



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA DUCENTÉSIMA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL
DE SAÚDE – CNS**

Aos quinze e dezesseis dias do mês de setembro de dois mil e dez, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Décima Terceira Reunião Ordinária do CNS. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, iniciou a reunião saudando os presentes e os que acompanhavam a reunião em tempo real. Primeiro, informou a audiência com o Ministro Alexandre Padilha, às 10 horas daquele dia, para tratar da agenda política do CNS. Explicou que essa reunião é parte do movimento de debate da agenda política do CNS com setores do governo. Informou inclusive que há vinte dias integrantes da Mesa Diretora reuniram-se com o Ministro da Secretaria-Geral da Presidência, **Luiz Dulce** e na próxima semana haveria reunião com o Ministro de Estado da Educação, Fernando Haddad. Ressaltou que a intenção é fechar esse movimento de convencimento com uma audiência com o Presidente Lula. Disse que os interessados poderiam participar da audiência com o Ministro Padilha. Na sequência, apresentou a pauta da reunião, destacando a inclusão de item extra pauta para tratar da situação do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. Conselheira **Valdenir França** solicitou espaço na pauta para tratar da criação da Secretaria de Saúde Indígena. A solicitação foi acatada. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 212ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou em apreciação a ata da 212ª Reunião Ordinária do CNS. **Deliberação: a ata foi aprovada por unanimidade, sem destaques.** **ITEM 2 – TERCEIRIZADOS E CONCURSADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE –** *Convidados:* **Heloísa Marcolino**, Coordenadora Geral de Recursos Humanos – Substituta – CGRH/MS; e **Rafael Agnello**, representante da CGRH/MS. *Coordenação:* Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Contextualizando, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, recuperou que foi firmado Termo de Ajustamento de Conduta entre o governo e o Ministério Público do Trabalho para substituição dos trabalhadores terceirizados até 2011. No caso da saúde, disse que as preocupações referiam-se, dentre outras, à realização de concurso com prazo de validade de cinco anos e o impedimento dos aprovados nesses concursos de submeterem-se a novo processo seletivo no prazo de cinco anos. Explicou que essa questão tem causado problemas, pois os concursados, diante dessas limitações, realizam novos concursos buscando estabilidade. Também comentou a preocupação com a terceirização de mão-de-obra – segurança, motorista, por exemplo – pois, segundo informações, os trabalhadores têm sobrecarga de trabalho e salários menores em relação aos concursados. Disse que o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão foi convidado a participar do debate, mas não se fez presente. Feitas essas considerações iniciais, passou a coordenação dos trabalhos à Conselheira Ruth Bittencourt e retirou-se para a audiência com o Ministro Alexandre Padilha. A Coordenadora Substituta da CGRH/MS, **Heloísa Marcolino**, fez uma abordagem sobre as ações CGRH/MS para resolver o problema relativo a recursos humanos do Ministério da Saúde por conta da não realização de concurso público (o último foi há 20 anos). Mostrou inicialmente dados sobre a força de trabalho do Ministério da Saúde (Sede e nos núcleos - unidades nos 26 Estados), comparando: servidores – 2006: 6.400; e 2010: 7 mil; servidores ativos (descentralizados ao SUS) – 2006: 41 mil; e 2010: 28 mil; Servidores ativos dos hospitais próprios - 2006: 6.485; e 2010: 17 mil; Terceirizados (“irregulares”, ou seja, trabalhadores que realizam o trabalho do servidor público federal, segundo o Decreto nº. 2.751. No final de 2010, a terceirização do nível superior será encerrada, porque os concursos de nível superior estão sendo realizados) - 2006: 4.730; e 2010: 2.650; consultores - 2006: 946; e 2010: 957 (os consultores realizam efetivamente o trabalho dos servidores. O Ministério da Saúde aguarda a autorização do Ministério do Planejamento para realizar concurso serviço público e substituir esses servidores. A carreira já foi criada e os cargos (720) redistribuídos para o MS); Contratos temporários da União - 500 casos de contratos temporários com duração de cinco anos (quando da realização do contrato, a pessoa não pode voltar por dois anos. A situação foi criada pela Lei nº. 8.745 e é transitória). Destacou também o aumento dos servidores do Ministério da Saúde na faixa de até 30 anos, mas frisou que é preciso avançar nesse

processo de recomposição dado o elevado percentual de servidores com tempo suficiente para aposentadoria nos próximos anos. Explicou que o Ministério da Saúde, com vistas ao cumprimento do Termo do Ajustamento de Conduta, iniciou processo de realização de concursos públicos. Citou o concurso público realizado em 2005 para as unidades hospitalares do Rio de Janeiro e informou que foram preenchidas 9.905 vagas. Destacou os concursos vigentes – em fase de convocação: 1) concurso público para o Cargo de Agente Administrativo e contratação de 900 servidores de nível médio, para atuarem na sede e nos núcleos estaduais e substituição dos trabalhadores terceirizados de nível médio; 2) processo seletivo para contratação temporária: Vagas ofertadas no edital: 500; 3) concurso público para provimento cargos de nível superior da área administrativa e assistencial na carreira da Previdência Saúde e Trabalho - PST e Plano Geral de Cargos do Poder Executivo - PGPE com a finalidade de substituir os funcionários terceirizados de nível superior. Vagas ofertadas no edital: 805; 4) concurso público para 467 profissionais de nível superior para o cargo de Médico, na carreira da Previdência Saúde e Trabalho – PST, para as unidades hospitalares e institutos do Rio de Janeiro - Vagas ofertadas no edital: 467. Listou também os concursos que aguardam autorização para provimento: 1) concurso público destinado ao provimento de cargos das carreiras de Desenvolvimento Tecnológico e de Gestão, Planejamento e Infraestrutura em Ciência e Tecnologia do Plano de Carreiras da Lei nº 8.691/93 e também para a carreira de 2. Pesquisa em Ciência e Tecnologia e criação de 1.129 cargos para o Instituto Nacional do Câncer - Vagas ofertadas no edital: 194 e realização de concurso público com cadastro reserva; 2) concurso público: 392 cargos na Carreira de Pesquisa e Investigação Biomédica em Saúde Pública para o Instituto Evandro Chagas e Centro Nacional de Primatas no Pará. O resultado final para o concurso de nível médio já foi homologado, as provas dos cargos de nível superior terão seus resultados finais divulgados em outubro. Sintetizou que o total de vagas já ofertadas para concursos no Ministério da Saúde é de 14.292 e o total geral de vagas com base no estudo de recomposição da força de trabalho do Ministério da Saúde é de 15.012 vagas. Acrescentou que o único concurso ainda não realizado, apesar das vagas já redistribuídas, corresponde ao cargo de Analista Técnico de Políticas Sociais (720 vagas). Além disso, informou que a CGRH aguarda autorização para realizar concurso público visando a substituição dos consultores contratados por organismo internacional, de forma a atender ao Termo de Conciliação Judicial assinado especificamente para este órgão (a intenção é realizar esse concurso ainda em 2010). Continuando, o representante da CGRH/MS, **Rafael Agnello**, falou da política de remuneração do Ministério da Saúde. Antes, destacou que o Ministério da Saúde foi o órgão da Esplanada que mais conseguiu prover servidores público no âmbito da Administração Pública - 12 mil novos servidores. Clarificou também que a contratação temporária por excepcional interesse público foi utilizada para sanar os problemas diante das dificuldades de realização de concurso. Ressaltou que dos 12 mil novos servidores do Ministério da Saúde, cerca de 500 são por contrato temporário. Sintetizou que a terceirização/precarização de mão-de-obra caiu, com 15 mil vagas de novos concursados no âmbito do Ministério da Saúde. Feitas essas considerações iniciais, passou a tratar da política de remuneração do Ministério da Saúde. Ressaltou que, nos últimos anos, houve reajustes consideráveis (300 a 400%), mas, para Brasília, o valor é considerado baixo, o que resulta em alta rotatividade de servidores na capital. Como exemplo dessa evolução, citou a carreira da seguridade social e trabalho (alteração de nome “Carreira da Previdência, da Saúde e do Trabalho”): Superior: R\$ 881,49, em 2002, para R\$ 3.500,00, em 2010; Nível médio - R\$ 580,00, em 2002, para R\$ 2.300,00, em 2010. A respeito do salário de nível superior, disse que a proposta, ainda não encaminhada por conta do período eleitoral, é de R\$ 4.500,00 (inicial) e R\$ 7.500,00 (final). Falou do Sistema de Negociação Permanente da Administração Pública Federal – SINPEFEDERAL, destacando: a Criação do Núcleo de Relações de Trabalho; e a Mesa Setorial de Negociação Permanente do Ministério da Saúde, instalada no dia 25 de setembro de 2003 como parte da estratégia de implantação de um Sistema Democrático de Relações de Trabalho. Destacou que a Mesa Setorial, desde a sua instalação, realizou 26 reuniões nas quais foram debatidos e encaminhados diversos temas, tais como: remuneração do servidor, capacitação, saúde do trabalhador, assédio no ambiente de trabalho, cedência, concursos, entre outros. Acrescentou que em dezembro de 2005 foi instalada a Mesa Local de Negociação Permanente do Ministério da Saúde no Distrito Federal – MLNP/MS-DF. A Mesa Local, desde a sua instalação, realizou cinco reuniões nas quais foram debatidos e encaminhados diversos temas, tais como: reforma do subsolo, capacitação dos servidores, assédio no ambiente de trabalho, entre outros. Comentou também o processo de redistribuição dos servidores da FUNASA para o quadro de pessoal do Ministério da Saúde. Com a instituição da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a formulação de políticas no âmbito do SUS voltadas para a vigilância epidemiológica no país passou para a competência do Ministério da Saúde. Desse modo, os servidores da FUNASA, descentralizados para Estados e Municípios, ocupantes de cargos com atribuições voltadas para as atividades de vigilância epidemiológica, foram redistribuídos para o Ministério da Saúde. Com essa redistribuição, são 46.881 servidores cedidos. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra aos

