e CNS e para parabenizar a CIRH pelo trabalho. Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou
404 a discussão desse item. **ITEM 5 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E**
405 **FINANCIAMENTO - Apresentação da Prestação de Contas do CNS – 2009 e Análise Sintética dos**
406 **Relatórios de Auditoria nos Estados: PI, DF, SP, RS, RR e MG – apresentação e deliberação.**
407 Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do Conselho Nacional de
408 Saúde. Apresentação: Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN; e **Rozângela**
409 **Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. Antes de abrir a fala aos expositores, a
410 coordenadora da mesa informou que o Relatório de Gestão possivelmente seria apresentado na
411 próxima reunião do Conselho. A Secretária-Executiva iniciou a apresentação da prestação de contas
412 do CNS - janeiro a dezembro/2009 – com um quadro geral especificando valores e despesas: Eventos
413 – Liquidado: R\$ 2.017.413,53 – Pago: R\$ 1.169.529,32; Passagem – Liquidado: R\$ 2.750.000,00 –
414 Pago: R\$ 2.750.000,00; Diária - Liquidado: R\$ 1.106.760,38 – Pago: R\$ 1.106.760,38; Diversos -
415 Liquidado: R\$ 1.199.910,24 – Pago: R\$ 1.199.910,24; e OPAS TCC 23 – Liquidado: R\$ 1.050.000,00;
416 Dotação inicial: R\$ 6.871.567,00 - Suplementação: R\$ 1.600.000,00 - Total: R\$ 8.471.567,00;
417 Liquidado: R\$ 8.124.084,15 (95,9%); Pago: R\$ 5.026.289,70 (61,9%). Seguindo, apresentou o
418 detalhamento de cada uma das especificações. A respeito dos eventos, citou: Tenda da Saúde no
419 Fórum Social Mundial da Saúde e Fórum Social Mundial; Oficina de Planejamento da Comissão
420 Intersetorial de Recursos Humanos; Plenária Nacional Extraordinária de Conselhos de Saúde;
421 Caravanas em Defesa do SUS; Eleição do Conselho Nacional de Saúde – Triênio 2009/2012; III
422 ENCEP (valor empenhado, mas não liquidado porque o encontro será realizado em junho de 2010). Do
423 total empenhado para o item eventos (R\$ 2.017.413,53), foi liquidado R\$ 2.017.413,53 e pago R\$
424 1.169.529,32. A respeito dos Diversos, explicou que, tendo em vista a necessidade de o CNS
425 reformular a dotação orçamentária aprovada de R\$ 1.200.000,00 (Capital para Custeio) e a estimativa
426 de execução das Caravanas em 2009, no montante de R\$ 400.000,00, foi firmado acordo com a SGEP
427 para suplementar o orçamento do CNS no valor de R\$ 1.600.000,00. Detalhou que a suplementação
428 de R\$ 1,6 milhão foi gasta da seguinte maneira: Eventos – R\$ 1,083 milhão (SGEP); equipamentos

429 (SGEP): R\$ 1,14 milhão; consultores do CNS: R\$ 618.079,20. Disse que em 2010 esse tipo de
430 negociação não será necessária em razão de já ter sido solicitado a transformação do Capital em
431 Custo. A respeito do TC 23 com a Organização Pan-Americana - OPAS, disse que o valor (R\$ 1,05
432 milhão) foi empenhado e liquidado em 2009, mas seria pago em 2010 (assessoria técnica, lanches,
433 viagens internacionais). Finalizando, disse que o orçamento do CNS em 2009 foi de R\$ 6,871 milhões,
434 o que não foi suficiente para custear todas as despesas do Conselho. Seguindo, apresentou o
435 Orçamento 2010 do Conselho Nacional de Saúde. Explicou que o valor aprovado foi R\$ 8.471.567,00,
436 sendo: Capital: R\$ 960.000,00 (solicitação de que R\$ 860 mil seja transformado em Custo); e Custo
437 – R\$ 7.511.567,00. O valor de passagens, diárias e indenização de embarque e desembarque é de R\$
438 4.870.298,90, sendo: R\$ 1.719.083,90 para diárias, R\$ 2.900.700,00 para passagens e R\$ 250.515,00
439 para indenização de embarque e desembarque. Explicou que o valor das passagens, diárias e
440 indenização de embarque e desembarque para doze Reuniões Ordinárias, com 44 participantes cada,
441 e a participação da representação da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde nas
442 reuniões do CNS, sendo cada representante em cada, é de R\$ 1.139.076,00. Disse que o orçamento
443 prevê três Reuniões Extraordinárias, com 44 participantes cada, totalizando R\$ 284.769,00. A respeito
444 das comissões do CNS, detalhou: 21 Comissões com 10 membros – Reuniões Trimestrais; uma
445 Comissão com dez membros cada – Reunião mensal (COFIN); três Comissões com 16 membros
446 sendo: Comissão com reunião mensal (CIRH) – 2 dias, Comissão com reunião mensal (CONEP) – 3
447 dias e Comissão com reunião trimestral (CIST) – 2 dias. Desse modo, as despesas com as reuniões
448 das comissões totalizam R\$ 2.514.790,40. No caso das reuniões da Coordenação da Plenária
449 Nacional de Conselhos de Saúde (quatro reuniões com 25 participantes cada), foi destinado o total de
450 R\$ 175.550,00. Informou que o montante para custear a participação em eventos externos
451 (Congressos CONASEMS, ABRASCO e Rede Unida e outras participações por indicação (CNS)) é de
452 R\$ 282.729,30. Clarificou que para os eventos temáticos já aprovados pelo Plenário do CNS (I
453 Conferência Mundial sobre Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, Comitê
454 Executivo (12 Reuniões – 2 pessoas), Comissão Organizadora (07 Reuniões – 10 pessoas),
455 ICMDUSS (24 pessoas)) foi destinado o total de R\$ 196.835,80. Para a Conferência Nacional de
456 Saúde Mental foi destinado o valor de R\$ 203.046,00 para custear diárias, passagens e indenização de
457 embarque e desembarque. A respeito da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP,
458 destacou o Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa – ENCEP (19 pessoas – CONEP +
459 CNS) e SISNEP - até junho de 2010 (12 reuniões – 04 pessoas) com previsão de R\$ 73.502,40 para
460 custear diárias, passagens e indenização de embarque e desembarque. Para a XVI Plenária Nacional
461 de Conselhos de Saúde ((1.000 pessoas) está destinado o montante de R\$ 300.000,00. Em relação ao
462 11º Termo de Ajuste ao 23º Termo de Cooperação e Assistência Técnica entre o Ministério da Saúde e
463 a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, está previsto R\$ 1.500.000,00. Portanto, destacou
464 que o valor aprovado para 2010 é de R\$ 8.471.567,00, sendo R\$ 960.000,00 para capital e R\$
465 7.511.567,00 para custo. Disse que as despesas, conforme apresentado, é de R\$ 6.670.298,90 com
466 saldo de R\$ 841.268,10. Explicou que esse saldo (R\$ 841.268,10) e o valor do custo (R\$ 960.000,00)
467 totalizam R\$ 1.801.268,10. Considerando que R\$ 100 mil será destinado para a compra de
468 equipamentos, o CNS possui R\$ 1.701.000,00 para custear eventos/atividades a serem definidas pelo
469 CNS. Para conhecimento, listou os seminários aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde no
470 planejamento 2010-2012: Gerais: 1) Serviço Civil em Saúde - 1.1 - Seminários Regionais: Público:
471 movimentos estudantis, entidades de classes, instituições formadoras, conselhos de saúde; 2) Atenção
472 Primária em Saúde - 2.1 - Seminário Nacional da Atenção Primária; 3) Relação público x privado - 3. 1
473 – Seminário sobre o tema Público X Privado, 3.2 – Seminário sobre acesso a serviços e insumos X
474 judicialização, 3.3 – Seminário sobre pesquisas, desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias
475 e acesos a serviços e insumos X judicialização, 3.4 – Oficinas, seminários, audiências públicas sobre
476 precarização e privatização da gestão em saúde (OS, OSCIPS e outros) e outros temas - Público:
477 MPF, CGU, AGU, CNJ, PGR, STF, TCU, CONASS, CONASEMS, Conselhos Estaduais e Municipais
478 de Saúde e Conselhos Distritais Indígenas. Foi aprovado ainda um seminário específico sobre
479 transparência na aplicação dos recursos destinados à saúde – COFIN com oficinas de capacitação
480 sobre orçamento e financiamento (público: conselheiros nacionais e distritais de saúde indígena) e
481 Seminário Estratégico com a COFIN e SPO. Explicou que foi solicitada suplementação orçamentária
482 de R\$ 2 milhões, assim, caso seja aprovada, o Pleno terá o total de R\$ 3,7 milhões. Reconheceu que
483 há outras demandas e, em razão disso, destacou que é preciso pautar essa questão em outro
484 momento para definir as prioridades. Manifestações. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou o
485 investimento maior em comissões que no Pleno do CNS e o custo/benefício disso. Além disso,
486 perguntou o custo da transmissão *on line* das reuniões plenárias do CNS e do registro dos debates em
487 ata. A Secretaria-executiva do CNS informou que a transmissão *on line* é feita pelo DATASUS,
488 portanto, não há custo para o CNS. Em relação ao registro das reuniões em ata, explicou que é
489 custeado pelo TC 23 com a OPAS. Em 2009, a elaboração das atas foi feita por assessoria técnica ao
490 custo de R\$ 4.500,00/mês. No caso da empresa contratada para realizar esse serviço, o valor é de R\$

491 100 mil/ano sendo este valor custeado pela SGEP. Inclusive, disse que a empresa não se fazia
492 presente na reunião porque não tinha mais interesse em continuar a realizar esse trabalho para o CNS
493 em razão de não ter se adaptado ao Pleno. Sendo assim, possivelmente a ata da 208^a Reunião
494 Ordinária seria elaborada pelos técnicos do CNS, o que demandaria um prazo maior para entrega. De
495 todo modo, ressaltou que buscara uma saída para essa questão. Conselheiro **Clóvis Boufleur**
496 chamou a atenção para o fato de o valor pago à empresa para elaboração das atas ser o dobro do
497 valor pago à assessoria técnica para realizar o mesmo trabalho. A Secretaria-Executiva do CNS,
498 **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que, além da ata da reunião, a empresa realizava a
499 transcrição da reunião. Não havendo outras manifestações, a mesa colocou em apreciação e votação
500 a prestação de contas do CNS/2009 e a proposta orçamentária do CNS para 2010. **Deliberação:**
501 **aprovadas, com três abstenções, a prestação de contas do CNS 2009 e a proposta orçamentária**
502 **do CNS para 2010. A Secretaria-Executiva do CNS apresentará na COFIN, trimestralmente, a**
503 **execução orçamentária do Conselho e a prestação de contas será incluída no site do CNS.**
504 Definido esse ponto, procedeu-se à apresentação da análise sintética das auditorias do DENASUS
505 sobre o cumprimento da EC nº. 29/2000: Distrito Federal, Minas Gerais, Piauí, Rio Grande do Sul,
506 Roraima e São Paulo. Nas considerações iniciais, o coordenador da COFIN/CNS explicou que a
507 Comissão e o GT/CNS reuniram-se nos dias 5 e 6 abril para analisar as referidas auditorias. O
508 consultor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, iniciou a sua explanação esclarecendo a base legal para
509 a análise dessas auditorias: Constituição Federal – ADCT (art.77): § 3º Os recursos dos Estados, do
510 Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos
511 pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será
512 acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da
513 Constituição Federal; e Lei 8689/93 (art.12): O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de
514 governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública
515 nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla
516 divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos
517 aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de
518 serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada. Falou do referencial das auditorias do
519 DENASUS, explicando que o objetivo das auditorias é avaliar o cumprimento da EC 29 nos Estados e
520 Distrito Federal e a Metodologia foi visita *in loco*, balanço geral dos estados e do DF, informações
521 prestadas ao SIOPS e documentos complementares. A respeito do referencial de Análise da
522 COFIN/CNS e do GT/CNS, explicou que o objetivo é não fazer uma “auditoria da auditoria” e sim
523 sintetizar os principais resultados da auditoria feita pelo DENASUS em cinco Estados e no Distrito
524 Federal. Disse que a metodologia utilizada foi a adoção inicial dos nove aspectos norteadores das
525 auditorias utilizados pelo DENASUS, ampliado para 20 pela COFIN/CNS e GT/CNS (não foi possível
526 sistematizar os últimos quatro itens para os Estados analisarem, por isso, não aparecem com nenhuma
527 informação). A seguir, detalhou que os itens utilizados na análise foram divididos em três grandes
528 blocos: 1º bloco - *das Auditorias*: 1) As auditorias seguiram o roteiro padronizado com substrato legal?;
529 2) Foi dado o direito de defesa?; 3) O estado usou este direito de defesa?; 4) A justificativa foi acatada
530 em que percentual? 2º bloco – *da aplicação dos recursos*: 5) os recursos transferidos são aplicados
531 pelo fundo de saúde?; 6) Os recursos próprios são aplicados pelo fundo de saúde?; 7) Porcentagem
532 de recursos próprios - segundo auditoria?; 8) Porcentagem de recursos próprios declarados ao
533 SIOPS?; 9) Porcentagem de recursos próprios – balanço geral do estado?; 10) Porcentagem de
534 recursos próprios - segundo análise SIOPS?. 3º bloco – *da utilização dos recursos*: 11) Há despesas
535 indevidas computadas como gastos com saúde? 12) Os recursos foram todos utilizados em atividades
536 fins?; 13) Existe legislação estadual que contraria o dispositivo da legislação nacional quanto à
537 definição das ações e serviços de saúde? 14) TCE - aprovou as contas? (CR=com ressalvas)?; 15) O
538 Conselho aprovou as contas com ou sem ressalvas?; 16) Faz aplicações do dinheiro do SUS em
539 detrimento das ações? Os últimos itens que não foram possíveis sistematizar são: 17) Os dados da
540 auditoria correspondem aos do plano?; 18) As transferências de receita da União estão corretas? 19)
541 As fontes de receitas próprias estão corretas?; e 20) O fundo estadual de saúde é uma unidade
542 orçamentária?. Seguindo, falou do quadro resumo das auditorias nos seis Estados em questão - 2006-
543 2007: 1) As auditorias seguiram o roteiro padronizado com substrato legal? – os seis estados
544 responderam “Não”; 2) Foi dado o direito de defesa? Os seis estados responderam “sim”; 3) O Estado
545 usou este direito de defesa? “Não” para os Estados de Minas Gerais e Rio Grande do Sul; 4) A
546 justificativa foi acatada em que percentual? São Paulo – 7%; Distrito Federal – 42%; Piauí – 4,8%
547 Roraima – 40%. 2º bloco – *da aplicação dos recursos*: 5) Os recursos transferidos são aplicados pelo
548 fundo de saúde? São Paulo – Não; Distrito Federal; - Não; Minas Gerais – Não; Piauí – Sim; Roraima –
549 Sim; e Rio Grande do Sul – Sim. 6) Os recursos próprios são aplicados pelo Fundo de Saúde? São
550 Paulo – Não; Distrito Federal – Não; Minas Gerais – Não; Piauí – Não; Roraima – Sim; e Rio Grande
551 do Sul – Sim. 7) Porcentagem de recursos próprios - segundo auditoria? São Paulo – abaixo do
552 percentual mínimo de aplicação; Distrito Federal – dentro do percentual mínimo de aplicação; Minas