conselheiros. **Manifestações.** Conselheiro **Alexandre Magno Soares** perguntou qual a política estatal de gestão de pessoal do Ministério da Saúde – terceirização ou regime jurídico próprio? Conselheira **Fernanda Lou San Magno** registrou a posição contrária das entidades sindicais à contratação por processo seletivo e perguntou como fica essa questão. Conselheira **Maria Helena Machado** destacou que a implantação do Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS demonstra o compromisso do Ministério da Saúde com o processo de desprecarização. Também destacou que a área administrativa do Ministério da Saúde é composta por servidores concursados. Por fim, cumprimentou a CGRH pelo processo de redefinição da força de trabalho do Ministério da Saúde. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** perguntou como fica a situação do CNS diante da recomposição da força de trabalho do Ministério da Saúde, vez que é preciso evitar eventuais prejuízos às atividades do Conselho diante da rotatividade de profissionais concursados e dispensa de técnicos contratados, altamente capacitados. **Retorno da mesa.** O representante da CGRH/MS, **Rafael Agnello**, frisou que a Política de Gestão de pessoal do Ministério da Saúde é regime jurídico único (Lei nº. 8.112), ou seja, servidor público de carreira por meio de concurso público. Reiterou que, das 12 mil vagas preenchidas no Ministério da Saúde, apenas 500 foram feitas por meio de processo seletivo simplificado (contratação temporária por excepcional interesse público) para não ficar sem a força de trabalho. Disse que, um ano e meio depois da contratação temporária, foi realizado um concurso público. Também clarificou que o Decreto nº. 2.271/97 apresenta um rol de terceirizações possíveis no âmbito da administração pública federal (motoristas, por exemplo). Por outro lado, a terceirização da área administrativa, apesar de não ser permitida, era uma prática recorrente. Explicou que, dos 1.300 funcionários de empresas terceirizadas, hoje há cerca 300 e o contrato com a empresa, que se encerra em dezembro de 2010, não será renovado. Acrescentou que o Termo de Ajustamento de Conduta prevê que a Administração Pública deve realizar a substituição da sua força de trabalho e o Ministério da Saúde tem chances de alcançar o definido. Clarificou ainda que não será necessário realizar novo processo seletivo para contratação temporária, porque foi realizado concurso. A respeito do Conselho Nacional de Saúde, disse que a situação é similar a dos demais setores do Ministério da Saúde: servidores públicos, terceirizados e consultores contratados por organismo internacional. No caso dos consultores, disse que a intenção é realizar concurso para substituir esses profissionais. A Coordenadora Substituta/CGRH/MS, **Heloísa Marcolino**, acrescentou que, por determinação da SE/MS, os processos de terceirização devem ser analisados pela CGRH/MS, para verificar se o posto é passível de terceirização ou não nos termos da lei. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** perguntou sobre a implantação dos 20% da gratificação de desempenho dos servidores para completar o 100% do salário. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou como fica a situação da força de trabalho do Ministério da Saúde diante dos concursos com contratação temporária por apenas cinco anos. Conselheiro **Ubiratan Cassano** destacou que os servidores do Ministério da Saúde em todo o país, e não somente os de Brasília, enfrentam dificuldades por conta dos salários pagos. Ressaltou, por exemplo, a importância do aumento de salário para os servidores dos hospitais federais do Rio de Janeiro. Ademais, perguntou sobre o percentual de aposentados entre 2006 e 2010. **Retorno da mesa.** A Coordenadora Substituta da CGRH/MS, **Heloísa Marcolino**, explicou que os servidores públicos federais recebem oitenta pontos fixos da gratificação de desempenho e a intenção é implantar, em janeiro de 2011, o restante da variação do desempenho (20 pontos) para chegar a 100. Destacou que, em dezembro de 2010, será lançada a portaria de metas e a sistemática de avaliação inicia-se em janeiro de 2011. Também esclareceu que o concurso público tem duração de dois anos, podendo ser prorrogado por igual período. O contrato temporário é um processo seletivo com duração de dois anos, podendo ser prorrogado por dois anos e a vigência do contrato pode chegar a cinco anos. Com o concurso para analista, os aprovados serão convocados e será feita a substituição progressiva dos contratos temporários. Concordeu que o salário dos profissionais com o nível superior é menor em relação a outras categorias de nível superior e, a propósito, informou que o governo federal acenou para a melhoria desse salário e comprometeu-se, após a eleição, retomar essa questão. Ressaltou que essa questão precisa ser revista, inclusive para evitar a saída do profissional concursado. Informou ainda que o quantitativo de aposentados tem permanecido estável e o abono de permanência tem contribuído para isso. O representante da CGRH/MS, **Rafael Agnello**, informou que o Ministério da Saúde realizou estudo de recomposição da força de trabalho no Rio de Janeiro e verificou que nas unidades de saúde há mais profissionais do que o necessário. Desse modo, mesmo com a aposentaria, o número de profissionais é suficiente. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** frisou a importância de trabalhar a questão da redução salarial por conta da aposentadoria. O representante da CGRH/MS, **Rafael Agnello**, explicou que o Ministério da Saúde está invertendo a lógica: pagar mais por vencimento básico e menos por gratificação, com isso, ao aposentar-se, a perda salarial do servidor é menor. Disse que esse processo é feito gradativamente, por conta do alto custo (a folha de pagamento do Ministério da Saúde é de quase R\$ 10 bilhões). Conselheiro **José Marcos de Oliveira** falou da sua preocupação com a possibilidade de, no mês de

dezembro de 2010, o Conselho ficar impedido de atuar por conta da ausência de pessoal para assessorar. Nesse sentido, propôs que a Mesa Diretora do CNS, na próxima reunião, promova um debate sobre o cenário do CNS diante da recomposição da força de trabalho do Ministério da Saúde, com indicação de um representante dos técnicos da Secretaria-Executiva do CNS para colocar a posição desse segmento. Conselheiro **Clóvis Boufleu** disse que, a depender do debate, o tema será repautado na próxima reunião do CNS para posicionamento. **Deliberação: que a Mesa Diretora do CNS, na próxima reunião, promova um debate sobre o cenário do CNS diante da recomposição da força de trabalho do Ministério da Saúde, com indicação de um representante dos técnicos da Secretaria-Executiva do CNS para colocar a posição desse segmento.** Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu a presença dos convidados e encerrou esse item. Conselheiro **Clóvis Boufleu** informou a mobilização de combate à hanseníase, no dia 10 de outubro de 2010, uma articulação entre o CNS, por meio do MORHAN e as igrejas cristãs e solicitou que os conselheiros contribuam na divulgação. Conselheira **Denise Torreão** informou modificação na representação do Conselho Federal de Fonoaudiologia, que, a partir da reunião ordinária de outubro de 2010, será feita por Maria Cristina e aproveitou para agradecer o tempo que passou no CNS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** agradeceu a Conselheira Denise Torreão pelo trabalho, em especial no debate da saúde suplementar e da situação da saúde no Rio de Janeiro. **ITEM 3 - a) GT DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL – INDICAÇÃO - Apresentação: Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária Executiva do CNS/MS. **Coordenação: Conselheiro Volmir Raimondi**, Mesa Diretora do CNS. A Secretária-Executiva do CNS lembrou que o GT foi aprovado na Reunião Ordinária de julho de 2010 para continuar o debate da atenção oncológica no Brasil. **Deliberação: o segmento dos trabalhadores da saúde indicou os seguintes nomes: Graciara Matos de Azevedo; e Maria Laura Carvalho Bicca. O segmento dos Gestores/Prestadores indicaria o nome posteriormente. O segmento dos usuários, após reunir-se para definir os nomes vez que as demandas foram superior ao número de vagas, indicou os seguintes nomes: Merula Emmanoel A. Steagal e Laudeci Vieira dos Santos.** b) **GT TUBERCULOSE – INDICAÇÃO -** A Secretária-Executiva do CNS recuperou que o GT Tuberculose foi aprovado em 2008 e, na última reunião da Mesa Diretora do CNS, foi solicitada a instalação do GT. Solicitou, inclusive, informações sobre o objetivo desse Grupo. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** informou que o GT foi constituído na reunião ordinária de novembro de 2008 no debate da Política de AIDS e a co-infecção da tuberculose. Na oportunidade, foram indicados para o GT: José Marcos de Oliveira, Artur Custódio de Souza, Jurema Werneck, Dráulio Barreira e Carlos Basília (os dois últimos na condição de convidados). Diante desse esclarecimento, Conselheiro **Volmir Raimondi** registrou que o objetivo do GT é estudar a situação relativa à tuberculose, incluindo a Portaria 1.777. **Deliberação: foram indicados os seguintes nomes: Usuários – José Marcos de Oliveira e Artur Custódio de Souza; Trabalhadores da Saúde - Fernanda Magno e Rosane Nascimento; Gestores – a indicar. Convidados – Dráulio Barreira e Carlos Basília. Os conselheiros interessados poderão contribuir com o GT.** c) **GT RIO DE JANEIRO – INDICAÇÕES –** Conselheiro **Volmir Raimondi** explicou que o Pleno deveria indicar um nome para substituir a Conselheira Nildes de Oliveira Andrade, que se retirou do GT. Dada a dificuldade de convocar o Grupo, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, propôs a indicação de mais dois nomes para o GT (um do segmento dos usuários e um do segmento dos trabalhadores da saúde). **Deliberação: foram indicados os seguintes nomes para o GT: Usuários - Gilson Silva e Alexandre Magno Soares; e segmento dos trabalhadores da saúde - Geraldo Alves Vasconcelos.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** solicitou à Secretaria-executiva que fizesse contato com Marcos Gonçalves para saber sobre a permanência dele no GT ou não. d) **III ENCONTRO NACIONAL DA CIST –** A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, fez um informe do III Encontro Nacional das CISTs, a realizar-se nos dias 15 e 16 de dezembro de 2010, em Brasília. Explicou que o Encontro contará com trezentos participantes: representantes das CISTs: Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais e Coordenadores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CERESTs. Clarificou que o objetivo geral é fortalecer o controle social no processo de implementação da PNST, considerando o papel das CISTs no assessoramento aos Conselhos de Saúde na temática de saúde do trabalhador. Comunicou que esse evento será custeado pela SVS, exceto passagens e diárias dos membros da CISTs. Portanto, por se tratar de uma parceria e não sendo custeado pelo CNS, não havia impedimento para realização. Por fim, disse que está prevista a participação dos conselheiros nacionais que compõem a CIST/CNS e outros conselheiros interessados poderiam manifestar-se naquele momento. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** solicitou esclarecimentos sobre o financiamento de atividades pelo CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, clarificou que o Plenário definiu os eventos a serem realizados em 2010: seminários de atenção primária; e público versus privado; e de residência multiprofissional. Desse modo, outros eventos temáticos deveriam ser realizados mediante parcerias, como é o caso do III Encontro da