553 Gerais – abaixo do percentual mínimo de aplicação; Piauí – abaixo do percentual mínimo de aplicação;
554 Roraima – dentro do percentual mínimo de aplicação; e Rio Grande do Sul – abaixo do percentual
555 mínimo de aplicação. 8) Porcentagem de recursos próprios declarados ao SIOPS – todos os Estados
556 declararam aplicação acima do mínimo constitucional, com exceção do Rio Grande do Sul; 9)
557 Porcentagem de recursos próprios – balanço geral do estado? - todos os Estados declararam
558 aplicação acima do mínimo constitucional, com exceção do Rio Grande do Sul; 10) Porcentagem de
559 recursos próprios - segundo análise SIOPS? - 12,08%; 8,93%; 7,77%; 4,43%; 3,75%. 3º bloco – da
560 *utilização dos recursos*: 11) Há despesas indevidas computadas como gastos com saúde? – Sim em
561 todos os Estados; 12) Os recursos foram todos utilizados em atividades fins? – Não para todos os
562 Estados, com exceção de Roraima que não respondeu; 13) Existe legislação estadual que contraria o
563 dispositivo da legislação nacional quanto à definição das ações e serviços de saúde? – Piauí: Sim, São
564 Paulo e Distrito Federal – Não; não é possível identificar se há nos demais; 14) TCE - aprovou as
565 contas? (CR=com ressalvas)? São Paulo – Sim; Distrito Federal – Não em 2006 e Sim com ressalvas
566 em 2007; Minas Gerais – Sim; Piauí – Sim com ressalvas (2006); Roraima – Sim; e Rio Grande do Sul
567 – Sim.; 15) O Conselho aprovou as contas com ou sem ressalvas? São Paulo – Sim em 2006 e 2007
568 com ressalvas; Distrito Federal – Sim sem ressalvas; Minas Gerais – não há informações; Piauí – Sim,
569 com ressalvas; Roraima – Sim, sem ressalvas; e Rio Grande do Sul – Sim, sem ressalvas. 16) Faz
570 aplicações do dinheiro do SUS em detrimento das ações? Sim para todos os Estados, com exceção de
571 Roraima onde não aparece essa informação. Diante dos dados, os valores não aplicados em ações e
572 serviços públicos de saúde foram: 2006 - R\$ 3.155.418.312,76; 2007 - R\$ 3.438.585.232,36; R\$ Total
573 (2006 e 2007): R\$ 6.594.003.545,12. Disse que as despesas indevidas (alheias às ações e serviços
574 públicos de saúde) foram: 2006 - R\$ 2.436.708.403,19; 2007 - R\$ 3.013.218.290,98; Total (2006 e
575 2007): R\$ 5.449.926.694,17. Desse modo, a Consolidação dos Valores (Não Aplicação + Aplicação
576 Indevida) é de R\$ 5.592.126.715,95 em 2006; 6.451.803.523,34 em 2007, totalizando (2006 e 2007)
577 R\$ 12.043.930.239,29. Por fim, disse que o GT apresenta as seguintes propostas de encaminhamento:
578 fortalecer o sistema nacional de auditoria nas três esferas de governo com financiamento e
579 regulamentação específica, inclusive em termos de plano de carreira, tornando-o prioridade de
580 governo; implantar o processo de planejamento e execução de ações de auditoria de forma integrada
581 entre as três esferas de governo; estabelecer mecanismos para a efetiva circulação dos relatórios do
582 SNA nas três esferas de governo e nos respectivos Conselhos de Saúde; estabelecer como prática
583 permanente do CNS, por meio da COFIN, reuniões com técnicos do DENASUS com o objetivo de
584 socializar e monitorar resultados de auditorias realizadas; encaminhar à CSSF das Assembléias
585 Legislativas e Câmara Federal os resultados dessa análise sintética; solicitar a informação da
586 programação das próximas auditorias do DENASUS para que o CNS esteja articulado com os
587 Conselhos Estaduais; e dar continuidade às análises das auditorias realizadas pelo DENASUS nos
588 demais Estados referentes ao cumprimento da EC nº. 29 mediante a manutenção do GT/CNS
589 integrado à COFIN para essa atividade. Na seqüência, houve uma rodada de intervenções onde se
590 destacam os seguintes aspectos: sugestão de enviar a análise sintética das auditorias do DENASUS
591 sobre o cumprimento da EC nº. 29/2000 ao TSE para as devidas providências; questionamento sobre
592 as justificativas acatadas e o impacto nos valores computados; destaque para o fato de todos os
593 conselhos de saúde terem aprovado as contas dos estados; o Tribunal de contas do Estado de São
594 aprovou a prestação de contas desse Estado com ressalvas; o Estado do Rio Grande do Sul possui
595 legislação estadual própria; é preciso avaliar a instituição das comissões de orçamento e financeiro nos
596 conselhos de saúde para acompanhamento da execução em parceria com o SIOPS; o CNS deve
597 fazer uma avaliação mais global dos dados apresentados; os conselhos de saúde devem acompanhar
598 as auditorias realizadas; elogios ao relatório apresentado pela COFIN/CNS; o CNS deve estabelecer
599 diálogo com os conselhos de saúde e com os tribunais de contas sobre os dados apresentados; o CNS
600 deve requisitar ao DENASUS a conclusão dos relatórios de auditoria nos estados; verificar a
601 possibilidade de os conselhos de saúde acompanharem o trabalho de auditoria realizado pelo
602 DENASUS; questionamento: se a aplicação gera recursos, onde o dinheiro é aplicado?; o CNS deve
603 aprovar resolução no sentido de impedir a aplicação de recursos da saúde em outros setores. **Retorno**
604 **da mesa.** O consultor da COFIN/CNS respondeu aos questionamentos dos conselheiros
605 contemplando na sua fala, dentre outros, os seguintes aspectos: as justificativas acatadas não tiveram
606 impacto nos valores computados; os valores apresentados foram tirados da conclusão do relatório das
607 auditorias; as possíveis incongruências levantadas pelos conselheiros em relação ao Estado de São
608 Paulo e do Rio Grande do Sul serão verificadas; e antes se deve verificar se há aplicação de recursos
609 da saúde no mercado financeiro, deve-se verificar se a movimentação financeira é feita por meio do
610 Fundo de Saúde e avaliar a origem do saldo aplicado e o tempo da aplicação do recurso. O
611 coordenador da COFIN também fez uso da palavra e chamou a atenção para aspectos como: a
612 COFIN/CNS encaminhou cópia dos seis relatórios para o SIOPS; a representação do SIOPS
613 manifestou intenção de continuar a participar das reuniões da COFIN para auxiliar a Comissão; e
614 destaque à Nota Técnica do SIOPS com o resultado da análise dos balanços gerais dos estados

615 brasileiros, referente ao exercício de 2008, no tocante à aplicação mínima de recursos próprios em
616 gastos com ações e serviços públicos de saúde, de acordo a EC nº. 29. Após, a mesa listou os
617 encaminhamentos apresentados pelos conselheiros e as sugestões do relatório de análise das
618 auditorias. Deliberação: além das sugestões do relatório com a Análise Sintética das Auditorias
619 do DENASUS, o Pleno aprovou os seguintes encaminhamentos: dar ampla divulgação do
620 relatório de análise das auditorias, encaminhando inclusive para o TSE; estabelecer diálogo
621 com os conselhos de saúde, TCU, entre outros; recomendar aos conselhos de saúde o
622 acompanhamento dos processos de auditoria; intensificar o trabalho junto aos conselhos de
623 saúde para capacitar e estimular a criação de comissões de orçamento e financiamento;
624 divulgar as auditorias no sentido de utilizá-las como instrumento político inclusive de
625 capacitação; submeter à apreciação do Pleno um Termo de Ajuste Sanitário; definir
626 instrumentos de monitoramento; definir o processo de capacitação de conselheiros; que a
627 COFIN/CNS estude a possibilidade de uma resolução para garantir a aplicação dos recursos da
628 saúde na saúde; manter o GT para analisar os demais relatórios do Estado; aprovar mais um dia
629 de reunião da Comissão no mês de maio para dar conta da pauta; solicitar ao Ministério da
630 Saúde o retorno sobre o parecer das auditorias; que a COFIN/CNS analise a Portaria do
631 Ministério da Saúde nº. 3252. A mesa agradeceu os convidados e encerrou a discussão desse item.
632 O Presidente do CNS informou ao Pleno que, diante da auditoria realizada no Estado de São Paulo, o
633 MP definiu prazo ao gestor estadual para adequar-se às regras da EC nº. 29. Na sequência, Conselheiro **Volmir Raimondi** assumiu a coordenação dos trabalhos e convidou à Secretaria-
634 Executiva do CNS para continuar a apresentação do item 6 da pauta. **5) Recomendações da CISI –**
635 Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou as seguintes recomendações da CISI/CNS: **1)** à Funai que:
636 a) promova estratégias de diálogo permanente e democrático com as lideranças indígenas, no que diz
637 respeito às ações de sua reestruturação, a fim de que as reais necessidades das populações
638 indígenas sejam efetivamente atendidas; e b) os Comitês Regionais que fazem parte da nova estrutura
639 organizacional da Instituição assegurem a participação social, com composição paritária em relação às
640 representações indígenas. **2)** à Presidência da República que: garanta a participação das lideranças
641 indígenas na elaboração do Decreto Presidencial que estruturará a Secretaria de Saúde Indígena, no
642 Ministério da Saúde; e **3)** ao Ministério da Saúde que: defina estratégias para o processo de transição
643 do Subsistema de Saúde Indígena da Funasa para o Ministério da Saúde, com garantia de oferta
644 permanente e de qualidade dos serviços e ações às populações indígenas, promovendo, assim, saúde
645 e prevenindo doenças e mortes; e garanta a participação das lideranças indígenas na elaboração do
646 Decreto Presidencial que estruturará a Secretaria de Saúde Indígena/MS. **Deliberação:** as três
647 recomendações da CISI/CNS foram aprovadas por unanimidade. A Comissão solicita pauta na
648 próxima reunião para tratar da próxima Conferência Nacional de Saúde Indígena. Conselheiro
649 **Edmilson Canale** entregou documentos sobre a criação da Secretaria de Saúde Indígena e marcou
650 posição contrária ao loteamento de cargos nesse processo. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**
651 disse que não teve retorno sobre o documento protocolado da Associação Brasileira de Ortopedia e
652 Ortodontia Facial que solicita pauta no CNS para apresentar trabalho. A Secretaria-Executiva do CNS
653 informou que a demanda foi incluída no rol das demandas do Conselho. **Encaminhamento:** a
654 Secretaria-executiva responderá à entidade com cópia à Conselheira Graciara Matos. Na
655 sequência, a Secretaria-Executiva do CNS passou aos Informes. Primeiro, falou das resoluções do
656 CNS, iniciando por aquelas devolvidas pelo Gabinete do Ministro. A primeira Resolução é a nº. 418,
657 Medalha Comemorativa dos 20 anos do SUS cujo encaminhamento é arquivar, porque tornou-se
658 extemporânea. **Deliberação:** o Pleno decidiu arquivar a resolução. Segundo, falou das resoluções
659 devolvidas ao CNS, sem homologação, quais sejam: Resolução nº. 425, de 10 de setembro de 2009 -
660 delibera que os recursos repassados mensalmente pelo Ministério da Saúde para a Secretaria de
661 Saúde do Distrito Federal, passem a ser administrados pela União, de acordo com o Parágrafo Único
662 do Art. 4º da Lei nº 8.142/90; Resolução nº. 427, de 15 de outubro de 2009 - delibera que os recursos
663 repassados mensalmente pelo Ministério da Saúde para a Secretaria de Estado da Saúde do estado
664 de São Paulo, passem a ser administrados pela União, de acordo com o Parágrafo Único do Art. 4º da
665 Lei nº 8.142/90; e Resolução nº. 432, de 9 de dezembro de 2009 - delibera que os recursos
666 repassados mensalmente pelo Ministério da Saúde para a Secretaria de Estado da Saúde do estado
667 de Pernambuco, passem a ser administrados pela União, de acordo com o Parágrafo Único do Art. 4º
668 da Lei nº 8.142/90. Primeiro, fez a leitura do parecer da CONJUR acatado pelo Ministro da Saúde e
669 encaminhado ao Pleno para justificar a não homologação da Resolução nº 425. Em seguida, leu uma
670 segunda justificativa do Ministério da Saúde, datada de 16 de setembro de 2009, para não
671 homologação da Resolução nº. 425. Nesse caso, a justificativa é que a suspensão do repasse dos
672 recursos Fundo a Fundo acarretará prejuízos para a saúde da população própria e da grande demanda
673 de pacientes que buscam assistência do DF, bem como atraso no pagamento aos prestadores de
674 serviço conveniados ao SUS DF. Conselheiro **Volmir Raimondi** explicou que a Mesa Diretora debateu
675 o caso da Resolução nº. 425 em razão de terem sido apresentados dois pareceres e teve dúvidas em
676

677 relação ao encaminhamento a ser adotado. Nesse sentido, sugeriu pautar o tema no Plenário do CNS,
678 com convite a Ordem dos Advogados do Brasil, no sentido de dirimir dúvidas jurídicas. Conselheiro
679 **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, enfatizou que o Plenário do CNS aprovou a Resolução
680 nº. 425 a partir de amplo debate, portanto, não deve ter dúvidas a respeito da sua fundamentação.
681 Contudo, a Mesa Diretora entende que os novos conselheiros devem apropriar-se dos pressupostos
682 que nortearam a aprovação dessa resolução. Nessa lógica, a Mesa Diretora propõe ao Plenário pautar
683 debate para resgatar esse processo, com a presença da OAB, para esclarecer dúvidas. Conselheiro
684 **Clóvis Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS, explicou que esse debate deve nortear-se pelo seguinte
685 questionamento: possui amparo legal a proposta do CNS de que o Ministério da Saúde assuma a
686 gestão dos recursos repassados ao Estado em razão deste infringir legislações? Ressaltou que a
687 resposta a esse questionamento resolverá essa questão pontual e norteará o Conselho para
688 procedimentos futuros. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** concordou que os novos
689 conselheiros nacionais devem apropriar-se do debate com mais profundidade, contudo, diante da
690 gravidade, defendeu a manifestação do Plenário sobre a situação naquele momento. Frisou inclusive
691 que a CGU constatou irregularidades já apontadas pelo Conselho Nacional de Saúde, o que fortalece a
692 posição do Plenário. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu que o CNS faça um debate
693 político frente ao parecer, mesmo que para reafirmar a posição já tomada. Conselheiro **Alcides Silva**
694 de **Miranda** destacou que, no caso de um ente da federação não ser capaz de garantir o direito à
695 saúde, outro ente pode, de forma subsidiária, assumir esse papel. Todavia, é preciso discutir a
696 viabilidade e as condições para que esse processo ocorra. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**
697 propôs que o Pleno aprove uma recomendação solicitando ao Ministro da Saúde que reconsiderasse a
698 posição de não homologar a resolução diante dos fatos novos. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**
699 apelou ao Pleno para que cumpra o Regimento Interno do CNS no que se refere ao trâmite das
700 resoluções aprovadas pelo Conselho. Também frisou que é preciso aprofundar o debate com vistas a
701 buscar saídas para a situação que vai além das resoluções. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**
702 sugeriu que o CNS reforce os argumentos da resolução diante dos novos fatos, em articulação com
703 parceiros como Ministério Público do DF e Fórum Popular em Defesa do DF. Conselheira **Maria**
704 **Helena Machado** ressaltou que é preciso definir solução para o caso do DF, contudo, na sua
705 avaliação, a centralização da administração dos recursos no Ministério da Saúde não seria a melhor
706 saída. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** propôs pautar o tema na próxima reunião do CNS para
707 definir saídas. Conselheiro **Jorge Venâncio** ressaltou que o encaminhamento do CNS deve reafirmar
708 o princípio da necessidade de controle dos recursos repassados aos estados. Conselheiro **Francisco**
709 **Batista Júnior**, Presidente do CNS, afirmou que o CNS é responsável pelo zelo dos princípios do
710 SUS, portanto, é co-responsável pela situação do Distrito Federal. Enfatizou que o grande pecado é a
711 impunidade e para justificá-la são utilizados vários argumentos. Ressaltou que é inadmissível afirmar
712 que o Ministério da Saúde não tem condições de assumir a gerência dos recursos federais. Diante
713 disso, defendeu que o CNS busque o Ministério Público, a Advocacia Geral da União, a Procuradoria
714 Geral da República e o Tribunal de Contas da União para definir saídas para a situação. Conselheira
715 **Graciara Matos de Azevedo** frisou que o contexto atual fortalece o posicionamento do Conselho,
716 posto que a CGU constatou problemas no DF, principalmente na área saúde pública (R\$ 320 milhões
717 destinados à saúde estavam aplicados em instituição bancária, compras superfaturadas, entre outros).
718 Diante disso, propôs que o CNS aprove nova resolução, incluindo esses novos fatos, inclusive para
719 defender a homologação pelo Ministro da Saúde. Feitas essas considerações, houve os seguintes
720 encaminhamentos: reelaborar a Resolução nº. 425, incluindo o arrazoado da CONJUR e os novos
721 fatos e entregá-la pessoalmente ao Ministro da Saúde; pautar o tema na próxima reunião, reservando-
722 se um tempo razoável para promover debate coletivo no sentido de definir saída para a situação que
723 não é exclusiva do DF; e marcar reunião com a Procuradoria Geral da República, Advocacia Geral da
724 União, Controladoria Geral da República, Tribunal de Contas da União, Ministério da Saúde, CONASS
725 e CONASEMS para dialogar sobre a questão. **Deliberação: o Pleno aprovou reunião extraordinária**
726 **do CNS no dia 11 de maio de 2010 para debater o tema com os parceiros. Esse assunto será**
727 **ponto de pauta da próxima reunião da Mesa Diretora para os devidos encaminhamentos acerca**
728 **da metodologia e dos convidados.** Definida essa questão, a coordenação dos trabalhos suspendeu
729 para o lanche. Retomando, foi iniciado o debate do último item do primeiro dia. **ITEM 7 – POLÍTICA**
730 **NACIONAL DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TÓXICO-FARMACOLÓGICA** - apresentação e
731 deliberação. **Convidados:** Sr. **Guilherme Franco Netto**, Diretor do Departamento de Vigilância em
732 Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - DSAST/SVS; Sr. **Luiz Cláudio Meirelles**, Gerente Geral
733 de Toxicologia da ANVISA; Prof. **Marlene Zannin**, Coordenadora da Associação Brasileira de Centros
734 de Informação e Assistência Toxicológica e Toxicologistas Clínicos – ABRACIT. **Coordenação:**
735 Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro a fazer uso da palavra foi
736 o Gerente Geral de Toxicologia da ANVISA, **Luiz Cláudio Meirelles**, que falou da Rede Nacional de
737 Centros de Informação e Assistência Toxicológica. Inicialmente, agradeceu, em nome do Diretor de
738 Toxicologia José Agenor Álvares, a oportunidade de tratar desse tema no CNS. Passando à exposição,

destacou que a missão da ANVISA é proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso. Ressaltou que a relação com os Centros refere-se ao fato de ser essencial conhecer o impacto dos produtos colocados no mercado, de forma a orientar a Agência na retirada, reformulação, etc. Frisou que a Gerência Geral de Toxicologia – GGTOX possuiu por atribuições: regulamentar, analisar, controlar, fiscalizar produtos e serviços que envolvam agrotóxicos, componentes e afins, outras substâncias químicas, agentes e substâncias de interesse toxicológico; e coordenar e orientar o Sistema de Vigilância Toxicológica. Disse que a Rede possui como marcos o Regimento interno da ANVISA, a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº. 19/05, o Regimento Interno da Rede e documentos produzidos pelas Comissões Técnicas da Rede. Explicou que a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica – RENACIAT congrega 33 Centros no Brasil e estes estão presentes em 18 Estados e no DF. Disse que a notificação é feita via NOTIVISA e os Centros estão ligados ao SINITOX. Seguindo, apresentou um histórico da Rede, detalhando que em 1971 foi formado o primeiro Centro de Controle de Intoxicações (Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya), no Município de São Paulo/SP. Em 1980, foi criado o Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas - SINITOX, na Fundação Oswaldo Cruz – coleta, análise e publicação dos dados dos Centros. A constituição da RENACIAT deu-se em 2005 em articulação com a ANVISA e formação de seis Comissões específicas – Normalização, Capacitação, Ética, Financiamento, Informação, Técnico-científica – e um GT de Antídotos. Acrescentou que várias tentativas de reconhecimento dos Centros ou de suas atividades pelo SUS não foram bem sucedidas. Detalhou que as atribuições dos CIATS são: 1) fazer atendimento de urgência ao intoxicado em regime ambulatorial e de internação; 2) fornecer informação toxicológica de qualidade, em plantão permanente, à população geral e aos profissionais de saúde; 3) registrar dados confiáveis e divulgar à sociedade e órgãos de vigilância; 4) formar profissionais de saúde; 5) gerar estudos epidemiológicos para embasar políticas públicas; e 6) fazer acompanhamento ativo dos casos notificados e atendidos. Ressaltou que se tratam de instituições públicas, com funcionamento 24 h/dia, 365 dias/ano. Destacou que os Centros possuem telefones próprios e a ANVISA possui o Disque-intoxicação (0800 – 722 – 6001). Disse que as fontes de informação dos Centros são: fichas próprias - Toxicon (CIT Porto Alegre), livros de texto, bancos de dados e bibliográficos de Universidades e consulta *on line*; 2006 –MICROMEDEX – 50 senhas por CIAT, em 36 Centros (1800 senhas) – banco de dados *Poisindex*; 2008 – ampliação do MICROMEDEX – *Tomes System Reprorisk* e aquisição de livros didáticos novos/atualizados. A respeito do registro e divulgação de dados, citou os Sistemas de Notificação: 1982 – Sistema Nacional de Informação Toxicofarmacológica – SINITOX; 2006 – Sistema de informação em Vigilância Sanitária (*on-line*) NOTIVISA (13 Centros); e 2010 – NOTIVISA (em fase de reformulação). Falou também sobre a formação em toxicologia, citando o curso presencial, realizado de 2003 a 2009, com formação de 1.818 profissionais. Comentou ainda outro curso de capacitação à distância realizado em parceria com a UFRJ e a OPAS que teve 50 inscritos, 47 participantes e 32 aprovados. Prosseguindo, explicou que, diante dos problemas enfrentados, foi definida proposta de reestruturação da Rede visando a inserção dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica no Sistema Único de Saúde. Nessa linha, apresentou a proposta de Programa Nacional de Toxicovigilância do SUS – papel dos Centros a partir dos eixos: Eixo de promoção da saúde: desenvolvimento de conhecimento em Toxicologia – competência; Eixo de proteção da saúde: notificação de agravos e geolocalização de fatores de risco – vigilância, ações nas áreas de epidemiologia, saúde ambiental e saúde do trabalhador – prevenção; e eixo de assistência à saúde – especialidade: informação telefônica, atendimento, assessoramento aos profissionais de atendimento e gestão de antídotos. Na seqüência, falou a Presidente da ABRACIT, **Profª. Marlene Zannin**, com enfoque no funcionamento dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica. Antes de iniciar, agradeceu o CNS por ter acolhido o pleito da ABRACIT para tratar do tema no Conselho. Começando, disse que a Organização Mundial da Saúde define a qualidade da assistência como aquela que é capaz de garantir que todo usuário receba no conjunto dos serviços diagnósticos e terapêuticos o melhor resultado com o mínimo de risco de iatrogenia e a máxima satisfação do usuário. Acrescentou que a OMS recomenda que todos os países, independentemente de sua extensão ou população, devem dispor de serviços de informação e assistência toxicológica. Explicou que os Centros de Informação e Assistência Toxicológica são unidades públicas de referência regional ou estadual em Intoxicações e Envenenamentos - Toxicologia Clínica - CIAT, CIT, CCI, CCE, CIAVE, CIVITOX, SERVITOX, TOXCEN – com atendimento 24 horas, telefônico e/ou presencial. Ressaltou que as principais atividades dos Centros são: suporte aos profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento de intoxicações e envenenamentos; e atendimento de pacientes intoxicados por profissionais com experiência em Toxicologia clínica com apoio laboratorial e orientação à população sobre os riscos de exposição a substâncias químicas, reações adversas a medicamentos, primeiros socorros nas intoxicações. Esclareceu que os recursos para funcionamento desses Centros são: profissionais com experiência em Toxicologia Clínica; bases de produtos - substância ativa; bases de dados – informações científicas, livros de referência: Toxicologia Clínica, Farmacologia; e tecnologia

801 de informação: computadores, acesso a internet, sites, e-mail e telefone celular para envio de imagens
802 de lesões animais, produtos para colaborar no diagnóstico e tratamento. Mostrou fotos recebidas pelo
803 CIT/SC via e-mail e/ou celular para identificação de agente responsável pela intoxicação, o que, na
804 explicação da expositora, ajuda no diagnóstico e tratamento e, e em alguns casos, salva vidas.
805 Explicou que, no caso das intoxicações, os CIATs observam: paciente - disponibilidade de
806 atendimento, capacidade de diagnóstico, informação atualizada, apoio laboratorial e mapa regional dos
807 antídotos; e produto: registro, falsificação, adulteração e avaliação. Desse modo, destacou que os
808 Centros são sentinelas para vigilância, desenvolvendo ações de prevenção e controle. Seguindo,
809 mostrou um quadro que demonstra o total de atendimentos realizados pelos centros brasileiros – 2007:
810 128.659. Também comentou sobre um gráfico que mostra as exposições humanas atendidas pelos
811 Centros Brasileiros – 2007 com distribuição por grupos de agentes. Conforme demonstrado, os
812 medicamentos representam 50% dos casos de intoxicação seguidos de animais peçonhentos,
813 agrotóxicos/agrícolas e domésticos, saneantes/domissanitários, animais não peçonhentos... A respeito
814 do local das intoxicações, destacou o caso de Santa Catarina: 82% urbana, 63% residencial e 55%
815 acidental. Mostrou um mapa com a distribuição geográfica dos CIATs: 36 Centros em 19 Estados e
816 DF. Falou do site da ABRACIT, destacando que a Associação foi fundada em 2001 e possui 29
817 Centros associados. Manifestou satisfação com as diretrizes para as atividades de toxicologia
818 relacionadas à vigilância e atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (Portaria MS-GM 298/2010) e
819 frisou que os profissionais dos centros desejam fazer parte do Grupo de Trabalho para elaboração
820 dessas diretrizes. Lembrou, inclusive, que a missão dos Centros que é dar suporte aos profissionais de
821 saúde, à população e às instituições, na atenção integral à saúde, através da informação e assistência
822 toxicológica, visando a prevenção e a redução da morbimortalidade por intoxicações e
823 envenenamentos. Por fim, convidou os conselheiros a participarem do Congresso de Toxicologia
824 Clínica, em Florianópolis, de 10 a 12 de novembro de 2010. Na sequência, fez uso da palavra o Diretor
825 do DSAST/SVS, **Guilherme Franco Netto**, com abordagem acerca da Toxicologia, Vigilância e
826 Atenção à Saúde no SUS. Iniciou com a justificativa para a elaboração de diretrizes para as atividades
827 de toxicologia relacionadas à vigilância e atenção à saúde no Sistema Único de Saúde - SUS. Explicou
828 que, de acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os países,
829 independentemente de sua extensão ou população, devem dispor de serviços de informação e
830 assistência toxicológica. Além disso, destacou que é necessário estruturar uma rede unificada de
831 atividades de toxicologia no SUS e inserir a toxicologia nas atividades de vigilância e de atenção
832 integral da população afetada aguda e cronicamente nas rotinas do Sistema Único de Saúde.
833 Acrescentou que inexiste uma diretriz formal e definição de mecanismos perenes e adequados para o
834 suporte às ações de toxicologia voltadas para vigilância e atenção à saúde no SUS. Disse que a
835 iniciativa refere-se à Portaria nº. 298, de 9 de fevereiro de 2010 - instituiu Grupo de Trabalho para
836 elaboração das diretrizes para as atividades das áreas da Toxicologia no Sistema Único de Saúde
837 (SUS), com republicação em 10 de março de 2010 - Portaria nº. 298, de 9 de fevereiro de 2010, com
838 instituição de Grupo de Trabalho para elaboração de diretrizes para as atividades de toxicologia
839 relacionadas à vigilância e atenção à saúde no Sistema Único de Saúde - SUS. Falou da composição
840 do GT, destacando que está sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do
841 Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST). Explicou,
842 inclusive, que a coordenação do Grupo de Trabalho poderá convidar especialistas e representantes de
843 órgãos ou entidades, do setor público ou privado, bem como integrantes da sociedade civil organizada,
844 sempre que entender necessário. Portanto, disse que é possível atender à demanda colocada pela
845 ABRACIT. Explicou que foi encaminhado ofício às instituições solicitando indicação de representantes
846 e foi constituído Grupo de Trabalho executivo, composto por DSAST, ANVISA e OPAS. Ressaltou que
847 será elaborada uma proposta de Plano de Trabalho do GT, com propostas de subgrupos: Financeiro,
848 Vigilância, Assistência, Laboratório, tecno-científico, capacitação (educação permanente). Acrescentou
849 que foi definido calendário de atividades com reuniões pré-agendadas pelo GT executivo até setembro
850 de 2010 e o relatório final será submetido ao GTVS/CIT e demais instâncias colegiadas.
851 **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** chamou a atenção para a importância da abordagem
852 desse tema no CNS, inclusive com mais freqüência, posto que está relacionado à prevenção do
853 sofrimento das pessoas. Considerou pertinente a participação da ABRACIT na elaboração da proposta,
854 por entender que os centros podem contribuir nessa iniciativa. Por fim, perguntou sobre a dinâmica de
855 funcionamento da ABRACIT, principalmente em relação ao custeio/financiamento das atividades.
856 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, primeiro, agradeceu a Mesa Diretora por ter acatado a
857 solicitação dele de incluir o tema na pauta do CNS. Também destacou que é preciso discutir a questão
858 da intoxicação dos trabalhadores e a Portaria que estrutura e inclui os centros de informação no âmbito
859 do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Por fim, frisou que o foco central dos Centros é a
860 assistência e atenção à saúde e defendeu que a ABRACIT participe da elaboração da proposta e que
861 a SAS/MS participe do GT Executivo. Conselheiro **João Donizete Scaboli** cumprimentou os
862 expositores e perguntou se o suporte técnico da vigilância sanitária está preparado para promover a

863 saúde da população no que se refere à nanotecnologia. Também perguntou se existe um banco de
864 dados com informações sobre trabalhadores das indústrias farmacêuticas que sofrem contaminação ou
865 intoxicação. Conselheira **Rosangela Santos** também destacou a pertinência do tema e destacou a
866 preocupação com a farmacovigilância e com as pessoas com doenças crônicas que utilizam
867 medicamentos sem orientação. Cumprimentou os Centros pelo trabalho, mas considerou que é
868 preciso garantir o atendimento nas unidades por equipes multidisciplinares. Finalizou destacando que é
869 preciso investir na educação para minimizar os problemas ocasionados por intoxicação atendidos pelo
870 SUS. Conselheira **Suzana Schommer** relatou a sua experiência de atendimento no Centro por um
871 caso de intoxicação para destacar a importância desse trabalho e reforçar a necessidade de se
872 garantir a dispensação dos medicamentos/antídotos necessários para o tratamento. Conselheira
873 **Marisa Fúria** enfatizou que é preciso capacitar os profissionais de saúde para diagnosticar as
874 contaminações em pessoas com deficiência. Conselheira **Zilda de Faveri Souza** perguntou se existe
875 relação entre o agrotóxico organo-fosforato e as doenças neurológicas e se há estudo científico sobre
876 o assunto. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** cumprimentou a ABRACIT pelo trabalho e relatou
877 que a CONTAG vem discutindo com a COSAT a falta de iniciativas para atender situações de
878 intoxicação por animais peçonhentos em relação a trabalhadores rurais. Nessa linha, propôs que a
879 experiência dos CIATs sirva de eixo para nortear a atuação dos CERESTs que possuem demandas
880 com populações rurais e para formar profissionais de saúde. Por fim, solicitou que o Pleno paute
881 debate sobre a Conferência de Saúde Ambiental e informou que foi constituído um Fórum Brasileiro de
882 Saúde Ambiental para continuar o debate. Conselheira **Rosangela Santos** perguntou se existe
883 iniciativa para auxiliar os idosos no caso de uma intoxicação. **Retorno da mesa.** A Coordenadora da
884 ABRACIT, **Profª. Marlene Zannin**, explicou que o trabalho realizado pelos Centros conta com o apoio
885 de prefeituras, universidades, estado e os recursos são oriundos de projetos particulares de
886 professores, por exemplo. Nesse sentido, frisou que é de extrema importância que o SUS incorpore o
887 trabalho dos CIATs, inclusive para garantir a continuidade dessa atividade dos Centros. A respeito da
888 farmacovigilância, avaliou que os Centros deveriam ter relação direta com o Departamento de Pós-
889 Comercialização de Produtos/ANVISA e definir ações com outros setores da vigilância. Também
890 informou que a ABRACIT reuniu-se com o Departamento de Atenção Farmacêutica/MS para discutir
891 protocolos de dispensação de medicamentos. Disse que as *Web conferências* são divulgadas para que
892 atinja o maior número possível de pessoas. Também enfatizou que a ANVISA precisa definir normas
893 de mudanças nas embalagens de medicamentos e de produtos tóxicos a fim de evitar as
894 contaminações. Disse que há estudos sobre a relação agrotóxicos e doenças. Também falou da
895 gravidade da situação da saúde do trabalhador e, nessa linha, concordou que é preciso ampliar o
896 trabalho com os CERETs, principalmente em relação à capacitação de equipes. Falou ainda do caso
897 de intoxicação por acerola, explicando que ocorre quando há exposição prolongada à fruta e ao sol. O
898 Gerente Geral de Toxicologia da ANVISA, **Luiz Cláudio Meirelles**, primeiro, a respeito da
899 nanotecnologia, explicou que a ANVISA está discutindo com pesquisadores a realização de evento,
900 inclusive com participação internacional, para abordar o tema. Disse que faria consulta sobre a
901 existência de banco de dados acerca de trabalhadores da indústria farmacêutica e dados sobre a
902 fiscalização das condições de trabalho. Também informou que se discute em nível internacional a
903 substituição do agrotóxico organo-fosforato em razão dos problemas causados por esse grupo
904 químico. Além disso, informou que a ANVISA está reavaliando outros produtos, inclusive com sugestão
905 de banimento de alguns por conta do alto índice de toxicidade. Disse que, além dos Centros, é preciso
906 definir trabalho sobre toxicovigilância na rede de saúde, com estados e municípios. Por fim, agradeceu
907 a oportunidade e colocou-se à disposição. O Diretor do DSAST/SVS, **Guilherme Franco Netto**,
908 ressaltou que a inclusão da toxicologia no SUS segue a direção do modelo de atenção integral à saúde
909 e enfatizou que é preciso potencializar as ações de toxicologia relacionadas à vigilância e atenção à
910 saúde. A seguir, a mesa passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno decidiu recomendar a**
911 **inclusão de representante da ABRACIT no GT do Ministério da Saúde para elaboração das**
912 **diretrizes e de representação da SAS no GT Executivo e diálogo com as populações**
913 **afetadas/interessadas no sentido de apropriar-se das experiências; e pautar debate na**
914 **Comissão do CNS de Vigilância sobre a Portaria 298/2010 que institui a Política Nacional de**
915 **Informação e Assistência Tóxico-Farmacológica e a referida Política para subsidiar o debate do**
916 **Pleno.** Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram
917 presentes os seguintes conselheiros: **Titulares:** Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda,
918 Antônio Alves de Souza, Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo, Clóvis A. Boufleur, Denise
919 Torreão Corrêa da Silva, Edemilson Canale, Fernanda Lussan, Fernando Luiz Eliotério,
920 Edmundo Dzuawi Omoré, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Geraldo Alves
921 Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, Jorge Alves de Almeida
922 Venâncio, José Marcos de Oliveira, José Rubens Rebelatto, Jurema Pinto Werneck, Lauro D.
923 Moretto, Luiz Augusto Facchini, Maria Helena Machado, Manoel Messias Nascimento Melo,
924 Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Maria Thereza