CIST. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** defendeu a aprovação do Encontro e solicitou a inclusão das CERESTs municipais no seminário. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, esclareceu que está prevista a participação dos CERESTs, que são regionais. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** pleiteou a participação dos coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que verificará a possibilidade de atender a demanda e, se não for possível, poderá ser contemplado um coordenador por região. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** propôs que o Encontro verificasse as respostas acerca dos temas levantados pela 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: utilização de agrotóxico; contaminação; e LER, DORT e saúde mental. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou que o CNS custeie a participação dos conselheiros nacionais de saúde no Encontro, por se tratar de um debate central do Conselho. Além disso, sugeriu que o Encontro debata também os seguintes temas: agrotóxicos, ambientes de trabalho, entre outras ações de vigilância. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, solicitou que o Pleno defina um número de conselheiros nacionais, no caso de ampliar a participação no Encontro. O Conselheiro Estadual/MS, **Anísio Guilherme da Fonseca**, solicitou que o Encontro discuta o avanço da cultura da cana-de-açúcar, da plantação do eucalipto e agronegócio, com mão-de-obra indígena análoga à escravidão, entre outras questões relativas à saúde do trabalhador indígena. Conselheiro **João Donizetti Scaboli** explicou que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador foi assinada pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência, mas ainda não foi homologada pelo governo federal. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** ressaltou a importância de convidar as centrais sindicais para esse debate e garantir a participação dos coordenadores de Plenária de Conselhos de Saúde, além de contemplar o debate sobre a vigilância sanitária. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** propôs os seguintes enfoques para o Encontro: mulher trabalhadora; violência sofrida pela mulher no trabalho; e visão da mulher na Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Conselheira **Maria Ermínia Ciliberti**, dada a transversalidade da Política de Saúde do Trabalhador, reforçou a importância da participação de outros conselheiros nacionais e de outros movimentos no Encontro, como populações vulneráveis, mulheres, indígenas... Também enfatizou que os trabalhadores devem estar representados nesse encontro e que se garanta a paridade na representação dos representantes dos centros de referência. Conselheira **Marisa Fúria Silva** enfatizou que é preciso focar a situação do trabalhador que atua na área de saúde mental e garantir a participação dos conselheiros nacionais interessados. Encaminhando, Conselheiro **Volmir Raimondi** colocou em votação a proposta de realizar o III Encontro Nacional das CISTs. **Deliberação: aprovada a realização do III Encontro Nacional das CISTs, nos dias 15 e 16 de dezembro de 2010.** Em seguida, encaminhou a votação das seguintes propostas: doze vagas, distribuídas de forma paritária, para os conselheiros nacionais de saúde e a participação da coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde (número de coordenadores a definir); e levar à comissão organizadora do Encontro a proposta de a representação dos centros de referência contemplar os três segmentos – usuários, trabalhadores e gestores. **Deliberação: o Plenário aprovou doze vagas, distribuídas de forma paritária, para os conselheiros nacionais de saúde e a participação da coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde (número de coordenadores a definir).** Além disso, acordou-se que será levada à comissão organizadora do Encontro a proposta de contemplar os três segmentos – usuários, trabalhadores e gestores – na representação dos CERESTs. e) - MATERIAL GRÁFICO DO CNS – A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, solicitou a autorização do Pleno para impressão dos seguintes documentos, por serem os mais procurados: Agenda Política do CNS; folder de apresentação do CNS; Relatório da Caravana em Defesa do SUS; Carta de Direitos dos Usuários do SUS; e livro da legislação do SUS. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou a publicação do material em Braille. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, comprometeu-se a verificar a possibilidade de publicação de material em Braille. Em seguida, esclareceu à Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** que a publicação do material da 14ª Conferência Nacional de Saúde não é feita no CNS e que há recurso disponível no MS para esse fim. Conselheiro **Alexandre Magno Soares** perguntou sobre a possibilidade de incluir outros documentos no livro de legislação do SUS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, sugeriu que a inclusão de outros documentos no livro de legislação do SUS fosse feita em uma segunda edição. **Deliberação: o Plenário autorizou a impressão dos seguintes documentos: Agenda Política do CNS; folder de apresentação do CNS; Relatório da Caravana em Defesa do SUS; Carta de Direitos dos Usuários do SUS; e livro da legislação do SUS. A SE/CNS verificará a possibilidade de publicar os documentos em Braille e de incluir, em uma segunda edição, outros documentos no livro de legislação do SUS.** Conselheira **Denise Torreão** solicitou informações sobre o Relatório da Conferência Nacional de Saúde Mental. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que o relatório seria apresentado na reunião ordinária de outubro e, após a aprovação, o Ministério da Saúde faria a publicação. Conselheira