925 **Antunes, Paulo Guilherme Romano, Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia**
926 **Martins Casagrande, Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Zilda de**
927 **Faveri Vicente Souza.** *Suplentes: Ana Cristhina de Oliveira Brasil, Edmando Luiz Saunier de*
928 **Albuquerque, José Naum de M. Chagas, Fernando Donato Vasconcelos, Graciara Matos de**
929 **Azevedo, Jovita José Rosa, Juares Pires de Souza, Júlio Atanásio Gevaerd, Júlio Cesar**
930 **Figueiredo Caetano, Laudeci Vieira dos Santos, Lucimar Batista da Costa, Luiz Alberto**
931 **Catanoce, Marcos A. Gonçalves, Maria do Socorro de Souza, Maria Laura Carvalho Bicca,**
932 **Renato de Jesus Padilha, Ronald Ferreira dos Santos, Sebastião Geraldo Venâncio, Suzana**
933 **Schommer.** O segundo dia de reunião iniciou-se com informe da Coordenação da Plenária de
934 Conselhos de Saúde, feito pelo representante, **Renato Barros.** O expositor contemplou em sua fala:
935 debate feito Coordenação de temas que estão na ordem do dia como fundação estatal de direito
936 privado, regulamentação da EC nº. 29 e Lei Orgânica do Serviço Público; participação efetiva da
937 Plenária nas caravanas estaduais em defesa do SUS; realização da primeira reunião de planejamento
938 das Plenárias nos dias 30 e 31 de março de 2010, com definição das seguintes ações: audiência com
939 o Presidente do Lula e com o Presidente da Câmara dos Deputados; mobilização pelo fortalecimento
940 do controle social; realização de Plenária Extraordinária em junho de 2010, tendo como temas de
941 debate a privatização do SUS e a Agenda Política do CNS 2010; organização de plenárias estaduais e
942 regionais; importância da mobilização no Congresso Nacional, priorizando a regulamentação da EC nº.
943 29 e outros temas já aprovados pelo Plenário do CNS; necessidade de sintonia da Plenária de
944 Conselhos com o Pleno do CNS; e importância da divulgação das deliberações do CNS aos CES e
945 CMS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** chamou a atenção para a participação efetiva da Plenária
946 de Conselhos nas oficinas de financiamento e planejamento realizadas pelo CNS. Conselheiro **Ronald**
947 **Ferreira dos Santos** propôs que a Plenária inclua na sua pauta de debate e de luta o cumprimento da
948 EC nº. 29, por parte dos Estados. **ITEM 8 – IMPACTO ECONÔMICO DAS DESPESAS COM O**
949 **COMPORTAMENTO EXPONENCIAL E A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA** - apresentação
950 e deliberação. *Expositor:* Professor **Elias Antônio Jorge**, Diretor do Departamento de Economia da
951 Saúde/DECS/MS. *Coordenação:* Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Mesa Diretora do CNS.
952 Inicialmente, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, fez uma contextualização do
953 tema, na lógica de que investir em promoção é mais em conta que investir na parte curativa. Em
954 seguida, passou a palavra ao professor **Elias Jorge**, que iniciou alertando o CNS sobre o fato de a
955 regulamentação da EC nº. 29 estar na pauta prioritária da Comissão de Constituição e Justiça do
956 Senado Federal (parecer da Senadora Lúcia Vânia pela revogação do Deputado Roberto Gouveia e
957 aprovação do Deputado Marconi Perillo). Sendo assim, propôs que o CNS se articule com a
958 coordenação de plenária de conselhos e marque reunião urgente com a deputada para tratar do
959 assunto. Iniciando, explicou que apresentaria as contribuições sobre avaliação econômico-
960 epidemiológica das terapias renais substitutivas no Brasil apresentadas por ele, em nome do Brasil, em
961 uma reunião realizada em Washington. Devido à exigüidade de tempo, explicou que faria uma
962 abordagem geral e, posteriormente, os conselheiros poderiam fazer uma análise mais detalhada das
963 apresentações disponibilizadas (Gastos Exponenciais no SUS; e Pesquisas sobre terapias renais
964 substitutivas). Frisou que integralidade não significa tudo para todos em qualquer tempo e salientou
965 que a transição demográfica leva a uma transição epidemiológica. Lembrou inclusive que inovação em
966 saúde, de um modo geral, agraga custos, o que leva ao seguinte questionamento: "vamos mudar o
967 paradigma ou continuar a fazer mais do mesmo? Ressaltou que a exposição demonstraria a
968 importância do prontuário eletrônico (Cartão SUS) do ponto de vista da racionalidade do atendimento
969 econômico e epidemiológico e da continuidade do Projeto TRS (em sua visão, uma das maiores
970 contribuições para o SUS pela sua abordagem econômica e epidemiológica). Inclusive, salentou que
971 se deve ampliar essa abordagem para outras patologias, especialmente às doenças crônico-
972 degenerativas. Além disso, destacou que a intenção é mostrar a importância da atenção primária. Feita
973 essa contextualização inicial, passou a comentar alguns slides para ilustrar os referenciais teóricos do
974 estudo sobre os Gastos Exponenciais no SUS, o qual foi realizado pela equipe do Núcleo Nacional de
975 Economia da Saúde. Ressaltou que o desafio atual no SUS é a mudança do paradigma: vetor
976 médico/hospital/ medicamentos para a efetiva intervenção na história natural das doenças a fim de
977 retardar a progressão clínica. Trata-se de combater o crescimento vegetativo/exponencial das
978 despesas atuais. Disse que, além de gastar R\$2 bilhões de reais por ano no tratamento de renais
979 crônicos, é necessário investir no acompanhamento clínico de diabéticos, hipertensos e nefropatas
980 para que não progridam para a doença renal crônica. Falou da intervenção precoce na história natural
981 da doença segundo Leavell e Clark: período de pré-patogênese – antes de adoecer – agente
982 etiológico, hospedeiro humano e meio ambiente; e período de patogênese – o curso da doença: horizonte
983 clínico – patogênese precoce, doença precoce discernível, doença avançada e
984 convalescença. Nesse ponto, enfatizou que a atenção primária deve ser imperativa porque se houver
985 intervenção precoce não há avanço da doença. A seguir, mostrou slides com dados do Sistema Único
986 de Saúde do Brasil, que demonstram a necessidade da intervenção precoce, e teceu comentários

acerca de alguns deles. 1) Perfil da mortalidade no Brasil, no período de 2003 a 2007, utilizando-se de informações do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM: a) Número de óbitos, por grupos de doenças – CID 10, no período 2003 a 2007; b) Número de óbitos, causados por doenças do aparelho circulatório, no período 2003 a 2007; c) Número de óbitos, causados por doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração, no período 2003 a 2007. 2) Perfil das internações hospitalares no SUS, no período de 2003 a 2007: a) Número de internações hospitalares, por grupo do CID 10, no período 2003 a 2007; b) Número de Internações hospitalares, por especialidades, no período 2003 a 2007; c) Valor total gasto, em reais correntes, em internações hospitalares, por especialidade, no período 2003 a 2007 – lógica exponencial – psiquiatria: lógica da desospitalização com maiores gastos em CAPS; d) Valor total gasto,em reais correntes, em internações hospitalares, por doenças cardiovasculares, no período de 2003 a 2007 – crescimento exponencial; e e) Valor médio gasto, em reais correntes, por internação hospitalar, por especialidade, no período de 2003 a 2007 – diminuição que é reflexo da estabilidade das doenças crônico prolongadas e estabilidade na psiquiatria. 3) Gasto com medicamentos em alto custo, no período de 2003 a 2007: a) Valor total gasto, em reais correntes, em medicamentos excepcionais, no período 2003 a 2007 – destaque para Olnazapina (de R\$ 40.000.000,00 para 160.000.000,00) – os medicamentos excepcionais totalizam quase R\$ 3 bilhões (parcela da União); b) Valor total gasto, em reais correntes, em medicamentos excepcionais, no período 2003 a 2007. 4) Pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados, pelo programa “Hiperdia” - Número de hipertensos e diabéticos cadastrados no sistema do programa Hiperdia, no período de 2003 a 2007 – de R\$ 900 mil em 2003 para R\$ 500 mil em 2007 (está verificando os dados). Finalizada essa primeira parte da apresentação, abordou a Avaliação Econômico-Epidemiológica das Terapias Renais Substitutivas no Brasil. Explicou que o trabalho foi estimulado pelo Departamento de Economia da Saúde, com apoio da SAS/MS e visou modificar o olhar a respeito do Sistema. Destacou que os antecedentes dessa avaliação são: transição demográfica: Brasil, crescimento de doenças crônico-degenerativas e persistência das doenças infecto-contagiosas; aumento da população idosa, associado ao aumento da expectativa de vida: maior demanda por determinados procedimentos terapêuticos; e a Doença Renal Crônica (DRC): lesão renal decorrente de múltiplas etiologias que leva à perda progressiva da função dos rins: terapias de substituição renal – TRS. Falou das TRS no Sistema Único de Saúde brasileiro, destacando: prevalência: população assistida: 70 mil pacientes/ano em diálise e 3.200 transplantes renais/ano, 485,6 pmp: 76% dos pacientes em diálises e 24% transplantados renais (2004); Prestadores: 646 Clínicas de diálise – 94% atendendo pacientes SUS (SBN) e 214 equipes transplantadoras de rim e 152 centros transplantadores (ABTO); Cobertura SUS: 95% dos pacientes em diálise e 99% dos transplantes renais; e Gastos SUS: crescentes (> 8% ao ano), Gastos média/ano: US\$ 650 milhões e item de maior gasto na alta complexidade: 26% dos gastos federais com alto custo. Mostrou um gráfico demonstrando crescimento exponencial de procedimentos dialíticos e aumento no número de transplantes renais no período de 1976/2003. Disse que os desafios para as autoridades em saúde e a comunidade médica brasileira são limitar a incidência da doença renal, retardar a progressão de nefropatias crônicas já instaladas e garantir o acesso a TRS de qualidade para aqueles que, apesar dos esforços empreendidos, evoluírem para DRCT. A respeito da pesquisa, disse que o objetivo geral é avaliar a situação e o desenvolvimento das TRS no Brasil, nos aspectos econômicos e epidemiológicos e os objetivos específicos são: adaptar bases de dados administrativos (APAC-TRS), construindo uma base de dados nacional, centrada no indivíduo; desenvolver e aplicar metodologia de avaliação de dados econômicos e epidemiológicos para procedimentos de alta complexidade; avaliar a qualidade de vida e a satisfação dos pacientes em TRS; e analisar o custo-efetividade e custo-utilidade das modalidades de TRS, na perspectiva do SUS. Disse que as fases da pesquisa são: Fase I – Desenvolvimento da base nacional em TRS; Fase II – Estudo de Campo (Informações ausentes na base de dados); e Fase III – Estudo Coorte Prospectivo Unicêntrico: trajetória de cuidado ao paciente no SUS/BH – acesso e utilização de serviços de saúde. A seguir, detalhou cada uma das fases. Na fase, busca-se definir uma base centrada no indivíduo a partir de uma base administrativa. Explicou que no Desenvolvimento da Base Nacional em TRS considera-se: APAC - Linha de base: Epidemiológicos: Mortalidade e Sobrevida Econômico: Gastos e Linha de cuidado: Modalidade, Entrada/Saída e Mobilidade; SIH – Pareamento: Intercorrências e internações; e SIM - Pareamento: Validação de informações, mortalidade e sobrevida; e Resultados: 1) Base Nacional em TRS: Centrada no indivíduo; e 2) Indicadores: Epidemiológicos, Gastos, Linha do cuidado, Mortalidade, Sobrevida e Intercorrências. Explicou que foi utilizada a técnica de relacionamento dos registros que possibilita encontrar diversas ocorrências de um mesmo indivíduo ou mesma entidade em bases de dados diferentes, ou na mesma base de dados (deduplicação). Acrescentou que o relacionamento de registro considera: determinísticos: equivalentes registros iguais em determinada chave; apropriado para situações em que existe identificador único, como CPF; e probabilístico: pares divididos em improváveis, prováveis; duvidosos; e considera probabilidades de ocorrência de erros de preenchimento, ocorrência de homônimos, entre outros. Em relação às fontes utilizadas, destacou que