Denise Torreão solicitou que a SE/CNS envie o relatório aos conselheiros com antecedência e anexo o relatório de avaliação da comissão organizadora acerca da Conferência (até 30 de setembro de 2010). Se não for possível enviar com antecedência, apresentar o relatório na próxima reunião sem deliberação. **Deliberação: pautar o relatório na próxima reunião do CNS; enviar o documento com antecedência e anexo o relatório de avaliação da comissão organizadora acerca da Conferência (até 30 de setembro). Se não for possível enviar com antecedência, apresentar o relatório na próxima reunião sem deliberação.** Conselheira **Denise Torreão** também solicitou que a comissão organizadora encaminhasse aos conselheiros um levantamento dos participantes da Conferência de Saúde Mental – representação e estados de origem. **f) - COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª Conferência Nacional de Saúde – 14ª CNS – Composição da mesa:** Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, da Comissão Organizadora da 14ª CNS; e **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. **Coordenação:** Conselheiro **Volmir Raimondi**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a comissão organizadora da 14ª CNS elaborou uma proposta de tema central, de eixos temáticos e de estrutura. Primeiro, apresentou a sugestão de tema central, definida após longo debate da Comissão Organizadora: Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio da vida. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que a Comissão Organizadora empenhou-se para definir um tema que expressasse a ação inovadora da Conferência e convocasse a sociedade brasileira para debate, com foco nos municípios. Além disso, destacou que a proposta de tema tenta demonstrar a relação do povo brasileiro com o SUS para que todos se sintam partícipes do Sistema. Também se buscou demonstrar o SUS na lógica da seguridade social, conforme previsto na Constituição Federal e recuperar a idéia do SUS como patrimônio. Por fim, ressaltou que a proposta de tema central expressa também o pensamento do Ministério da Saúde. Na sequência, foi aberta a palavra aos demais integrantes da Comissão Organizadora da 14ª CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, da Comissão Organizadora da 14ª CNS, lembrou os debates das conferências anteriores em relação a temário e destacou que a 12ª e a 13ª Conferências de Saúde apontaram a importância de tratar da saúde e seguridade. Disse que a comissão organizadora promoveu uma ampla discussão e propôs um tema contemplando a seguridade social no sentido de, inclusive, definir uma agenda. Além disso, ressaltou que a idéia de SUS como patrimônio visa fortalecer os princípios e diretrizes desse Sistema. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, da Comissão Organizadora da 14ª CNS, destacou que o tema convoca a sociedade para o debate do SUS e enfatiza a importância de pensar o SUS como tripé da seguridade social. Conselheira **Maria Thereza Antunes**, da Comissão Organizadora da 14ª CNS, apresentou a seguinte proposta de adendo ao tema central: “Todos usam o SUS. *Você sabia?*”. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, da Comissão Organizadora da 14ª CNS, destacou que, após definição do tema, é essencial definir agenda de comunicação para envolver a sociedade brasileira na Conferência. Conselheiro **Arnaldo Marcolino**, da Comissão Organizadora da 14ª CNS, destacou a riqueza do debate da Comissão e frisou a importância do tema. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** avaliou que, para mobilizar a sociedade em prol da defesa do SUS, o CNS deve ir até o povo. Ressaltou que a 14ª Conferência deve chamar o povo à responsabilidade, na lógica de mobilizar bilhões em torno do patrimônio (do povo) que é o SUS. Nesse sentido, apresentou como proposta de tema central: “O SUS é seu e a saúde é sua, cuide!”. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, primeiro, ponderou que se corre o risco de reeditar algo que não deu certo, iniciando-se com a definição de tema para depois pensar na conferência como um todo. Na sua avaliação, O Plenário deve iniciar esse processo de preparação com um debate sobre o que politicamente se deseja da conferência nacional de saúde: aprovar inúmeras propostas que, na prática, não são implementadas? ou promover um debate mais qualificado na perspectiva da seguridade social? Conselheiro **Alexandre Magno Soares** avaliou que é preciso estar “junto do povo” e opor-se à contra-reforma do Estado e do Estado neoliberal. Nessa linha, propôs como tema: “Todos usam o SUS: dever do Estado, direito do cidadão”. Conselheira **Maria Natividade Santana** ressaltou que a 14ª CNS deve mostrar que no município tudo deve acontecer com mais intensidade, pois muitas vezes os gestores não têm a compreensão do que é o SUS. Além disso, destacou como papel da 14ª CNS, além de apresentar propostas, educar os cidadãos sobre o SUS. Sintetizou que é momento de ressaltar os avanços alcançados e mostrar à população os desafios para a defesa do SUS. Conselheiro **Manoel Messias Nascimento Melo** justificou a sua ausência na reunião da comissão organizadora e colocou que a 14ª é um espaço de disputa “do coração e da mente” da população brasileira em defesa do SUS vez que há uma campanha midiática contrária ao Sistema. Nessa linha, disse que é preciso avançar no debate com a população, os militantes do Sistema e os gestores a respeito dos gargalos do SUS. Acrescentou que se faz necessário pensar em um mote para mostrar à população o que é o SUS e como o Sistema é importante para a população. Por fim, disse que a linguagem não deve voltar-se aos militantes do SUS, mas sim envolver efetivamente os usuários do Sistema. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** defendeu a elaboração de um plano de ação, resultado e prestação de contas da

14ª CNS. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, na lógica de fazer chegar a mensagem ao povo, propôs como tema central: “O SUS é nosso, defenda-o!” Conselheiro **Arlison Cardoso** concordou que é preciso trabalhar o tema com linguagem popular permitindo à população apropriar-se dele. Frisou que a Conferência deve discutir temas centrais na lógica de superar os desafios do SUS que impedem o avanço da gestão, dificultam o acesso do usuário e criam dificuldades para organização do Sistema. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** chamou a atenção para a riqueza do debate da Comissão Organizadora na definição da proposta de tema central e de eixos temáticos. Em que pese esse esforço, concordou que a proposta de tema não mobiliza a população e, nesse sentido, defendeu um tema na lógica de que “o SUS é de todos”. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** disse que o Pleno deve buscar uma mensagem capaz de mobilizar a população em torno de uma agenda e provocá-la para o debate. Identificou que é consenso a necessidade de explicitar a idéia de pertencimento e de universalidade do SUS e de mostrar o desafio da apropriação dessa política pública pelo povo brasileiro. Portanto, deve-se discutir a forma e definir a melhor maneira para essa chamada. Por outro lado, avaliou que não ficou clara a questão da seguridade social. Apesar da importância da agenda da seguridade social, manifestou preocupação com a inclusão dessa questão no “subtema” da Conferência, porque não se configura em uma agenda de discussão política do movimento sanitário. Ademais, concordou que a seguridade social é uma questão relevante, mas não ao ponto de impedir o avanço do debate. Nesse sentido, ponderou sobre a possibilidade de retirar o termo “seguridade social” do tema e incluir nos eixos temáticos. Conselheira **Maria Natividade Santana** informou que, segundo pesquisa da SGE/MS, a grande maioria dos usuários do SUS está satisfeita com o Sistema (mais de 80%) e também destacou a pesquisa do CONASEMS que demonstra a aprovação dos usuários do SUS. Propôs, inclusive, em outra oportunidade, aprofundar o debate sobre os resultados dessas pesquisas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** avaliou que “Todos usam o SUS” deve ser o lema da 14ª Conferência, contemplando a idéia do SUS na Seguridade Social. Lembrou a luta do CNS por um sistema de proteção social para a população brasileira - saúde como qualidade de vida (e não apenas de ausência de doença) – com articulação do SUS e SUAS. Nessa linha, defendeu a proposta construída pela Comissão Organizadora que é resultado de um processo coletivo de construção, com melhoria, ser o caso, da forma (texto) por uma equipe de comunicação. Conselheiro **José Carrijo Brom** avaliou que o conteúdo da 14ª CNS deve possibilitar a repolitização do debate do SUS, envolvendo a população na defesa do Sistema. Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, na tentativa de um consenso, apresentou uma sugestão de tema a partir da convergência a respeito da idéia “todos usam o SUS”: “Todos usam o SUS. A saúde pública no cotidiano das pessoas.” Como encaminhamento, propôs a votação da primeira parte “todos usam o SUS” e a definição da segunda parte no dia seguinte. Também solicitou esclarecimentos sobre a publicação do decreto de convocação da 14ª CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, clarificou que era preciso aprovar o tema na reunião, a fim de possibilitar a publicação do decreto. Destacou que a não publicação do decreto em 2010 pode dificultar o calendário aprovado. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** discordou da proposta do Conselheiro Clóvis Bouffleur, considerando que fora derrotada na reunião da Comissão Organizadora e defendeu a discussão do tema como um todo, assegurando o debate coletivo dessa Comissão. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** propôs a definição do tema na reunião ordinária do CNS de outubro e a publicação do decreto no mesmo mês. Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, primeiro, explicou que não retomou a proposta que apresentara na reunião da Comissão Organizadora. Recuperou que foi submetida à apreciação do Pleno uma proposta de consenso da Comissão Organizadora e as intervenções dos conselheiros foram no sentido de valorizar a participação das pessoas na linha de “todos usam o SUS. Diante dessa convergência, clarificou que propusera a votação do mérito “todos usam o SUS”. A respeito da seguridade social, disse que não houve consenso sobre a inclusão no tema central. Em síntese, frisou que tentara apresentar uma proposta mediadora e não encerrar o debate ou colocar a questão de forma simplista ou antidemocrática. Conselheira **Maria Natividade Santana** defendeu a aprovação do tema central da 14ª CNS na reunião, a fim de evitar prejuízos ao processo. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez uso da palavra para propor que a Comissão Organizadora não destruísse o debate coletivo, em nome da individualidade e que se reunisse para debater as sugestões de tema central e apresentar uma proposta no dia seguinte. Encaminhando, Conselheiro **Volmir Raimondi** falou da urgência de definir o tema central naquela reunião e enumerou as propostas de tema central apresentadas durante o debate: **1) Proposta original: Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio da vida. 2) O SUS é meu, seu e nosso. 3) Todos usam o SUS: dever do Estado, direito do cidadão. 4) Todos usam o SUS, você sabia? SUS na seguridade social – política pública, patrimônio da vida. 5) Todos usam o SUS. A saúde pública no cotidiano das pessoas.** Diante dessas propostas, perguntou sobre a possibilidade de construir consenso sobre o tema central. Caso não fosse possível, a Comissão Organizadora se reuniria para definir uma proposta a ser submetida à apreciação do Pleno. Conselheiro **Manoel**

Messias Nascimento Melo propôs, como etapa seguinte, que especialistas em comunicação trabalhem a idéia aprovada pelo Plenário do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, disse que é consenso no Pleno a proposta de trabalhar a idéia do tema central por especialista em comunicação. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** propôs que as cinco propostas fossem apresentadas a especialistas em publicidade com vistas à construção de um tema central que contemplasse as sugestões. Conselheira **Maria Natividade Santana** solicitou que a equipe de comunicação do CNS fosse consultada sobre a possibilidade de definir um tema central a partir das sugestões. Em resposta, a equipe de comunicação disse não ser possível. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou se o Plenário tinha acordo em fazer uma consulta sobre as sugestões de tema com vistas a identificar o mais aceito para ser trabalhado pela Comissão Organizadora. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou cuidado do CNS para não transformar uma questão política em marketing. Ressaltou que, primeiro, o CNS deve pactuar o que se pretende da 14ª CNS (“mais do mesmo?”). Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** clarificou que priorizar a comunicação não significa entregar as sugestões a uma equipe de comunicação para definir um tema, vez que essa é uma decisão política que cabe ao CNS. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** concordou com a proposta de fazer consulta sobre os temas. Feitas essas considerações, a mesa fez uma consulta sobre as cinco propostas para verificar a que serviria de referência. **1) Proposta original: Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio da vida. 15 votos.** 2) O SUS é meu, seu e nosso. 4 votos. 3) Todos usam o SUS: dever do Estado, direito do cidadão. 2 votos. 4) Todos usam o SUS, você sabia? SUS na seguridade social – política pública, patrimônio da vida. 5 votos. 5) Todos usam o SUS. A saúde pública no cotidiano das pessoas. Essa proposta foi retirada pelo proponente, Conselheiro Clóvis Boufleur. **Deliberação: diante desse resultado, o Pleno definiu que a Comissão Organizadora se reuniria no final do dia para trabalhar o tema central tendo como referência a proposta: Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio da vida. Os conselheiros Ronald Ferreira dos Santos, Maria Thereza Antunes, Alexandre Magno, autores das sugestões de temas, participariam do debate da Comissão Organizadora.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu os trabalhos para o almoço. Retomando, o Presidente do CNS falou das matérias veiculadas na Rede Globo sobre práticas integrativas e complementares. **Deliberação: elaborar nota em resposta às matérias veiculadas na Rede Globo sobre práticas integrativas e complementares; e pautar o tema na próxima reunião da Comissão CNS de Práticas Integrativas e Complementares do SUS.** A seguir, o Presidente do CNS informou que no dia 21 de setembro de 2010 o Fórum Nacional de Defesa da ADIn contra as OSs terá audiência com o Ministro Carlos Aires Brito, relator de uma das ADINs sobre OSs. Explicou que se reuniria com os integrantes do Fórum e, em seguida, iria para a audiência, para a qual também fora convidado. Disse que a idéia é enviar orientação aos conselhos estaduais para que também possam aderir ao Fórum. Informou que o Deputado Rosinha, do PT do PR, apresentou projeto de lei na Câmara Federal propondo que nenhum serviço de saúde possa ser transferido para OS. Nesse sentido, sugeriu que o CNS converse com o Deputado Rosinha e outros parlamentares para verificar como avançar. Também informou o Pleno sobre a audiência com o Ministro Alexandre Padilha da qual participaram Conselheiro Valdenir França, Conselheiro Jurandi Frutuoso, Conselheiro Antônio Alves; Conselheira Nildes de Oliveira Andrade; e José Ênio, do CONASEMS. Disse que o Ministro mostrou-se aberto à agenda do CNS, comprometeu-se a verificar a solicitação de audiência com o Presidente da República e acenou a possibilidade de mobilização, com a participação direta do governo, em prol da regulamentação da EC nº. 29, após as eleições e de audiência do CNS com o próximo presidente eleito. Antes de passar ao próximo item, registrou e agradeceu a presença dos coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde na reunião.

ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS - APROVAÇÃO DE PARECERES DA CIRH - Composição da mesa: Conselheira **Maria Helena Machado**, Coordenadora da CIRH/CNS; Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, da CIRH/CNS. **Coordenação:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Antes de iniciar, Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** perguntou à Conselheira Maria Helena Machado, na condição de diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – DGRTS/MS, se é irrevogável a decisão do Ministério da Saúde de definir uma carreira para apenas três das profissões da saúde. Conselheira **Maria Helena Machado** solicitou ao conselheiro que explicasse ao Pleno as solicitações da Federação Nacional dos Farmacêuticos ao DGRTS/MS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que a FENAFAR encaminhou dois ofícios ao DGRTS/MS: um manifestando o entendimento de que o debate sobre a carreira do SUS deveria contemplar todas as profissões da saúde; e outro explicitando as razões pelas quais entende que os farmacêuticos devem participar da comissão especial que discutirá a carreira. Conselheira **Maria Helena Machado** explicou que o Departamento respondeu à Federação que, nesse momento, o objetivo é definir uma política para as três carreiras voltadas à atenção básica, com ênfase nas áreas desassistidas. Na sua visão pessoal, é importante

contemplar a Farmácia, contudo, essa decisão depende de conversa com o Ministro da Saúde e com a Comissão designada por ele. Por fim, disse que está à disposição para abrir debate no CNS e definir uma proposta de acordo com a realidade do país e do SUS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** disse que participou da reunião de instalação da Comissão Especial para elaboração de proposta de carreira para o SUS e, nessa oportunidade, apresentou a posição do CNS de carreira única para todas as profissões. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** perguntou se o representante do Ministério da Educação no CNS enviou o balanço do MEC a respeito dos pareceres do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que entrará em contato com o conselheiro do MEC e tentará trazer o balanço na próxima reunião do Conselho. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** avaliou que a instalação oficial da Comissão Especial para elaboração de proposta de carreira para o SUS representa um grande ganho. Portanto, agora, é preciso trabalhar para incluir todas as profissões da saúde. Conselheira **Maria Helena Machado** clarificou que o foco da Comissão Especial é discutir a fixação de profissionais de saúde nas regiões remotas do país. Também informou que o Professor Adib Jatene participou da última reunião da CIRH para apresentar as experiências da Comissão de Ensino Médico do MEC, presidida por ele, que avalia as condições das escolas médicas do país. Disse que o professor colocou-se à disposição para tratar desse assunto em reunião do CNS. Além disso, comunicou que a Universidade Federal de Sergipe solicitou autorização para extensão do curso de Medicina no município de Lagarto. Nesse caso, solicitou a permissão do Plenário para uma visita da CIRH/CNS de avaliação *in loco* visando o levantamento de subsídios para o parecer da Comissão. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** manifestou satisfação com a proposta de visita *in loco* e solicitou que, dentro das possibilidades, a Comissão adotasse esse procedimento como rotina. Encerrada essa primeira parte, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou treze pareceres ao Plenário do CNS: sete de autorização e seis de reconhecimento. Iniciou pelos processos de autorização: 1) Referência: Processo nº. 201000020. Interessado: Faculdade de Ciências Médicas de Barretos Dr. Paulo Prata. Curso: Autorização do Curso de Medicina. Parecer: insatisfatório. 2) Referência: Processo nº. 200913862. Interessado: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Curso: Autorização do Curso de Medicina. Parecer: insatisfatório. 3) Referência: Processo nº. 201002172. Interessado: Faculdade Nobre de Feira de Santana. Curso: Autorização do Curso de Medicina. Parecer: insatisfatório. 4) Referência: Processo nº 200913458. Interessado: Centro Universitário Ritter dos Reis. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 5) Referência: Processo nº 200913865. Interessado: Faculdade Maurício de Nassau de Salvador. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 6) Referência: Processo nº. 200912977. Interessado: Faculdade Norte do Paraná. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 7) Referência: Processo nº. 200804601. Interessado: Faculdade São Francisco de Assis. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. Em seguida, apresentou os pareceres relativos a processos de reconhecimento: 1) Referência: Processo nº. 200909664. Interessado: Faculdade Cathedral. Curso: Reconhecimento de Curso de Odontologia. Parecer: insatisfatório. 2) Referência: Processo nº. 20070010163. Interessado: Universidade Potiguar. Curso: Reconhecimento do Curso de Odontologia. Parecer: satisfatório. 3) Referência: Processo nº 201000128. Interessado: Instituto de Ciências da Saúde. Curso: Reconhecimento do Curso de Medicina. Parecer: insatisfatório. 4) Referência: Processo nº. 200907322. Interessado: Centro Universitário de Barra Mansa. Curso: Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 5) Referência: Processo nº 200901871. Interessado: Faculdade Anhembí Morumbi. Curso: Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 6) Referência: Processo nº 200904211. Interessado: Faculdade Católica Salesiano do Espírito Santo. Curso: Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. **Deliberação: os pareceres foram aprovados em bloco, por unanimidade.** Na sequência, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou um informe sobre a preparação do seminário de residência multiprofissional em saúde. Explicou que, no dia 13 de setembro, representantes da CIRH e a SE/CNS reuniram-se com representantes do MEC e MS e, após debate, acordou-se pela marcação de uma reunião com os atores envolvidos para discutir as questões relativas à residência profissional em saúde e ouvir demandas. Depois desse encontro, serão definidas a pauta e a data do seminário de residência multiprofissional em saúde. Conselheira **Maria Helena Machado** disse que, nessa reunião, o MEC, responsável pela coordenação do processo, reconheceu a necessidade de abrir o diálogo, incluindo outros atores nesse processo, de forma a discutir o assunto e a proposta do seminário com um grupo ampliado. Conselheiro **Ubiratan Cassano** sugeriu que o conselheiro Pedro Tourinho de Siqueira, representante da Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG, fosse convidado a participar do processo de organização do seminário. **Deliberação: o Plenário aprovou a participação do Conselheiro Pedro Tourinho na organização do seminário de residência multiprofissional.** Na sequência, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** colocou em apreciação a proposta de visita *in loco* da CIRH/CNS à Universidade Federal de Sergipe com a finalidade de avaliar as condições para extensão do curso de Medicina no município