1049 os dados com os campos de identificação foram disponibilizados pelo DATASUS através do
1050 DES/SCTIE do Ministério da Saúde, conforme termo de compromisso e responsabilidade firmado entre
1051 o DES e o GPES/UFMG e foram utilizados APAC/SIA 11/1999 a 05/2005, SIM 01/2000 a 12/2004 e
1052 SIH 01/2000 a 12/2005. Detalhou ainda que as ferramentas utilizadas foram: Febri (Freely Extensible
1053 Biomedical Record Linkage) – <http://sourceforge.net/projects/febrl:RecLink> –
1054 <http://paginas.terra.com.br/educacao/kencamargo/RecLink.html>; MySQL – Servidor de Banco de Dados
1055 <http://mysql.com>; e Microsoft SQLServer - Servidor de Banco de Dados <http://microsoft.com>. A respeito
1056 dos aspectos éticos, disse que foram previstas normas restritas visando garantir a segurança dos
1057 dados e a confidencialidade das informações: as Bases originais estão armazenadas em servidor com
1058 acesso restrito - coordenadora do projeto e o pesquisador que a prepara para o relacionamento; as
1059 Bases utilizadas durante o processo de linkage probabilístico somente incluíram os campos de
1060 identificação necessários para o processo de linkage, i.e. e nenhum campo adicional que pudesse
1061 armazenar informações potencialmente sensíveis (ex. causas de óbitos) estava disponível
1062 conjuntamente com as informações de identificação do participante durante a execução dos
1063 procedimentos de linkage probabilístico. Explicou que ao final do processo de linkage foram mantidos
1064 apenas o campo com a informação do identificador único (ID UNICO) e esse foi, então, empregado
1065 para a recuperação, de forma determinística, das informações de interesse nas demais bases (ex.
1066 causa do óbito). Disse que os pesquisadores que manipularam a base identificada assinaram termo de
1067 compromisso e responsabilidade com o GPES. Ainda sobre o Desenvolvimento da Base nacional em
1068 TRS, falou da Deduplicação do Sistema APAC/SIA e Relacionamento Determinístico que contempla
1069 avaliação do sistema APAC/SAI e, apesar do CPF ser obrigatório na APAC/SIA, não foi suficiente para
1070 identificar univocamente o paciente. Sobre o Desenvolvimento da Base nacional em Deduplicação do
1071 Sistema APAC/SIA e Relacionamento Probabilístico, destacou: Pareamento probabilístico: software
1072 febri 0.3 e 8.569.949 pacientes 4,04 registros por paciente. A respeito dos resultados, explicou que a
1073 deduplicação do sistema APAC/SIA possibilitou a criação de um cadastro dos pacientes (selecionou-se
1074 o valor mais frequente para cada campo para cada paciente). Disse que de uma amostra de 300 pares
1075 somente um foi considerado incorreto. Logo, 99,7% dos pares estavam corretos. Com isso, foi criado
1076 cadastro com 172.398 pacientes em terapia de substituição renal no SUS (2000 a 2004). Falou do
1077 relacionamento Base TRS X SIM, explicando que os objetivos são validar o dado de óbito constante na
1078 APAC e agregar a informação da causa do óbito, a partir dos seguintes desafios: grande volume de
1079 dados (e.g.:176.773 x 4.636.197 registros), poucos campos de identificação, ausência de informação
1080 identificada em 2000 e 3001 para alguns estados como SP e MG e diversas formas de representar
1081 'missing'. Explicou os resultados do Relacionamento Base TRS X SIM que são: mais de 500 milhões
1082 de pares comparados em menos de 6 horas; e 52.048 óbitos encontrados versus 45.204 óbitos
1083 originalmente rastreáveis pelo campo motivo de cobrança da APAC (63.095 óbitos no total). Disse que
1084 do Relacionamento Base TRS X AIH os resultados foram: 406.547 internações referentes a 101.378
1085 indivíduos; pacientes passaram parte significativa dos itinerários internados; e média de 2,77
1086 internações por paciente-ano: correspondente a 29,71 dias de internação por paciente-ano. Assim, os
1087 dados do SIH permitiram identificar corretamente os pacientes submetidos a transplante renal. Disse
1088 que a Base nacional em TRS possui 161.731 pacientes, com Coorte Incidente de 109.819 e Coorte
1089 Sobrevivente de 51.912, resultando em 141 mil pacientes. Na seqüência, falou da Fase II: Estudo de
1090 Campo, que consiste em estudo transversal em amostra nacional em dois estágios (1º estágio –
1091 unidade de tratamento; 2º estágio - pacientes); situação sócio-econômica, demográfica e clínica;
1092 avaliação de qualidade de vida e medida de utilidade; gastos individuais com saúde (consultas,
1093 medicamentos e internações); e avaliação da satisfação do usuário com a qualidade da atenção
1094 prestada em hemodiálise (HD). Nesse ponto, falou da preocupação da Comissão de Patologias do
1095 CNS com a possibilidade de os pacientes sentirem-se constrangidos em responder as perguntas em
1096 razão de a entrevista ter ocorrido no local do atendimento. Disse que no estado foram utilizados os
1097 seguintes questionários: Demográfico, sócio-econômico, clínico e gastos: Elaboração GPES/UFMG;
1098 Qualidade de vida: - KDQOL-SF - Kidney Disease and Quality of Life – Short Form, SF-36: Medical
1099 Outcome Survey- Short Form 36 e EuroQol – EQ-5D; e Qualidade dos serviços: Adaptação
1100 transcultural de instrumento de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de hemodiálise
1101 (Roderick et al., 2003). Também falou do Cálculo amostral por conglomerado: 156 unidades
1102 pesquisadas, 3.036 pacientes amostrados e 19 por Média (pacientes por unidades), sendo:
1103 Hemodiálise - Unidades pesquisadas: 82; Pacientes amostrados: 1.621; Média (paciente por
1104 unidades): 20; Diálise Peritoneal - Unidades pesquisadas: 57; Pacientes amostrados: 788; Média
1105 (paciente por unidades): 14; Acompanhamento de transplante renal - Unidades pesquisadas: 17;
1106 Pacientes amostrados: 627; Média (paciente por unidades): 37. Também fez referência aos resultados,
1107 com comentário a respeito dos aspectos metodológicos: Prevalência e incidência segundo dados da
1108 Base Nacional em TRS, Brasil, 2000 a 2004; Modalidade de TRS no primeiro registro observado,
1109 Brasil, 2000 a 2004; Faixa Etária à entrada em TRS, Brasil, 2000-2004 – incidentes – 55,8 e
1110 sobreviventes – 44,4; Principais causas da IRC: diabetes, glomerulonefrites, hipertensoes e outras

doenças, indeterminado e outras doenças; Letalidade dos pacientes (coorte incidente); Sexo por modalidade, TRS, Brasil, 2000-2004; Faixa etária à entrada em TRS, Brasil, 2000-2004 – maioria 45 a 64; Região de residência no primeiro registro observado, Brasil, 2000-2004; Categoria de procedimento no primeiro registro observado, para pacientes que iniciaram em hemodiálise, Brasil, 2000-2004; Causa de óbitos durante o período de observação, Brasil, 2000-2004; e Perfil dos pacientes transplantados e não transplantados, Brasil, 2000-2004. Em relação aos resultados, citou: sobrevida total conforme modalidade inicial; Análise descritiva da sobrevida total dos pacientes incidentes em TRS, pela modalidade inicial conforme a seqüência de tratamento adotada, Brasil, 2002 a 2003; Gasto médio mensal segundo tipo de gasto, por modalidade, Brasil, 2000-2004; Distribuição dos gastos anuais por modalidade inicial de tratamento e evolução a transplante renal, Brasil, 2000 a 2004; Gastos médios anuais dos pacientes em TRS por modalidade segundo variáveis analisadas, Brasil 2000-2004; Árvore de decisão para os pacientes TRS conforme modalidade inicial de tratamento sem evolução a transplante renal; Razão de custo incremental para os pacientes TRS conforme modalidade inicial de tratamento com evolução a transplante renal, Brasil; características dos pacientes em terapia renal substitutiva; Resultados – Diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre todas as modalidades (teste estatístico Kruskal Walis) e Diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre HD e TX e entre DP e TX (teste estatístico Dunnet T3); Itinerário terapêutico dos portadores de DRC no SUS de Belo Horizonte. Para ilustrar, apresentou o seguinte exemplo de itinerário terapêutico: paciente sexo feminino, 71 anos, nascida em Pernambuco e residente na Paraíba iniciou tratamento de hemodiálise em abril de 2002; apresentou como causa de insuficiência renal crônica: “transtornos glomerulares no *diabetes mellitus*”; utilizou medicamentos calcitriol e eritropoetina; internada por 9 dias, entre quarto e quinto mês de tratamento (diagnóstico de “nefrite túbulo-intersticial não especificada se aguda ou crônica”); alta com melhora, mas foi a óbito em setembro de 2002; e em sua declaração de óbito: “*diabetes mellitus* não especificado, com complicações renais” como causa básica do óbito. Na seqüência, falou da regulação, controle e avaliação em TRS nos estados e capitais do Brasil. Explicou que 79,2% das Secretarias Estaduais de Saúde possuem Órgão responsável pela Regulação, Controle e Avaliação e aproximadamente 40% das Secretarias Municipais de Saúde possuem Órgão responsável pela Regulação, Controle e Avaliação. Explicou que a demanda reprimida por hemodiálise nos Estados é de 41,7% e os critérios de prioridades adotados para esse procedimento são: idade, gravidez, situação econômica, paciente não possuir plano de saúde e outros. Finalizando, apresentou as seguintes considerações: necessidade de se realizar avaliações focadas na trajetória de cuidado ao indivíduo; viabilidade de utilização de dados administrativos para o desenvolvimento de evidências para procedimentos de alto custo; viabilidade de identificação de registros de pacientes e integração das bases de informação no SUS; e possibilidade de se articular diversos campos do conhecimento na avaliação econômica e epidemiológica. Disse que estiveram envolvidos nessa iniciativa: Ministério da Saúde: Departamento de Economia da Saúde/SCTIE/MS e Departamento de Atenção Especializada/SAS/MS; Sociedade Brasileira de Nefrologia; Associação Brasileira de Transplante de Órgãos; Conselho Nacional de Pesquisa; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais; Universidade Federal de Minas Gerais; Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde/NESCON; Faculdade de Medicina; Faculdade de Farmácia; Departamento de Economia (CEDEPLAR); Departamento de Demografia (CEDEPLAR); e Departamento de Ciência da Computação. Concluiu destacando que a sua explanação visou mostrar a imperatividade de se ter a atenção primária como referencial paradigmático seja para abordagem epidemiológica seja para econômica. Frisou que essa é a única maneira de deixar de ser refém da demanda e passar a fazer a gestão do SUS segundo a necessidade da população. **Manifestações.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** cumprimentou o Professor Elias e sua equipe pelo brilhante trabalho e propôs, inclusive, que seja transformado em um livro a ser distribuído para todos os gestores. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** propôs que fosse feito estudo no sentido de reverter a tendência de avaliar que a implantação da atenção básica, em curto prazo, acarreta aumento de custo, tendo em vista a “economia” em médio e longo prazo. Conselheiro **Jorge Venâncio** saudou o professor pelo trabalho que trata de uma das questões centrais de saúde pública do país. Lembrou que 2/3 das doenças são hipertensão e diabetes, que, se tratadas precocemente, não evoluem para doenças como AVC, infarto, insuficiência renal doenças, cujos tratamentos são caros e feitos freqüentemente em instituições privadas. Em sua visão, é preciso discutir o porquê de uma série de capitais não possuírem atenção básica e contribuírem com os lucros da medicina privada. Conselheira **Rosangela Santos** destacou que o estudo foi apresentado na Comissão de Patologias e, na oportunidade, foi levantada a importância da implantação do Cartão SUS. Ressaltou que a porta de entrada do paciente renal é o SUS e os pacientes desconhecem os seus direitos. Disse que o Ministério da Saúde é refém das clínicas de diálise e não há investimento em clínicas públicas de diálise. Também falou do problema da subnotificação de dados que precisa ser enfrentado. Destacou que o paciente, ao chegar ao hospital, está na fase aguda da doença, o que a atenção básica poderia evitar. Por fim, disse que o CNS deve pautar o Cartão SUS e definir meios para sua implementação. Conselheira **Ana Cristina Brasil** frisou que é preciso definir estratégias para

fortalecer a atenção básica e analisar fatores condicionantes/determinantes de saúde. Destacou que, ao contrário dos dados centrados na doença, é preciso trabalhar ações intersetoriais a partir de diversos fatores. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou o Professor pelo trabalho, tendo em vista que reúne uma série de informações e lhe dá um sentido. Frisou inclusive que a CF define que 15% do recurso federal deve ser aplicado na atenção básica em nível municipal. Conselheiro **Renato de Jesus Padilha** fez uso da palavra para agradecer ao SUS pelo transplante renal realizado há sete anos o que salvou a sua vida. Enfatizou que a APREC Brasil está disposta a somar esforços nas ações de prevenção. **Retorno da mesa.** O Diretor do DECS/MS, prof. **Elias Antônio Jorge**, comentou as intervenções do Pleno levantando na sua fala os seguintes aspectos: a pesquisa sobre a qualidade é repleta de subjetividade e, nesse sentido, propôs que a Comissão de Patologias do CNS centrasse no debate acerca das condições objetivas; não foi possível recuperar inteiramente os itinerários terapêuticos, mas está aberto para todas as outras questões; concordou com a interpretação de que a atenção primária, em curto prazo, se apresente como referencial de aumento de gasto, mas representa “economia” em médio e longo prazo; preocupação com a demanda reprimida (41% do total dos estados) e necessidade de investir mais recursos para atendê-la; e defesa por investimentos na atenção primária por conta de razões econômico-afetivo-epidemiológicas. Por fim, disse que se dispôs a contribuir com pesquisa internacional multicêntrica sobre uma doença crônico-degenerativa desde que o enfoque fosse econômico-epidemiológico. Em seguida, a Sra. **Corah Prado** fez os seguintes esclarecimentos a respeito da exposição do professor Elias Jorge: PAC - autorização de procedimento de alta complexidade; e tabelas de sobreviventes e incidentes – divisão epidemiológica do estudo: sobreviventes são aqueles identificados antes de 2000 e incidentes identificados no período de 2000 a 2004. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que o custo médio por paciente/mês é de R\$ 1.500,00 na rede privada e o custo desse procedimento seria menor se fosse realizado na rede pública. Em sua avaliação, é preciso diminuir a dependência da rede privada e trabalhar para que a rede pública estatal tenha condições de atender a demanda. **ITEM 9 – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE** – apresentação e deliberação. **Coordenação:** Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. **Expositor:** **Gilberto Pucca**, Coordenador Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. Nas considerações iniciais, Conselheiro **Antônio Alves de Souza** cumprimentou o convidado que, em sua avaliação, contribui decisivamente para o sucesso da Política de Saúde Bucal do governo Lula. Em seguida, passou a palavra ao Coordenador Nacional de Saúde Bucal/MS, **Gilberto Pucca**, que iniciou a sua explanação agradecendo a oportunidade de apresentar ao Pleno do CNS o balanço da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Soridente 2004. Contextualizou que o levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, realizado pelo Projeto SB Brasil em 2003, demonstrou um quadro de extrema gravidade. Para ilustrar a situação, disse que, em 2003, a cada quatro pessoas com 60 anos, três não possuíam nenhum dos 32 dentes. Além disso, o PNAD de 2002 registrou que quase 30 milhões de pessoas no Brasil não tinham tido nenhuma consulta odontológica. Nesse ponto, informou que até o final de 2010 seria concluído novo levantamento epidemiológico de saúde bucal da população brasileira que possibilitaria acompanhar os impactos e as mudanças promovidas pela Política. Seguindo, lembrou que em 2004 foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e a partir deste marco o Brasil Soridente começou a ser constituído. Disse que a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde foi reforçar as equipes da Estratégia Saúde da Família com investimento na atenção básica (incentivos financeiros federais para as equipes de Saúde Bucal no Saúde da Família) – modalidade I – R\$ 24 mil; modalidade II – R\$ 31.200. Além disso, houve um aumento no número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, de 6.170, em 2003 para 19.231 até janeiro de 2010. Com isso, quase 85 milhões pessoas são contempladas com ações de saúde bucal. Mostrou um gráfico com a evolução do número de municípios com Equipes de Saúde Bucal Implantadas (Brasil 2001 – fevereiro 2010), que passou de 2.787 com pelo menos uma equipe de saúde para o equivalente a 85% das cidades brasileiras com pelo menos uma equipe. Comentou outro gráfico sobre a situação de implantação de Equipes de Saúde Bucal por Macrorregião do país até fevereiro de 2010, sendo: Centro-Oeste – 1.520 equipes; Nordeste – 9.299; Norte – 1.423; Sudeste – 4.490; e Sul – 2.499. Disse que o planejamento está de acordo com as metas pactuadas, dentre elas a evolução do número de ESB Implantadas. Ressaltou que outra meta estabelecida pelo Ministério da Saúde referiu-se à fluoretação das águas de abastecimento público, pois as cidades com esse tipo de tratamento podem diminuir em até 50% a incidência de cárie dentária. Dada importância, frisou que é preciso pactuar essa questão com os estados, secretarias, empresas de saneamento, entre outros. Explicou que também se adotou a estratégia de incorporação de kits de saúde bucal na atenção básica, tendo que em vista que quase 40% da população brasileira não tinha acesso regular à escova de dente. Disse que foram enviados 72,6 milhões de kits a Escolas Públicas e a Equipes de Saúde Bucal em 2008/2009. Falou de outra frente do Brasil Soridente que se refere aos territórios da cidadania com superação da pobreza e geração de trabalho e renda no ambiente rural por meio de uma estratégia de desenvolvimento territorial sustentável. Frisou que são quase quatrocentos Centros de Odontologia em

funcionamento nesses territórios. Segundo na exposição, ressaltou que, visando à ampliação da oferta de serviços especializados em odontologia, foi iniciada a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas. Explicou que o serviço mínimo oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas, nos termos da Portaria nº 599/GM, de 23 de Março de 2006, consiste em: cirurgia oral menor; atendimento a pacientes com necessidades especiais; diagnóstico oral (ênfase na detecção e diagnóstico do câncer bucal); periodontia; e endodontia. Detalhou que o primeiro Centro de Especialidade foi inaugurado em outubro de 2004 e, atualmente, há 852 CEOs implantados e em funcionamento. Segundo o expositor, esses Centros permitiram desconcentrar a oferta de atendimento odontológico de média complexidade (mais da metade dos CEOs em cidades de até 100 mil hab.) Para ilustrar, apresentou um comparativo das Ações Especializadas em Odontologia em 2003 e 2008: 5 milhões de procedimentos no SUS em 2003 (3,3% de tratamentos odontológicos especializados); aumento de 250% entre 2003 e 2008 (canal, cirurgia oral menor e diagnóstico de câncer bucal); 17,5 milhões de procedimentos em 2008 ou 11,5% do total; e 13 milhões de procedimentos especializados até outubro de 2009. Além dos CEOs, esclareceu que foi iniciada a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias com vistas a atender a demanda reprimida de pessoas que perderam todos os dentes. Explicou que foram destinados incentivos financeiros para os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária do Brasil Soridente e esses recursos são repassados aos tetos dos municípios conforme a produção (até 50 próteses totais/parciais/mês: R\$ 3.000,00; 51 a 150 próteses totais/parciais/mês: R\$ 9.000,00; mais de 150 próteses totais/parciais/mês: R\$ 12.000,00. Obs.: Doação de equipamentos para montar o LRPD). Mostrou um gráfico com a evolução da implantação de LRPD até Fevereiro/2010, explicitando que até janeiro de 2010 foram credenciados pelo SUS 326 laboratórios nos municípios. Acrescentou que esses laboratórios não funcionam necessariamente com os Centros de Especialidades. Também falou do tratamento de câncer pelo SUS por meio do CACON - Unidades Hospitalares que possuem todo suporte necessário para diagnóstico e tratamento de todos os tipos de cânceres e possuem necessariamente unidade de radioterapia - e UNACON - Unidades Hospitalares que possuem todo suporte necessário para diagnóstico e tratamento dos tipos de câncer mais prevalentes. Podendo ou não, ter unidade de radioterapia. Disse que são 250 Unidades habilitadas no país, sendo 41 CACONs e 209 UNACONs. Feito esse panorama, passou ao impacto das ações. Citou números divulgados pelo IBGE da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008 que mostraram resultados favoráveis à saúde bucal da população: 142 milhões de pessoas com acesso ao tratamento odontológico em 1998 para 148 milhões em 2007 e 165 milhões em 2008. Acrescentou que os dados da PNAD mostraram que os serviços odontológicos estão em 3º lugar entre os mais procurados e mais de 95% das pessoas que procuraram serviços odontológicos o classificaram como “bom” ou “muito bom”, sendo que este foi o serviço de saúde com melhor avaliação. Também explicou que houve uma queda na porcentagem de procedimentos de extração em comparação ao total de procedimentos realizados, de 7,8% em 2002 para 4,7% em 2008. Disse ainda que houve um aumento no número de procedimentos especializados (“salvadores”) que evitam a extração dentária, de 41.782.436 em 2003 para 57.323.230 em 2008. Também comentou o aumento do número de cirurgiões-dentistas atuando no SUS, de 40.205 em 2002 para 71.000 em 2009 e destacou que 1/3 dos cirurgiões-dentistas do Brasil possuem algum vínculo com o SUS. Ressaltou inclusive que foi iniciado processo de redistribuição desses profissionais no território brasileiro. Frisou que as metas para 2010 são: alcançar 950 CEO; implantar 500 novos sistemas de abastecimento de água; e alcançar 22.250 mil Equipes de Saúde Bucal da ESF implantadas. Finalizando, disse que o grande desafio é qualificar e expandir a saúde bucal no Brasil. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** convidou a Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Bucal/CNS, para ajudar na coordenação da mesa. **Manifestações**. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos**, representante da Associação Brasileira de Odontologia, primeiro, cumprimentou o parceiro Gilberto Pucca pelo trabalho realizado e pelas mudanças alcançadas até o momento. Disse que as entidades da área atuam para que a Política de Saúde Bucal seja uma política de Estado e não apenas de governo. Também compartilhou algumas inquietações, dentre elas, os motivos que levam o Estado de São Paulo a não aderir à proposta e a importância de orientação sobre a merenda escolar, em especial no Nordeste. No mais, perguntou se a política prevê ações voltadas a pessoas atendidas pelo Programa de Volta para Casa. Por fim, colocou a ABO à disposição do Ministério da Saúde para contribuir no Projeto Brasil Soridente. Conselheira **Jurema Werneck** focou a sua fala nas seguintes perguntas: Qual a lógica que define a necessidade de instalação dos centros de atendimento? As equipes de saúde bucal dispõem de apenas um dentista? e O que está sendo feito para superar a situação de vínculos precários de trabalhadores de saúde bucal no SUS? Conselheiro **José Caetano Rodrigues** cumprimentou o expositor pelo sucesso da Política e daí a insistência em transformá-la em um programa de Estado. Também perguntou por que o Estado de São Paulo não aderiu à proposta. Por fim, perguntou como se dá o vínculo dos cirurgiões dentistas com o SUS. Conselheiro **José Wilson Gonçalves** falou da importância do Programa, em especial para aqueles que não têm condições de custear tratamentos na rede privada. A respeito das ações relativas aos territórios da

1297 cidadania, enfatizou que é necessário discutir as ações de saúde com mais profundidade. Também
1298 perguntou quantos CEOS estão instalados nos territórios e qual a política de saúde bucal do Ministério
1299 da Saúde nesse caso. Conselheiro **Edemilson Canale** pleiteou a extensão do Programa para os
1300 povos indígenas e outros como ribeirinhos, do campo. Falou da demanda reprimida das populações
1301 indígena por próteses dentárias e a necessidade de resolver esse problema. Enfatizou, por fim, que é
1302 preciso tratar a água utilizada por essas populações. Conselheiro **Jorge Venâncio** cumprimentou o
1303 expositor pelo trabalho e também perguntou os motivos de o Estado São Paulo não participar do
1304 Projeto. Ademais, solicitou dados sobre o percentual da população atendida por Estado e em nível
1305 nacional para debate inclusive nas bases. Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** saudou o
1306 expositor pelo sucesso, o que, em sua visão, transforma uma Política de governo em Política de
1307 Estado, ou seja, aquela que permanece mesmo com a mudança de governo, porque, se isso ocorrer, a
1308 população se rebela. Referiu-se especificamente à saúde do trabalhador para perguntar o que pode
1309 ser feito no sentido de avançar e garantir as linhas de cuidados que envolvem atenção primária, média
1310 e especializada. Conselheiro **Edmundo Dzuawi Omore** perguntou se o projeto contempla ações
1311 específicas para as populações indígenas. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** elogiou o
1312 expositor pela apresentação e o CNS por pautar o tema. Perguntou o que fazer para aproximar a
1313 saúde bucal do Sistema Único de Saúde e quis saber se os CACONs e os UNACONs articulam-se
1314 com o InCA nos tratamentos de câncer bucal e se há especialistas suficientes nessa área. Conselheira
1315 **Suzana Schommer** perguntou como incluir as pessoas com doença celíaca no Programa, uma vez
1316 que já existe o protocolo dessa doença. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** reconheceu a importância
1317 da Política Nacional de Saúde Bucal implantada no Brasil e os seus resultados. Falou da dificuldade de
1318 acesso enfrentada pelos idosos que optam pela recuperação dos dentes, ao invés da extração e
1319 prótese e perguntou sobre a possibilidade de melhorar e ampliar o atendimento para essa faixa
1320 populacional. Também perguntou se, além da água tratada, existe política preventiva com relação aos
1321 jovens e crianças, em especial aquelas que estão na escola. Por fim, quis saber se há possibilidade de
1322 incluir o tratamento para correção ortodôntica no SUS. Conselheiro **Edmundo Luiz de Albuquerque**
1323 explicou que no Amazonas não há atendimento odontológico para as pessoas com deficiência,
1324 principalmente para as pessoas com autismo, nem política de prevenção. Sendo assim, perguntou
1325 como resolver esse problema. A Secretária-Executiva, **Rozângela Fernandes Camapum**,
1326 cumprimentou o Coordenador Nacional de Saúde Bucal pelo trabalho e destacou que Federação
1327 Interestadual de Odontologistas contribuiu na formulação do projeto desde o seu início. Destacou a
1328 importância do SB 2010-levantamento epidemiológico que permitirá a avaliação e a definição de
1329 rumos. Também informou que no Encontro dos CEOS, realizado em 2009, foi reivindicada a realização
1330 da 4ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Sendo assim, perguntou a posição do Ministério da
1331 Saúde a respeito desse evento e solicitou ao Pleno que aprove a realização. Como encaminhamento,
1332 propôs ao Pleno aprovar uma moção de apoio à Coordenação Nacional de Saúde Bucal pelo brilhante
1333 trabalho desenvolvido. Antes de passar ao próximo inscrito, Conselheiro **Antônio Alves de Souza**
1334 disse que o material apresentado pelo coordenador de saúde bucal, além de outros apresentados na
1335 reunião, dada a riqueza, poderiam ser disponibilizadas na página do CNS. Conselheira **Graciara**
1336 **Matos de Azevedo** registrou que o Conselho Federal de Odontologia reconhece a importância da
1337 Política Nacional de Saúde Bucal e seus impactos, tanto que criou o prêmio Brasil Soridente para os
1338 gestores que promovem o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal e propôs a criação da
1339 Comissão Intersetorial de Saúde Bucal no CNS. Informou inclusive que a primeira reunião da
1340 Comissão, da qual faz parte o Coordenador Nacional de Saúde Bucal, será realizada no dia 20 de
1341 abril. Salientou que a Política é importante e vai ser avaliada, pela segunda vez, no SB 2010. Assim, o
1342 próximo passo deve ser a 5ª Conferência de Saúde Bucal para avaliar os rumos da Política e, se
1343 necessário, definir novas diretrizes. Finalizou com elogios ao Coordenador Nacional de Saúde Bucal
1344 pelo empenho demonstrado à frente da coordenação desde que a Política foi instituída, ao Conselheiro
1345 Antônio Alves pelo apoio à Política e ao Ministro da Saúde pela implementação. Conselheiro **Antônio**
1346 **Alves de Souza** disse que levou a maior bronca que levou no governo Lula referiu-se aos kits de
1347 saúde bucal por conta da demora no processo de aquisição. **Retorno da mesa.** O Coordenador
1348 Nacional de Saúde Bucal/MS, **Gilberto Pucca**, ressaltou que fazer chegar os kits de saúde bucal a
1349 todos os municípios brasileiros, diante da dimensão do país e da estrutura burocrática, realmente não
1350 foi uma tarefa fácil. Frisou inclusive que esses kits adquiridos pelo Ministério da Saúde são repassados
1351 diretamente às unidades básicas de saúde. Agradeceu ao conjunto das entidades odontológicas que
1352 contribuíram na construção de um consenso nacional sobre a política. A respeito de São Paulo, disse
1353 que, diferente de outros Estados, já possui uma rede de saúde e fica mais difícil remodelá-la para
1354 implantar um serviço novo. Além disso, destacou que existem problemas relativos a financiamento,
1355 pois pouco Estados participam com recursos financeiros. Exemplificou com o caso das equipes de
1356 saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em que nem dez Estados participam do financeiro.
1357 Frisou que esse é um fator de extrema limitação, pois os recursos são escassos. A respeito da saúde
1358 bucal nas escolas, informou que a cobertura passou a ser feita pelas equipes de saúde da família em

substituição ao modelo antigo de tratamento dentário escolar. No caso dos CEOs, a situação é mais grave ainda e merece debate: dos 26 Estados e o DF, nem sete estados participam do financiamento dos centros. Ainda a respeito dos CEOs, disse que a implantação é feita a partir de uma discussão local: o projeto de implantação, após debate e aprovação da CIB, é encaminhado ao Ministério da Saúde. Explicou que 85% dos municípios possuem pelo menos uma equipe e cada uma é responsável por uma área de cobertura de cerca de 5 mil pessoas. Destacou que a cobertura populacional feita pelas equipes é de 90 milhões de pessoas, o que ainda está longe do ideal. Reconheceu que a área de saúde bucal, a exemplo de outras, apresenta uma precarização dos vínculos empregatícios e, dada a importância, este tema está na pauta de discussão do governo. Por outro lado, destacou a regulamentação do trabalho dos técnicos de saúde bucal e dos auxiliares de saúde bucal como avanço nessa área. Admitiu que é preciso melhorar a distribuição dos profissionais de saúde bucal, pois a região do Nordeste apresenta uma defasagem entre o número da população e o número de profissionais. Explicou que essa situação é reflexo de uma política equivocada de formação e de abertura de escolas, que atendia muito mais as necessidades dos donos de faculdades particulares que a necessidade social. Contudo, essa questão foi discutida pelo MEC e foi possível avançar em relação à racionalidade da distribuição dos cursos de odontologia no território nacional. Além disso, frisou que se deve considerar o problema da falta de oferta de mercado de trabalho pelo SUS. Em que pesa esse quadro, disse que, possivelmente, a área de saúde bucal passaria a ter melhores resultados a respeito da distribuição de profissionais e, consequentemente, de oferta. Ressaltou que, por um processo histórico, a saúde bucal transformou-se em um estatuto de classe, um privilégio dos que têm dinheiro. Contudo, essa situação vem se modificando e o desafio é garantir que a saúde bucal seja um direito mínimo de cidadania e, portanto, uma política de Estado. Explicou que há 207 CEOs implantados nos territórios de cidadania e em 79 municípios integrantes dos territórios. Também concordou que é preciso avançar em relação à saúde bucal dos povos indígenas e, como ação concreta, citou o repasse de 320 consultórios odontológicos aos locais determinados pela FUNASA. Disse que o momento, diante da criação da Secretaria de Saúde Indígena, é propício para definir uma política de saúde bucal para essa população. Também informou que disponibilizaria a planilha dos dados da população atendida por Estado e em nível nacional para subsidiar debate. A respeito do câncer de boca, destacou que 60% do diagnóstico era feito em fase tardia da doença, por falta de acesso ao diagnóstico. Diante desse quadro, o diagnóstico passou a ser feito na atenção básica por meio das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde Família. Detalhou ainda que uma das cinco áreas de tratamento dos CEOs é o atendimento de pacientes especiais. Todavia, reconheceu que a rede precisa se expandir e é necessário capacitar profissionais para esse tipo de atendimento. Inclusive, convidou as entidades representantes das pessoas com deficiência para contribuir na elaboração de protocolos de atendimento nos CEOs. Esclareceu que se tem tentado responder à demanda reprimida por saúde bucal diante das possibilidades do SUS. Falou ainda da intenção de implantar serviços de ortodontia nos CEOs, contudo, essa é uma questão que depende de recursos. Frisou que o objetivo é oferecer no SUS os serviços oferecidos na iniciativa privada. Lembrou que o Encontro Nacional de CEOs, realizado em 2009 com mais de 800 participantes, discutiu com profundidade a Política Nacional de Saúde Bucal e um dos encaminhamentos aprovados foi a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Avaliou que é de suma importância a realização dessa Conferência em 2011 para continuar avançando na lógica do controle social. Também solicitou aos conselheiros nacionais que levem a discussão da saúde bucal para o âmbito dos conselhos estaduais e municipais de saúde e colocou a coordenação à disposição para contribuir nesse debate. Finalizou destacando que o grande desafio é transformar a política em ação permanente e isso ocorre no momento em que se torna efetiva. **Deliberação: o Pleno decidiu elaborar uma moção de apoio à Política Nacional de Saúde Bucal, promover um debate no CNS sobre as Conferências Temáticas, contemplando a 4ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e recomendar aos Conselhos Estaduais e Municipais que aprofundem o debate sobre Saúde Bucal.** O coordenador da mesa agradeceu o expositor cumprimentando-o novamente pelo trabalho e encerrou os trabalhos do período da manhã. Retomando, deu-se continuidade à reunião com o item 10 da pauta. **ITEM 10 – APRESENTAÇÃO DO GT - CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADES BENEFICENTES**
– Inicialmente, Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** fez uma contextualização do tema, recuperando que a certificação de entidades benéficas foi objeto de debate no Plenário do CNS. Como encaminhamento, O Pleno constituiu um GT formado por ele e pelos conselheiros José Eri de Medeiros, Ronald Ferreira dos Santos, Marco Antonio Gonçalves para analisar e apresentar parecer sobre a Lei nº. 12.101/09, que dispõe sobre a certificação das entidades benéficas de assistência social e regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social, atendo-se à proposta de decreto sobre as entidades benéficas. Após esses esclarecimentos, passou à leitura do parecer elaborado pelo GT. Segundo o Grupo, a Lei 12.101, que dispõe sobre a certificação das entidades benéficas, reduz a concepção de saúde à prestação de serviços. Esta visão não contempla: o que determina o Artigo 6º da Constituição Federal, e o que define o Art. 196, ao