de Lagarto. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** reconheceu que, nesse caso, é necessário visitar a instituição de ensino para a emissão de parecer. Contudo, manifestou desconforto com a falta de critérios para definir as visitas *in loco*. Na sua avaliação, é preciso rever o método de análise dos processos, incluindo a possibilidade da visita como parte do processo de avaliação. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que a proposta do Presidente do CNS está contemplada no processo de definição da sistemática de avaliação. **Deliberação: aprovada visita in loco da CIRH/CNS à Universidade Federal de Sergipe para avaliar as condições para extensão do curso de Medicina no município de Lagarto. ITEM 5 – SITUAÇÃO ATUAL DA ASSISTÊNCIA SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA NO BRASIL – Composição da mesa: Josafá dos Santos**, Diretor Substituto do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC/SAS/MS; **Maria Ângela de Avelar Nogueira**, Coordenadora Geral de Média e Alta Complexidade – CGMAC/DAE/SAS/MS; e **Maria Inez Gadelha**, diretora do DAE/SAS/MS. **Coordenação: Conselheiro Antônio Alves de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. De início, o Presidente do CNS explicou que esse tema foi pautado a partir da necessidade de definir uma forma de diagnosticar a demanda reprimida por procedimentos especializados. Feito essa consideração, a diretora do DAE/SAS/MS, **Maria Inez Gadelha**, fez uma apresentação sobre a situação atual da assistência secundária e terciária no Brasil. Iniciou a sua fala manifestando satisfação com a visão do CNS na proposição do tema, vez que, no SUS, costuma-se chamar de secundário a média complexidade e terciário a alta complexidade. Explicou que a atenção secundária e terciária do SUS depende intensamente da prestação de serviços privados, as estruturas assistências do SUS são ambulatoriais e o sistema brasileiro possui mais de 210 mil estruturas prestadoras de serviços. Salientou que a estruturação desse nível de atenção (mais de 70% das unidades de natureza privada, não público – filantrópico, privado com fins lucrativos, privado sem fim lucrativo) dificulta a gestão do Sistema, que, sendo de gestão pública, tem que conviver com portas assistenciais que não estão na sua total governabilidade. Portanto, faz-se necessária uma consciência de prestação de serviço público que nem todo prestador possui. Detalhou que, ao analisar o perfil estrutural das situações existentes, vê-se que quanto mais privado, mais seletiva é a prestação de serviço (exemplo: 89% do total de clínica especializada/ambulatório é de natureza privada). Ressaltou que há um conflito de visão entre a gestão pública e o privado, pois o segundo tem a visão característica do lucro. No que diz respeito à produção hospitalar e ambulatorial no Brasil, enfatizou que o quadro também é conflituoso, porque as entidades de natureza pública produzem muito mais, porém a distribuição do ressarcimento entre público e privado é semelhante. Acrescentou ainda que a maioria dos prestadores de serviço de natureza privada atende a dois sistemas: saúde suplementar e saúde pública. Ressaltou que esse é o contexto vivido pelos gestores do SUS e que repercute no acesso às portas assistenciais secundárias e terciárias. A respeito da Média e Alta Complexidade, disse que o Ministério da Saúde possui duas macro ações: 1) formulação e implantação das políticas (estratégicas) para atenção especializada (média e alta complexidade), otimizando e organizando a atenção integral à saúde; e 2) organização, reestruturação e ampliação da rede de atenção especializada e definição de investimentos para a média e alta complexidade. Detalhou que as principais áreas temáticas da alta complexidade são: auditiva; cardiovascular; cirurgias eletivas; fisioterapia; gastroplastia; implante coclear; lábio palatal; lipodistrofia; neurocirurgia; oftalmologia Olhar Brasil; oncologia; ortopedia; patologia clínica; queimados; terapia nutricional; triagem neonatal; e terapia renal substitutiva. Na sequência, passou a abordar algumas das áreas temáticas da alta complexidade. A respeito da MAC – Saúde Auditiva, disse que há unidades para a atenção secundária e para a atenção secundária e terciária que acompanham a distribuição populacional do país, com concentração na Região Sudeste, Nordeste e Sul e dificuldade de oferta de serviços na Região Norte. Em termos de produção, a evolução de série histórica é crescente. Na MAC Cardiovascular, o perfil é o mesmo: mais oferta de serviço de atenção secundária e unidades mais complexas (centros de assistência) em proporção menor. A distribuição acompanha a distribuição populacional e a facilidade do gestor em ofertar e contratar serviço. Além disso, destacou que a cardiologia possui uma rede ampla. A respeito da MAC-cirurgias eletivas, detalhou que a produção é progressiva e o valor igualmente progressivo (R\$ 8 milhões a R\$ 613 milhões), sendo procedimentos predominantemente ambulatoriais. Ainda sobre a produção cirúrgica no SUS, destacou, no período de 2000 a 2009, o aumento progressivo tanto de frequência quanto de valor: de menos de 1,5 milhão de procedimentos para mais de 17 milhões, com valor que saiu de R\$ 271 milhões para R\$ 4 bilhões. Disse que os procedimentos catalogados como eletivos tiveram aumento substancial e estudo comparativo entre o aumento do percentual da produção de procedimentos e o aumento percentual de faixas etárias demonstrou que, na maioria dos casos, a produção foi maior que o crescimento da faixa etária, com exceção das cirurgias de próstata. Por essa razão, o Ministério da Saúde lançou, em outubro de 2009, a Política Nacional da Saúde do Homem. No que se refere ao MAC – Gastroplastia, esclareceu que o acesso é dificultado e, diante do crescimento da obesidade no país, é necessária intervenção no autocuidado. Nesse caso, disse que na análise da demanda reprimida deve-se

considerar que o paciente precisa permanecer obrigatoriamente em fila de espera por dois anos como pré-operatório. A respeito da MAC Neurocirurgia, disse que obedece ao padrão de distribuição do país, com exceção da Região Centro-Oeste. No que se refere a MAC Oftalmologia, explicou que foi a área que menos teve resposta, sendo que a política foi lançada em 2008, mas a rede não foi constituída. Sobre a MAC Traumatismo-Ortopedia, informou que também passou por ampla revisão. No que se refere a MAC Doença Renal, disse que a terapia renal substitutiva domina a assistência em doentes renais. Frisou que é preciso investir em ações de atenção básica para evitar doentes renais dependentes de diálise. Acrescentou que a terapia renal substitutiva é a área assistencial de maior custo individual por sistema (em 2009, R\$ 1,7 bilhão). A propósito da MAC Oncologia, ressaltou que é uma das áreas cuja política vem sendo implantada e acompanhada desde 1998. Explicou que se trata da maior rede do país e todos os Estados do possuem, pelo menos, um serviço habilitado em oncologia e apenas dois Estados não possuem serviço de radioterapia (Amapá e Roraima). Explicou que hoje são 276 hospitais habilitados em oncologia no país, com distribuição mais harmônica entre as regiões. Destacou que no período de 1999 e 2009 os gastos com federais com serviços oncológicos no SUS passou de R\$ 470,5 milhões para R\$ 1,6 bilhão. Seguindo, mostrou um quadro da evolução dos gastos do Ministério da Saúde, de 2006 a 2008, citando, como exemplo, o MAC que passou de cerca de R\$ 18 bilhões para R\$ 25 bilhões. Ressaltou que se trata de uma área que demanda maior gasto e maior acompanhamento. Disse que se trata de uma área com investimento constante e que representa quase metade dos gastos executados pelo SUS. Também mostrou uma tabela da evolução dos recursos federais do SUS para a assistência de média e alta complexidade, com aumento constante em todas as regiões. Continuando, fez uma reflexão sobre como continuar avançando no SUS. Lembrou que os sistemas de saúde no mundo passam por graves crises e precisam realizar reforma. No caso dos EUA, destacou: fim do *welfare state*; e privatização (modelo liberal-conservador ou neoliberal). Na Europa, a situação é a seguinte: Reino Unido: compra de serviços de públicos, privados e beneficentes; Canadá: seguro-saúde universal/compra de serviços - mais privados; Suécia: competição pública - oferta pública de serviços; Holanda: seguro-saúde único e obrigatório; Alemanha: contenção de custos; Nova Zelândia: reforma sanitária; Espanha: pública descentralizada e trabalhista/privada; e Itália: reforma da reforma. Frisou que todos os países questionam a universalidade e a equidade (acesso aos serviços de saúde) e propõem a desintervenção estatal. Explicou que os países de baixa renda podem proporcionar o básico: saúde pública e serviços básicos de nutrição. Os países de renda média podem gastar mais, focalizando os investimentos no desenvolvimento infantil, prevenção, melhores instituições na prestação de serviços de saúde. Os países ricos oferecem mais e melhores serviços, mas há necessidade de focalizar o gasto, acentuar a prevenção e garantir instituições efetivas. Esclareceu que os países em estágios iniciais de desenvolvimento apresentam forte centralização de ações e políticas, liderança pessoal e recursos governamentais e externos. Por outro lado, os países desenvolvidos possuem coordenação muito tênue, descentralização e orientado para demanda e tecnologia. No Brasil, a coordenação é centralizada, estrutura pública de saúde (SUS), ações descentralizadas e ações normativas. Por fim, mostrou um quadro com comparação internacional de gastos com saúde 2002, destacando que, em relação ao PIB, não há grande diferença, mas por outro lado, o problema refere-se à renda. No que se refere a gastos e resultados, destacou que há avanços em termos de sobrevivência, expectativa de vida...**Manifestações.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** agradeceu a expositora pelas ricas informações e destacou que o CNS tenta ajudar na modificação e transformação de culturas pré-estabelecidas. Citou, por exemplo, o equívoco em considerar alta complexidade como mais cara e, inclusive, destacou que os profissionais de saúde da atenção básica, considerada de baixa complexidade, são penalizados. Ressaltou que esse é um equívoco porque a atenção primária é o que há de mais complexo na atenção à saúde. Disse que os dados apresentados mostram a aproximação do Brasil com o modelo americano e a lógica equivocada de financiamento e de execução orçamentária. Por fim, solicitou ao Ministério da Saúde que disponibilize dados, especificando quanto cabe ao setor privado e ao setor público, inclusive para subsidiar o seminário do CNS sobre As Relações Público x Privado no Sistema Único de Saúde. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** também cumprimentou a expositora pelas informações que irão subsidiar os seminários do CNS de atenção básica e de público x privado. Além disso, destacou que o CNS, por meio da Comissão de Saúde Suplementar, pode fazer um diagnóstico da relação saúde suplementar e atenção secundária e terciária no que diz respeito ao ressarcimento ao SUS. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** chamou a atenção para a relevância do debate e manifestou satisfação com a apresentação do consolidado do grupo de despesas (esses dados não são mais disponibilizados para domínio público). Todavia, frisou que é preciso qualificar esses dados, para analisar o impacto. Disse que a tendência se consolida: atenção básica não interessa à iniciativa privada porque não é lucrativa; e atenção terciária não interessa porque o alto custo causa prejuízo. Assim, a iniciativa privada centra a prestação de serviços em determinados procedimentos da atenção secundária e terciária