determinar a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, e o Art. 197 que diz “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.” Conforme o Art. 1º, a Lei 12.101 diz que “A certificação das entidades benfeicentes de assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social serão concedidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades benfeicentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação, e que atendam ao disposto nessa Lei. No entendimento do Grupo, o Decreto de regulamentação da Lei 12.101 deve contemplar o que prevê a Constituição Federal, e abrir espaço para as ações e serviços de saúde desenvolvidos por entidades de saúde, ademais da prestação de serviços de assistência hospitalar e ambulatorial, e prever atividades de entidades benfeicentes de: a) educação e promoção da saúde de organizações e entidades de usuários ou de defesa dos usuários como as casas de abrigo, casas de saúde, organizações de patologias, entidades de educação em saúde de base comunitária; b) participação e controle social, relacionadas com os conselhos, garantida pela Constituição Federal e prevista na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.142). Para o Grupo de Trabalho, o Art. 11 da Lei nº. 12.101 abre espaço para contemplar esta ampliação da concepção de saúde, ao abordar as entidades de reconhecida excelência, apesar de incluir somente estudos e avaliação de novas tecnologias, capacitação de recursos humanos, pesquisas e técnicas de operação de gestão. A regulamentação da Lei nº. 12.101 deve prever a participação dos conselhos no processo de fiscalização e controle social, e garantir o princípio da territorialidade dos entes federados. O Art. 27 diz que “Verificada prática de irregularidade na entidade certificada, são competentes para representar, motivadamente, ao Ministério responsável pela sua área de atuação, sem prejuízo das atribuições do Ministério Público: I - o gestor municipal ou estadual do SUS ou do SUAS, de acordo com a sua condição de gestão, bem como o gestor da educação municipal, distrital ou estadual; II - a Secretaria da Receita Federal do Brasil; III - os conselhos de acompanhamento e controle social previstos na Lei nº. 11.494, de 20 de junho de 2007, e os Conselhos de Assistência Social e de Saúde; e IV - o Tribunal de Contas da União. O Parágrafo único define que a representação será dirigida ao Ministério que concedeu a certificação e conterá a qualificação do representante, a descrição dos fatos a serem apurados e, sempre que possível, a documentação pertinente e demais informações relevantes para o esclarecimento do seu objeto. Neste caso, o Grupo entende que a avaliação e controle deve prever aspectos para a participação da gestão local do SUS e do conselho municipal de referência da sede da entidade, com o objetivo de fortalecer o SUS e a participação da comunidade. Na regulamentação da Lei nº. 12.101 é preciso definir as regras da relação do público e o privado nas ações e serviços de saúde para garantir a transparência dessa relação, conforme previsto no Art. 199, da Constituição “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.” As entidades relacionadas no item 1 (educação e promoção da saúde e controle social) devem submeter ao Ministério da Saúde, ao gestor municipal e ao conselho municipal de sua referência (sede) seus relatórios de atividades e outras comprovações que lhes sejam requeridas de maneira a permitir ao Ministério da Saúde reconhecê-las como entidades benfeicentes. O Ministério da Saúde deverá definir, por meio de Portaria específica, em conjunto com o CNS, os critérios e requerimentos das entidades e a forma de participação do CNS no processo de fiscalização e controle social. Diante do exposto, o GT recomenda à Secretaria Executiva do CNS promover uma reunião de trabalho com os GTs (Ministério da Assistência Social e Ministério da Educação) sobre a regulamentação dos conselhos de saúde, assistência social e educação. **Manifestações.** Conselheiro **José Caetano Rodrigues** perguntou se a definição de que avaliação e controle devem prever aspectos para a participação da gestão local do SUS e do conselho municipal de referência da sede da entidade não poderia dificultar o processo, tendo em vista que existem entidades filantrópicas de caráter estadual. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o Grupo não esgotou o debate desse tema, mas o entendimento é que a entidade, mesmo de caráter nacional, está fixada em um município, portanto, o conselho municipal é uma unidade de referência. O conselho estadual, no caso, pode ser uma instância recursiva. Conselheiro **José Caetano Rodrigues** propôs que a avaliação e o controle não fosse centrada apenas no conselho municipal. Conselheira **Cleusa Rodrigues Bernardo** propôs substituir “conselho municipal” por “respectivos conselhos” em razão de existir entidades filantrópicas na gestão estadual. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que tem dúvidas acerca do tema e há questões que merecem aprofundamento do debate. Conselheira **Marisa Fúria** frisou que essa é uma

1483 questão complexa que deve ser discutida visando uma definição, sem deixar as entidades sem
1484 certificação. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** concordou que o Ministério da Saúde não deve
1485 iniciar esse processo de certificação sem antes fazer um profundo debate. Disse ter dúvida em relação
1486 a aspectos do parecer, em especial a respeito de entidade beneficiante e prestação de serviços de
1487 saúde. Na sua avaliação, o parecer merecia debate mais aprofundado e o tema não devia ser objeto
1488 de deliberação na reunião. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o GT foi
1489 convocado diante da provocação da Lei. Ponderou que o CNS deveria manifestar-se o mais breve
1490 possível de forma a contribuir com a matéria, dada a iminência da publicação do decreto de
1491 regulamentação da Lei. Explicou que o GT fez um levantamento preliminar e verificou que há cerca de
1492 quinhentas entidades benéficas que, pela sua forma de constituição, são da área de saúde.
1493 Ressaltou que essas instituições não são prestadoras de serviços, mas sim casas de referência para
1494 tratamento de problemas de saúde. **Manifestações.** Conselheira **Maria Helena Machado** chamou a
1495 atenção para a necessidade de aprofundar o debate da matéria, haja vista o impacto na saúde.
1496 Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** propôs que se negocie o adiamento da publicação do
1497 decreto, considerando, de um lado, a necessidade de aprofundar o debate da matéria e, do outro, de
1498 garantir que o CNS contribua com o processo. Nessa linha, propôs pautar o tema na próxima reunião
1499 do CNS para definição. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** também defendeu o
1500 aprofundamento do debate, inclusive para clarificar questões de fundo como setor público e privado e o
1501 terceiro setor. Conselheiro **Volmir Raimondi** lembrou que o terceiro setor realiza um importante papel
1502 na inclusão social seja com recurso da educação, saúde e assistência. **Retorno da mesa.** Conselheiro
1503 **Clóvis Boufleur** disse que o CNS poderia negociar o adiamento do decreto por um mês, contudo,
1504 lembrou que o Conselho contribuiu muito pouco na construção da Lei nº. 12.101. Explicou que o
1505 Grupo, atendendo à definição do Pleno, elaborou uma proposta para debate e deliberação. Clarificou
1506 que a entidade benéfica possui autorização para ser classificada como tal e, com isso, possui
1507 isenção de alguns impostos e algumas delas realizam convênio. Acrescentou que muitas dessas
1508 entidades foram classificadas como filantrópicas pela assistência social e com a Lei nº. 12.101 teriam
1509 que buscar as suas respectivas áreas de atuação, de acordo com o CNPJ. Segundo a lei, estariam
1510 contempladas no Ministério da Saúde hospitais e assistência ambulatorial, desse modo, outras
1511 entidades que existem e atendem milhares de pessoas não estariam amparadas. Conselheira **Ruth**
1512 **Ribeiro Bittencourt** disse que essa matéria envolve os princípios do SUS, portanto, deve ser tratada
1513 com todo o cuidado e cautela. Enfatizou que não é papel de conselho fazer análise de processo de
1514 solicitação de certificação, mas sim, fazer o controle social. Nessa lógica, ratificou que é preciso
1515 aprofundar o debate. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs pautar a matéria na próxima
1516 reunião do CNS, com convite ao Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social.
1517 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que o GT recomendou uma reunião de trabalho
1518 com os GTs (Ministério da Assistência Social e Ministério da Educação) sobre a regulamentação.
1519 Conselheira **Cleusa Rodrigues Bernardo** propôs que o GT solicite reunião com a equipe da SAS que
1520 trata dessa questão, a fim de contribuir no esclarecimento das dúvidas colocadas. Ponderou que
1521 aguardar a próxima reunião para manifestação seria um risco, pois o decreto poderia ser publicado
1522 nesse período porque há ações judiciais para que se resolva a situação. **Deliberação: pautar o**
1523 **assunto na próxima reunião do Pleno para aprofundar o debate. A Mesa Diretora fará contato**
1524 **com a equipe do Ministério da Saúde que trata dessa questão, a fim de buscar informações a**
1525 **respeito da proposta do decreto de regulamentação.** Com essa definição, a mesa encerrou a
1526 discussão desse item. **ITEM 11 – APRECIAÇÃO DO PEDIDO DE VISTAS DO DEBATE – SITUAÇÃO**
1527 **DA SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA** - apresentação e deliberação. Coordenação: Conselheiro
1528 **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. Apresentação: Conselheiro **Fernando Donato**
1529 **Vasconcelos**. Inicialmente, a coordenação da mesa contextualizou que, na última reunião do CNS,
1530 Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** solicitou vistas ao debate do Item 06 – Situação da
1531 Saúde no Estado da Bahia - para melhor avaliação da matéria e apresentação de parecer. Desse
1532 modo, o tema foi incluído na pauta da reunião para deliberação. Após essas considerações iniciais,
1533 Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** passou à apresentação do relatório do pedido de vistas.
1534 Preliminarmente, informou que o parecer foi apresentado em 31 de março de 2010, uma vez que
1535 apenas em 30 de março de 2010 teve acesso às notas de transcrição da discussão essenciais para a
1536 elaboração do parecer. Além disso, destacou que enfrentou dificuldades para identificar o prazo para
1537 apresentação do relatório do pedido de vistas, posto que a versão do Regimento Interno
1538 disponibilizada no site do CNS estava desatualizada. Feitas essas considerações iniciais, passou à
1539 leitura do parecer que se divide nas seguintes partes: da preliminar; do pedido de vistas; do mérito; e
1540 do encaminhamento. Em relação ao mérito, destacou que, ao analisar as atas das reuniões da gestão
1541 do CNS que findou em dezembro de 2009, verificou que o CNS discutiu a questão da terceirização da
1542 gestão nas unidades do Distrito Federal, São Paulo e Pernambuco, todas durante duas ou três
1543 reuniões, entre agosto e dezembro de 2009. Embora nas três discussões tenha havido denúncia ou
1544 representação formal por parte do Ministério Público e do Conselho Estadual de Saúde, não foram

situações semelhantes. O Distrito Federal apresentava uma grave crise, ressaltando-se a oposição do Ministério Público ao processo de terceirização da gestão, em especial em relação ao Hospital de Santa Maria; São Paulo teria deflagrado um “processo violento de privatização da gerência dos hospitais e dos serviços de saúde, com aprovação de uma lei recente na Assembléia Legislativa, estendendo a privatização a todos os serviços, não apenas aos antigos”, havendo manifestação do Ministério Público contrária às medidas adotadas pelo Estado; Em Pernambuco, houve posição firme do Conselho Estadual de Saúde contra as medidas de terceirização da gestão de várias unidades hospitalares. Para os três casos, o Pleno aprovou uma resolução para suspender o repasse de verbas federais às unidades federativas, que passariam a ser aplicadas diretamente pelo Ministério da Saúde. Porém, a visão do conselheiro, enquanto relator, é que o caso da Bahia apresenta algumas diferenças em relação aos três casos analisados na gestão passada deste colegiado. Embora a questão da terceirização tenha sido tratada apenas durante o debate, pontuou que os convidados (SES/BA, MP/BA e CES/BA) tiveram posição semelhante em relação à avaliação da gestão. Além disso, o CES/BA aprovou formalmente a gestão da Secretaria Estadual de Saúde e a criação da fundação estatal de direito público foi aprovada pela maior conferência estadual de saúde da história da Bahia, que envolveu a participação de mais de 95% dos municípios baianos. Registrhou ainda que, diante do encaminhamento feito e ao qual solicitou vistas, abriu-se uma crise de grandes proporções na relação com o Ministério Público da Bahia e com o CONASS, fatos políticos que não podem fugir à análise. Tendo solicitado à Secretaria de Saúde da Bahia os documentos mencionados sobre as decisões do CONSELHO Estadual, o conselheiro relatou que recebeu, dentre outros, a Resolução nº. 013/2007, que aprova a possibilidade de utilização do modelo de fundação estadual como instrumento de gestão descentralização do SUS – Bahia. Também disse que verificou cópias das atas de reuniões do CES/BA de 2007 a 2009 e a posição amplamente majoritária naquele colegiado é favorável às posições defendidas pelo Secretário Jorge Solla. Por outro lado, o relator afirma que não conseguiu encontrar nas atas do CNS os registros da afirmação do Presidente deste Colegiado de que “vários conselheiros estaduais da Bahia pagaram o microfone e cobraram do CNS um debate a respeito da terceirização”. Mesmo que tivesse encontrado, lembrou que faltaria uma denúncia formal e a oportunidade de manifestação do colegiado da Bahia sobre a mesma. Considerou ainda que as discussões ocorridas no CNS sobre as formas de gestão merecem maior clareza e aprofundamento sobre a situação nacional da gestão do sistema; sobre as razões que levam gestores de quase todos as matizes partidárias a afirmar que os mecanismos tradicionais de gestão do SUS não são suficientes para ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, nem para viabilizar a construção de políticas de gestão do trabalho no SUS que coloquem fim ao leilão feito entre as prefeituras para obter médicos e outros profissionais cada vez mais escassos à medida que o sistema se expande; sobre o fato de o Ministério da Saúde não ter mais como fazer a gestão direta do Sistema em tantos estados que utilizem formas de gestão que não aquelas aprovadas pelo CNS; sobre a necessária diferenciação que deve ser feita entre as variadas formas de gestão do SUS em todo o país e qual ou quais delas deve suscitar reflexão sobre o futuro do Sistema. Ressaltou ainda que as questões postas são, dentre muitas, as seguintes: a situação da Bahia é idêntica à situação das outras três UFs? Deve-se desconhecer o fato de que o CES/BA e o Ministério Público se posicionaram favoravelmente à gestão do SUS naquele Estado? E foi dada a oportunidade adequada para o que gestor da Bahia pudesse debater com o CNS a questão da terceirização e da fundação estatal? Sabemos que o Decreto nº. 5.839/06 estabelece em seu art. 1º que o “Conselho Nacional de Saúde, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo deve ter suas decisões consubstanciadas em resoluções, (...) homologadas pelo Ministro da Saúde. Ademais, pela informação dada na reunião plenária de janeiro, o Ministro da Saúde não homologou nenhuma das três decisões, o que levou a se falar da possibilidade de representação no Ministério Público, o que não resolve a questão essencial – nossas decisões continuam restritas a este colegiado, não passaram a ser incorporadas ao patrimônio normativo do SUS, pois o ato não foi completado. E o que faremos se o Ministro decidir que não homologará? Recorremos à justiça contra o gestor ao qual queremos responsabilizar pela execução direta dos recursos que queremos suprimir aos estados? Qual o tamanho da crise que devemos instalar? Ajudaremos de fato o SUS? Afirmou que se trata apenas do SUS, mas da questão do fortalecimento de uma das instâncias mais importantes da “democracia participativa” do Brasil – o Conselho Nacional de Saúde. O fenômeno da democracia participativa encontra-se em expansão em todo o mundo, mas não é possível fazê-lo crescer em confronto permanente com a lógica democrática ainda dominante. Pontuou que autores como Boaventura de Souza Santos apresenta soluções para o que denomina problema democrático: “a coexistência e complementaridade dentre a democracia participativa e a representativa, de forma a associar ao processo de fortalecimento da democracia local formas de renovação cultural ligadas a uma nova institucionalidade política” e esclarece que a complementaridade é diferente da coexistência, pois implica uma decisão da sociedade política de ampliar a participação em nível local através da transferência ou devolução para formas participativas de deliberação de prerrogativas decisórias a princípio detidas pelos governantes. Em sua visão, trilha-