(ambulatorios e apoio a diagnóstico). Nessa linha, solicitou maiores detalhes sobre essa atuação da iniciativa privada na prestação desses serviços. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** abordou na sua fala a questão do apoio a diagnóstico, destacando que 30% dos recursos da Média e Alta Complexidade são destinados a esse procedimento. Informou que há um processo de monopolização dos serviços de apoio e diagnóstico por uma empresa de capital estrangeiro, o que é vedado pela Constituição Federal. Ressaltou que Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde devem se manifestar sobre essa questão que ocorre em todo o país. Destacou ainda que o CNS deve debater e posicionar-se sobre a Portaria 1.034, que dispõe sobre a participação do setor privado no processo de atenção e que, dentre outras questões, retira a prerrogativa do controle social de acompanhar a prestação do serviço. Conselheiro **Arilson Cardoso** explicou que os municípios pequenos enfrentam dificuldade para garantir o acesso dos usuários, portanto, é necessário rever a política de financiamento do MAC nesse caso. **Retorno da mesa.** A diretora do DAE/SAS/MS, **Maria Inez Gadelha**, salientou que o excesso de estrutura privada no âmbito do SUS é uma herança do extinto INAMPS e é preciso definir formas para sair da armadilha: financiamento público do SUS, sem governabilidade sob o prestador de serviço. Também concordou que não houve mudança na forma de prestação de serviço. O Diretor DRAC/SAS/MS, **Josafá dos Santos**, comprometeu-se a providenciar o levantamento dos dados solicitados pelo Presidente do CNS. Também informou que o Ministério da Saúde disponibiliza as informações por estados e municípios, mas não o consolidado em nível federal por tipo de bloco de financeiro. Diante da ponderação, dispôs-se a verificar a possibilidade de disponibilizar esse consolidado. **Manifestações.** Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** cumprimentou a expositora e perguntou o que pode ser feito diante da falta de controle, por parte do estado, na compra de medicamento, resultando no desabastecimento da rede. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** avaliou que a conquista dos direitos sociais, o incremento da tecnologia e a conquista dos direitos sociais estão levando o mundo para o esgotamento da capacidade de financiamento dos sistemas de saúde. No Brasil, disse que é possível dobrar a capacidade de investimento com aumento do PIB e avançar na implementação do SUS. Frisou que é preciso evoluir para melhorar a promoção da saúde e reestruturar o Sistema, com mudança do modelo de atenção. Defendeu, nessa lógica, a construção de redes assistenciais com foco nas doenças crônicas. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou o CNS por esse item da pauta e cumprimentou a diretora do DAE/SAS/MS pela explanação. Falou da preocupação com a demanda reprimida por consultadas e exames especializados e enfatizou a importância de debater os dados apresentados inclusive visando à definição de um painel nacional das demandas reprimidas com avaliação de risco. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** destacou o caso da hanseníase em que vários procedimentos existem, mas não são autorizados, outros sequer existem e outros estão desvalorizados. Salientou que é preciso modificar a lógica de financiamento com base no procedimento para avançar nessa e em outras questões. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** cumprimentou a expositora pela explanação e frisou que a saúde, como outras áreas, deve ser pública, gratuita e de qualidade. Conselheiro **Alexandre Magno Soares** pontuou os seguintes problemas a serem enfrentados: informações do CNES desatualizadas; e ausência de governabilidade, por parte do Ministério da Saúde, da contratualização da rede complementar ao SUS, principalmente no que se refere às comissões de acompanhamento e monitoramento. Também solicitou comentários acerca do aumento progressivo das internações hospitalares. Conselheira **Marisa Fúria Silva** perguntou sobre os programas específicos voltados à saúde mental. **Retorno da mesa.** A diretora do DAE/SAS/MS, **Maria Inez Gadelha**, destacou que as preocupações levantadas pelos conselheiros são pontos de debate diário do Departamento. A respeito dos medicamentos, explicou que foi acordada nova distribuição de responsabilidade dos gestores na distribuição e foram definidos componentes diferenciados para aquisição e fornecimento de medicamentos. Disse que parte dos medicamentos de responsabilidade do componente especializado da assistência farmacêutica é de responsabilidade do Estado (compra, mesmo com financiamento federal). Frisou que é difícil obter uma medida da demanda reprimida por procedimentos especializados e avaliou que a regulação é a forma de evoluir nessa questão no âmbito do SUS. A respeito da hanseníase, disse que o Ministério da Saúde submeterá à discussão da CIT uma norma que facilitará o registro e o acesso à informação de procedimento utilizado para tratamento das pessoas com hanseníase. Ressaltou que é preciso deixar claro que o SUS é um sistema misto e a entidade (privada) que presta serviço público transforma-se em um agente público. Disse que o CNES é alimentado pelas secretarias estaduais, assim, é necessária atuação centralizada dos conselhos de saúde no acompanhamento dessa questão para garantir a atualização dos dados. A propósito da contratualização, explicou que é realizada com hospitais públicos e filantrópicos e esse processo é acompanhado pelo Ministério da Saúde, mesmo que de forma processual. Por fim, disse que a saúde mental é uma ação sob a responsabilidade do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde. Por fim, ressaltou que o SUS deve ter uma oferta proporcional às necessidades da população. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** frisou que as três esferas