1607 se por dois caminhos perigosos – o confronto cada vez maior com os gestores dos SUS em todas as
1608 esferas, quando seria necessário que se pudesse construir alianças táticas que levassem a ter cada
1609 vez mais aliados em defesa das idéias aprovadas no Plenário do CNS; por outro lado e extremamente
1610 grave é o fato de, no caso específico da Bahia, aprovar deliberação similar àquela já feita em relação
1611 às três outras unidades, estar assumindo confronto com o Conselho Estadual de Saúde, que se baseia
1612 em discussões da Conferência e que exerce legitimamente a função legal naquele estado. Desse
1613 modo, o conselheiro indaga: Que limites nos pombos quando um Conselho Estadual de Saúde tem
1614 posição diferente da nossa? Poderia se argumentar que os recursos são federais e, portanto, a
1615 decisão é privativa do Conselho Nacional, mas tendo em conta a natureza do SUS, as competências,
1616 nesse caso, são privativas ou concorrentes? Não importa o fato de o Secretário de Saúde da Bahia ter
1617 se colocado à disposição para discutir a questão das formas de gestão? Não importa a manifestação
1618 do Ministério Público da Bahia? Não importa se o CONASS deixa este colegiado? Frisou que este é
1619 um colegiado político, não é uma instância judicial, mas não há como desconhecer que o Conselho é
1620 uma instância pública política e administrativa e, portanto, aplica-se o art. 5º, LV, da Constituição
1621 Federal, que diz: "aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são
1622 assegurados o contraditório e a ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes". Portanto,
1623 disse que é hora de nos perguntarmos: as discussões e decisões estão sendo tão democráticas
1624 quanto às idéias anunciadas? Os conselheiros estão, de fato, fortalecendo o Conselho Nacional de
1625 Saúde ao adotar proposições como a que levou ao pedido de vista, sem a garantia da defesa ao
1626 Estado da Bahia, sem analisar o posicionamento do Conselho Estadual? Na parte final do relatório, o
1627 conselheiro afirma que: não estão colocadas ao CNS as condições mínimas para análise real da
1628 situação da gestão do SUS no Estado da Bahia; as decisões anteriores relacionadas ao Distrito
1629 Federal, São Paulo e Pernambuco não foram homologadas pelo Ministro da Saúde; e o fortalecimento
1630 do CNS como instância da democracia participativa nacional no SUS. Diante disso, propõe o seguinte
1631 encaminhamento: que o Conselho Nacional realize em Salvador/BA uma reunião plenária do CNS com
1632 o pleno do CES/BA tendo como pauta a gestão do SUS naquele Estado; que o CNS visite as unidades
1633 do SUS na Bahia que estão sob outra forma de gestão que não a administração direta; que o CNS se
1634 reúna com CONASS e CONASEMS no sentido de pactuar discussão nacional sobre as perspectivas
1635 de gestão do SUS; que o CNS reveja o seu regimento interno, de modo que as decisões que tomar em
1636 relação a terceiros garantam o contraditório e a ampla defesa; e que o CNS se reúna com o Ministro da
1637 Saúde para tratar das formas de gestão do SUS no país. **Manifestações.** Conselheira **Ana Cristina**
1638 **Brasil**, em relação ao parecer de vistas, pontuou que a maior parte dos encaminhamentos sugeridos já
1639 havia sido feita. Nesse sentido, propôs, em nome do segmento dos trabalhadores, que o CNS convide
1640 o Secretário de Saúde da Bahia para debate no CNS sobre as formas de gestão e se reúna com
1641 CONASS e CONASEMS para tratar do tema, garantindo-se o contraditório e a ampla defesa.
1642 Conselheira **Jurema Werneck** reconheceu a boa construção do relatório do conselheiro, mas avaliou
1643 que apresenta problemas de mérito porque considera premissas equivocadas. Lembrou que a posição
1644 do CNS contra a terceirização teve por base os debates no Plenário, as deliberações da 13ª
1645 Conferência Nacional de Saúde, além de seminários realizados pelo Conselho. Portanto, ao deliberar
1646 sobre a matéria, o Conselho visa restituir a democracia e não desrespeitá-la. Reconheceu como grave
1647 a saída do CONASS do CNS e informou que a Mesa Diretora do CNS está envidando esforços para
1648 dialogar com essa representação e reverter a decisão. Além disso, entendia ser de interesse do
1649 CONASS retornar para o Conselho, tendo em vista a gravidade da situação estadual. Conselheiro
1650 **Abrahão Nunes da Silva** lembrou que o CNS é um espaço privilegiado da participação popular
1651 construída após ampla luta. Ressaltou que, se o CNS manifestar-se diferente da posição que tomou,
1652 descumprirá as deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Finalizando, destacou que os
1653 representantes do povo deveriam levar em conta os anseios da população. O representante da
1654 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Renato Barros, explicou que a coordenação do movimento
1655 social debateu o tema e manifestou-se por meio de dois documentos: moção de apoio às ações e
1656 medidas do Presidente do CNS, adotadas por deliberação do Pleno, de comum acordo com a
1657 coordenação de Plenárias na defesa do SUS e ao Pleno do CNS, contra a terceirização do Sistema de
1658 Saúde em diferentes modalidades como OSs, OSCIPs, Fundação Estatal de Direito Privado; e moção
1659 de repúdio ao Secretário de Saúde da Bahia, José Jorge Solla. Por fim, disse que, na XIV Plenária
1660 Nacional de Conselhos de Saúde, o tema foi debatido e a ação do Plenário do CNS nessa questão foi
1661 discutida inclusive com a delegação da Bahia. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** colocou que o
1662 CNS deveria se posicionar diante das situações, mas levando-se em conta os contextos diferenciados.
1663 Nessa linha, destacou que o caso da Bahia não é igual ao do DF, São Paulo ou Rio de Janeiro e,
1664 portanto, não se deve adotar o mesmo encaminhamento. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
1665 comentou alguns pontos do relatório do pedido de vistas e, diante dos encaminhamentos, concordou
1666 com a proposta de convidar novamente o Secretário de Saúde para tratar sobre as formas de gestão
1667 do SUS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** solicitou uma Questão de Ordem para que a mesa
1668 submetesse o relatório do pedido de vistas à votação, seguindo o trâmite definido pelo Regimento

1669 Interno do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou ponderação para que os conselheiros
1670 pudessem manifestar-se na perspectiva de qualificar o debate. Conselheiro **Jorge Venâncio** registrou
1671 que o Conselho não desrespeitou os convidados, ao contrário, estes o desrespeitaram. Ressaltou
1672 ainda que o CNS está aberto ao debate com o Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, CONASS e
1673 CONASEMS, portanto, essas representações devem ser convidadas para o debate na próxima
1674 reunião. Explicou que a teoria da proposta de OSs é a de criação do público não estatal, mas a prática
1675 é de criação de estatal não público. Por fim, disse que o CNS deve combater as situações denunciadas
1676 de forma a permitir avançar no fortalecimento da saúde pública. **Retorno da mesa.** Conselheiro
1677 **Fernando Donato Vasconcelos**, relator do pedido de vistas, inicialmente, destacou que o relatório
1678 expressa o seu posicionamento acerca da matéria, ainda que não seja o entendimento de boa parte
1679 dos conselheiros. De todo modo, disse que esse fato não representa um problema, pois o confronto
1680 das divergências é parte da democracia. Salientou que o momento é propício ao aprofundamento do
1681 debate a respeito das formas de gestão do SUS. Justificou novamente que o seu pedido de vistas teve
1682 por objetivo suspender um conflito instalado e possibilitar um espaço amplo de diálogo. A respeito dos
1683 encaminhamentos, defendeu a continuidade do diálogo com os interessados para encontrar uma saída
1684 para a crise. Feitas essas considerações, o Presidente do CNS pontuou que o controle social tem tido
1685 dificuldade na relação com os gestores, mas graças a maturidade das partes, a relação entre CNS,
1686 CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde, nos últimos anos tem sido muito boa. Dessa forma,
1687 reiterou o convite do CNS à Presidente do CONASS para dar continuidade ao debate. Em relação aos
1688 encaminhamentos do relatório do pedido de vistas, comentou um a um com contra-argumentações dos
1689 conselheiros feitas durante as intervenções: que o CNS realize em Salvador/BA uma reunião plenária
1690 do CNS com o pleno do CES/BA tendo como pauta a gestão do SUS naquele Estado – não há
1691 concordância; que o CNS visite as unidades do SUS na Bahia que estão sob outra forma de gestão
1692 que não a administração direta – não há concordância; que o CNS se reúna com CONASS e
1693 CONASEMS no sentido de pactuar acordo nacional sobre as formas de gestão do SUS – CNS já está
1694 dialogando a respeito; que o CNS reveja o seu regimento interno, de modo que as decisões que tomar
1695 em relação a terceiros garantam o contraditório e a ampla defesa – o Regimento Interno pode ser
1696 reavaliado a qualquer momento; que o CNS se reúna com o Ministro da Saúde para tratar das formas
1697 de gestão do SUS no país – o CNS tem se reunido com o Ministro da Saúde sistematicamente.
1698 Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, caso houvesse concordância do relator do pedido de vistas,
1699 propôs que a mesa submetesse à votação a proposta de convidar o Secretário de Saúde da Bahia
1700 para discutir a questão das formas de gestão. Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** colocou
1701 que a simples rejeição do relatório poderia submeter o debate ao momento anterior de votação da
1702 resolução, portanto, propôs que o encaminhamento fosse no sentido da aprovação parcial com
1703 indicativo de ampliação do debate. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** frisou que as falas
1704 apresentaram questionamentos ao conteúdo do relatório de vistas, portanto, não há concordância com
1705 a aprovação do documento. Avaliou, entretanto, que a não aprovação do relatório não significa
1706 retroceder, porque já havia sido sugerido pautar o tema na reunião do mês de maio, com convite ao
1707 Secretário de Saúde da Bahia. Após consultar o Plenário, o Presidente do CNS submeteu à votação o
1708 relatório do pedido de vistas apresentado pelo Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos**. **1ª**
1709 **Deliberação: o Plenário não aprovou o relatório do pedido de vistas. Além disso, decidiu**
1710 **dialogar com CONASS e CONASEMS sobre a gestão do SUS.** Em seguida, colocou em discussão a
1711 proposta de convidar o Secretário de Saúde da Bahia para debater a terceirização da gestão do SUS
1712 no Estado, na reunião ordinária do mês de maio. Como contraproposta, Conselheiro **Antônio Alves de**
1713 **Souza** propôs convidar CONASS e CONASEMS para discutir, na próxima reunião extraordinária do
1714 CNS, a terceirização da gestão do SUS, envolvendo as OSs e OSCIPs. Conselheira **Rosangela**
1715 **Santos** perguntou como fica a situação no caso de o tema ser pautado novamente, tendo em vista o
1716 debate na última reunião. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que, na última reunião do
1717 CNS, ao encaminhar a votação da resolução, o Conselheiro Fernando Donato solicitou vistas à
1718 matéria. Em sendo apresentado, o relatório não fora aprovado pelo Plenário. Contudo, alguns
1719 conselheiros entendem que o debate da última reunião do CNS deve ser aprofundado, inclusive
1720 atendendo ao pedido do Secretário de Saúde da Bahia. Por outro lado, Conselheiro Antônio Alves
1721 apresentou contraproposta de debate sobre terceirização da gestão com CONASS e CONASEMS.
1722 Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que a questão relativa à resolução não estava
1723 resolvida, tanto que o CNS aprovou reunião extraordinária para discutir a não homologação de
1724 resoluções. Portanto, propôs que na reunião extraordinária do dia 11 de maio de 2010 o CNS pautasse
1725 debate sobre OSCIP e OS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou que a mesa não colocasse uma
1726 proposta contra a outra, por entender que não eram divergentes. Nessa linha, sugeriu que o CNS
1727 informasse o Secretário de Saúde da Bahia sobre a intenção de pautar o tema no Conselho e que a
1728 resolução acerca da situação do Estado da Bahia fosse debatida na próxima reunião extraordinária do
1729 CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que a reunião extraordinária do CNS foi
1730 convocada para discutir com CGU, PGR, MP, os movimentos a serem feitos diante de resoluções não

homologadas pelo Ministro da Saúde. **2ª Deliberação: pautar, na reunião ordinária do CNS do mês de maio, debate sobre a terceirização da gestão do SUS com convite ao CONASS e CONASEMS; e pautar, na reunião ordinária do CNS do mês de junho, debate sobre a terceirização da gestão do SUS na Bahia, com convite ao Secretário de Saúde da Bahia Jorge Solla (no convite, o Secretário será informado sobre o diálogo com CONASS e CONASEMS).** Com essa definição, o Presidente do CNS agradeceu o Conselheiro Fernando Donato e encerrou esse tema. Na seqüência, apresentou os seguintes encaminhamentos a respeito da situação da saúde no Estado do Rio de Janeiro: que o GT do CNS analise as informações apresentadas pelo Presidente dos Sindicatos dos Médicos do Rio de Janeiro e o relatório de auditoria do DENASUS sobre a situação do Estado do Rio de Janeiro; que visite o Estado para constatar *in loco* a situação da rede de assistência do Estado e se reúna com o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro para verificar as denúncias feitas em relação à legalidade; e que o tema seja pautado na próxima reunião do CNS, para apresentação do relatório final do GT, com convite à representação do Ministério Público para participar do debate.

Deliberação: os encaminhamentos foram aprovados por consenso. A seguir, a Secretaria-Executiva do CNS retomou os itens pendentes da reunião. A respeito das Resoluções do CNS que estão no Gabinete do Ministro, informou que seria apresentado informe na próxima reunião. Também comunicou que estava disponível nos arquivos da reunião a resposta do Ministro da Saúde sobre o processo de contramedidas comerciais contra os Estados Unidos. O documento seria enviado por e-mail aos conselheiros e, se fosse o caso, pautado na próxima reunião. Em seguida, Conselheira **Marisa Fúria Silva** fez um breve informe sobre a visita do GT ao Piauí. Porém, antes de iniciar, solicitou que a Secretaria-Executiva confirme a presença dos membros do GT nas atividades, pois, no caso dessa visita, apenas dois dos cinco integrantes do Grupo se fizeram presentes. Informou que, na reunião com o Conselho Estadual, o GT sugeriu que a proposta de recomposição do CES/PI fosse feita por meio de um Projeto de Lei. Além disso, o Grupo do CNS sugeriu ao Conselho Estadual a formação de um GT para, no primeiro momento, participar da reunião com o atual Secretário de Saúde e o seu sucessor e, depois, acompanhar a tramitação do PL. Explicou que o Grupo entregou ao Secretário de Saúde a minuta do PL e uma cópia da Resolução nº. 333. Em resposta, o Secretário prontificou-se a encaminhar a proposta para apreciação e votação. Finalizando, a conselheira informou que o CES enviará informe sobre o processo no prazo de trinta dias e, se necessário, no prazo de sessenta dias, o GT do CNS retornará ao Estado. Na seqüência, a Secretaria-Executiva do CNS informou que recebeu ofício da Secretaria-Executiva do CES/RJ agendando reunião do GT do CNS com o CES/RJ no dia 15 de abril, às 10h. Comunicou ainda que o Seminário das Profissões será realizado nos dias 21 e 22 de junho de 2010. Disse também que a CISM/CNS solicitou pauta para tratar da saúde da população carcerária do Brasil. O tema será incluído na lista de pendências.

ITEM 12 – QUADRO SITUACIONAL DA DENGUE E DA GRIPE H1N1 NO BRASIL – Item transferido para a próxima reunião do CNS.

ENCERRAMENTO – Nada mais havendo a tratar, o Presidente do CNS encerrou a reunião, agradecendo a presença de todos. No segundo dia, estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Antônio Alves de Souza, Clóvis A. Boufleur, Denise Torreão Corrêa da Silva, Edemilson Canale, Edmundo Dzuawi Omore, Fernanda Lussan, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Geraldo Alves Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Marcos de Oliveira, José Wilson de Souza Gonçalves Jurema Pinto Werneck, Lauro D. Moretto, Maria Helena Machado, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Maria Thereza Antunes, Olympio Távora Derze Correa, Paulo Guilherme Romano, Rosangela da Silva Santos, Silvia Martins Casagrande, Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Zilda de Faveri Vicente Souza.**

Suplentes: Ana Cristhina de Oliveira Brasil, Edmando Luiz Saunier de Albuquerque, José Naum de M. Chagas, Fernando Donato Vasconcelos, Graciara Matos de Azevedo, Jovita José Rosa, Júlio Atanásio Gevaerd, Laudeci Vieira dos Santos, Lucimar Batista da Costa, Luiz Alberto Catanoce, Maria Laura Carvalho Bicca, Renato de Jesus Padilha, Ronald Ferreira dos Santos, Sebastião Geraldo Venâncio, Suzana Schommer.