de gestão – federal, estadual e municipal - precisam melhorar o gerenciamento do Sistema. Apresentou, para debate futuro, a proposta de reverter o recurso não gasto com internação, por conta do investimento em atenção primária, como premiação para investimento na atenção primária. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** salientou que é preciso investir na atenção básica que é o ponto de referência inclusive para a prevenção. Destacou ainda que as entidades podem ajudar na divulgação dos hospitais privados que integram a rede do SUS, inclusive para dar conhecimento à população. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, diante das informações colocadas, reforçou a sua preocupação com a revogação de artigos importantes da Portaria nº. 1.034. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, primeiro, informou que o Ministro da Saúde comprometeu-se em rever a Portaria nº. 1.034 no que foi alterada. No mais, convidou a equipe do Ministério da Saúde para fazer uma apresentação sobre privatização na administração e gerência dos serviços no Seminário do CNS sobre Relação público x privado no SUS. Disse que, na elaboração desse item da pauta foi definida a participação do CONASS e CONASEMS nesse debate para apresentar a visão sobre esse processo e não sabia porque não foi dessa forma. Como encaminhamento, defendeu a definição de um instrumento que possibilite verificar a demanda reprimida por procedimentos no SUS. Disse que isso é possível e citou como exemplo o Ministro da Previdência Social que recebe informações, em tempo real, do INSS. **Retorno da mesa.** A respeito da disparidade na aplicação dos recursos, a diretora do DAE/SAS/MS, **Maria Inez Gadelha**, explicou que, nos anos 90, fez um estudo pessoal de comparação do gasto com tratamento do câncer do colo de útero e da prevenção e verificou que essa é tão cara quanto aquele. Ressaltou que essa questão não pode ser reduzida a simples alocação de recurso e o grande desafio é definir uma projeção de transmissão e de mudança no modelo, que possibilitasse uma mudança na alocação de recurso. Também informou que poucos hospitais prestadores de serviços ao SUS cumprem a exigência de divulgar na fachada que é uma unidade integrante do SUS. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** solicitou aparte para sugerir que uma das exigências para credenciar-se ao SUS seja a divulgação de que é uma unidade integrante do SUS. A diretora do DAE/SAS/MS, **Maria Inez Gadelha**, também avaliou que é um desafio a definição de um instrumento para identificar a demanda reprimida, haja vista a gestão centralizada e a amplitude do Sistema. No seu ponto de vista, o meio para resolver essa questão é a regulação. A Coordenadora da CGMAC/DAE/SAS/MS, **Maria Ângela de Avelar Nogueira**, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição do CNS. O Diretor Substituto do DRAC/SAS/MS, **Josafá dos Santos**, também colocou o Departamento à disposição para maiores esclarecimentos. **Deliberação: o Plenário aprovou uma reunião do CNS (COFIN), se possível antes da próxima Reunião Ordinária o CNS, com MS, CONASS e CONASEMS para discutir a possibilidade de implementar um quadro em tempo real da demanda reprimida por cirurgias eletivas.** Conselheiro **Antônio Alves de Souza** agradeceu a presença dos convidados e encerrou a discussão desse item. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou manifestação do Plenário sobre a publicação da Portaria nº. 1.034. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a Mesa Diretora conversou com o Ministro da Saúde e a Portaria foi republicada com algumas alterações, mas com pendências inclusive no que diz respeito a acompanhamento e fiscalização dos conselhos de saúde. Diante disso, a Mesa Diretora solicitou ao Ministro da Saúde nova publicação da Portaria com o teor solicitado pelo CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a Portaria está sendo reelaborada, conforme as solicitações do CNS e será republicada. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou que a publicação da Portaria está tendo resultados negativos em municípios e estados, portanto, é preciso republicá-la o mais rápido possível. Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, retomou a discussão do item 3 da pauta. **(f) - COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª CNS** - A respeito da 14ª, propôs que os eixos temáticos e a estrutura fossem debatidos na próxima reunião, reservando maior tempo para o debate. Para registro, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** fez a leitura da proposta da Comissão Organizadora para os eixos da 14ª CNS: Eixo I - Reafirmar os princípios e diretrizes do SUS garantidos na Constituição Federal e Leis Orgânicas (8.080/90 e 8.142/90): O SUS legal e o SUS real; Eixo II - Participação da comunidade no SUS - Controle Social; e Eixo III - Gestão pública do SUS. Pacto em defesa da saúde, financiamento e modelo de atenção, relação público x privado. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, acrescentou que cada eixo terá vários sub eixos. **G) Reunião de comissões do CNS** – Diante do grande número de eventos organizados pelo CNS nos próximos meses, a Secretária-Executiva do CNS propôs a suspensão das reuniões das Comissões do CNS, de 20 de outubro a 6 de dezembro de 2010, com exceção daquelas com reuniões mensais. As reuniões das comissões marcadas para esse período poderão ser antecipadas para até 19 de outubro de 2010. **Deliberação: devido ao grande número de eventos nos próximos meses, o Plenário decidiu suspender as reuniões das Comissões do CNS, de 20 de outubro a 6 de dezembro de 2010, excetuando-se as Comissões com reuniões mensais. As reuniões das comissões marcadas para esse período poderão ser antecipadas para até 19 de outubro de 2010. (H) - RESOLUÇÃO**

435 – COMISSÕES – A Secretária-Executiva do CNS informou que a Resolução nº. 435 foi homologada pelo Ministro da Saúde, portanto, o CNS poderia iniciar a reestruturação das suas Comissões. Disse que a intenção é convocar uma reunião extraordinária para essa reformulação e o Pleno deveria definir se esse processo seria feito em 2010 ou em 2011. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs que a SE/CNS disponibilize um quadro da situação das Comissões do CNS e que seja aberto prazo de sessenta dias para apresentação de demandas para participar das Comissões. O consolidado dos pleitos seria debatido em uma reunião ordinária do CNS a partir de critérios para definição das Comissões. Conselheiro **Clóvis Boufleur** ressaltou que, diante da publicação da Resolução nº. 435, os conselheiros que participam de mais de duas Comissões deveriam avaliar as suas participações para definição. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que enviará um mapa da participação dos conselheiros nas Comissões do CNS. Também disse que várias entidades manifestaram interesse em participar das Comissões e a informação dada a essas entidades é que procurem os conselheiros de saúde, pois a indicação é feita pelo Plenário do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou que a SE/CNS receba as demandas das entidades e socialize para o Plenário do CNS. Diante dessa proposta, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, disse que divulgaria no site do CNS que o CNS está reformulando as suas comissões. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** discordou da divulgação no site e propôs que o CNS deixe em aberto para apresentação dos pleitos das entidades. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** avaliou que as várias atividades previstas para os próximos meses dificultam debate mais aprofundado sobre a função das comissões e a articulação com o CNS. Concordeu com as propostas de divulgar quadro da situação das comissões e de definir um prazo para apresentação de demandas e propôs que na Reunião Ordinária de janeiro de 2011 o CNS promovesse a recomposição das Comissões e avaliação da agenda do CNS. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** solicitou que o Plenário definisse uma data para recompor as Comissões do CNS. Conselheiro **Valdenir França** discordou da suspensão das reuniões da CISI previstas para os próximos meses, haja vista a necessidade de acompanhar o processo de implementação da Secretaria de Saúde Indígena. Após ponderações, Conselheiro **Valdenir França** concordou com a antecipação da reunião da CISI/CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** perguntou como fica as Comissões que precisarem reunir-se diante de uma questão emergencial. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a necessidade de reunião em uma situação de premência e urgência será avaliada pelo Pleno. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou que, no caso das Comissões cujos coordenadores sejam suplentes, a substituição da coordenação não seja feita de imediato. Diante da presença da Secretária de Saúde do Distrito Federal, **Fabíola de Aguiar Nunes**, a mesa suspendeu essa discussão para iniciar o debate da situação do SUS do Distrito Federal. **ITEM extra pauta – SITUAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL** – *Composição da mesa:* **Fabíola de Aguiar Nunes**, Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal; e Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. De início, o Presidente do CNS contextualizou que a ex-conselheira nacional e atual Secretária de Saúde do Distrito Federal, **Fabíola de Aguiar Nunes**, assumiu a SES/DF no dia 10 de junho de 2010 e iniciou processo de combate à precarização do trabalho, à corrupção, à terceirização, conforme defendido pelo CNS. Disse que esteve com a Secretária de Saúde e ofereceu um espaço no CNS para apresentar o quem tem sido feito na SES/DF. Após essas considerações iniciais, passou a palavra à Secretária de Saúde do Distrito Federal, **Fabíola Nunes**, que iniciou agradecendo o apoio do Conselho e a oportunidade de trazer informações sobre a saúde no DF. Na sua fala, fez uma abordagem sobre os problemas encontrados ao assumir a Secretária de Saúde do Distrito Federal e as soluções adotadas. Disse que, para assumir a Secretaria, estabeleceu a condição, aceita pelo Governador do DF, Rogério Rosso, de trabalhar sem interferência político-partidária na política saúde. Aproveitou para registrar o empenho do governador em mostrar à população que é possível mudar a situação da saúde no Distrito Federal. Contextualizou que o DF possui 15 hospitais em funcionamento, 62 postos de saúde e uma pequena cobertura da saúde da família. Detalhou que o primeiro problema enfrentado foi o desabastecimento dessa rede. Explicou que como saída emergencial e temporária (o governo comprometeu-se a reverter-la até a sua saída) para acelerar o processo de abastecimento, foi constituída uma secretaria extraordinária para compra e logística. Detalhou que, nesse processo, foram elaboradas atas de compra e a intenção é deixá-las para o próximo governo de forma a possibilitar a compra anual por meio de licitação com preço negociável, resultando em economia para o DF. No sentido de garantir maior autonomia aos diretores dos hospitais, ressaltou que foi elaborado um plano de descentralização da saúde, com isso, um maior volume de recurso foi deixado nas mãos de diretores regionais, em função da população atendida e dos faturamentos. Disse que a rede não está completamente abastecida, mas as grandes queixas foram resolvidas. Ressaltou que a segunda questão priorizada foi a organização do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Explicou que, em parceria com os quatorze conselheiros do DF, foi elaborado um projeto de lei, que está sob análise

da Câmara Distrital, que amplia o Conselho de Saúde, cria os conselhos regionais e define colegiado de conselhos. Ressaltou que essa questão está sendo acompanhada e a intenção é aprovar a lei até o final do mandato do atual governador. Além disso, informou que o governador do DF realiza reunião mensal com os conselheiros regionais para acompanhar as questões mais de perto. Ressaltou que o terceiro problema enfrentado referiu-se à judicialização dos processos de saúde no DF (mais de quatro mil ações judiciais em andamento). Informou que foi constituído grupo para acompanhar as ações de judicialização, a partir de um fluxo estabelecido, até o encerramento. Disse que, além de resolver o problema do paciente que motivou a ação judicial, essa ação procura verificar como assegurar o direito. Também disse que a Secretaria notifica o juiz, Ministério Público, defensor público e diretor de regionais. Detalhou que outra ação, no seu modo ver, uma das mais importantes, refere-se à redução da privatização no DF, com foco nas UPAS, no Hospital de Santa Maria e nas UTIs. A respeito das Unidades de Pronto Atendimento-UPAs, disse das quatro Unidades construídas duas possuíam convênio com a Cruz Vermelha. Explicou que a licitação para definição do contrato não foi feita de forma adequada e, diante da notificação do TCU do DF informando que seria solicitada auditoria, requereu da Unidade a interrupção das atividades e o envio do extrato bancário. Além disso, disse que foi realizada auditoria interna e a recomendação da Secretaria foi o destrato. Desse modo, explicou que, no momento, está tentando reaver o recurso pago à Cruz Vermelha (R\$ 1,75 milhão por cada UPA). Disse que no dia 29 de setembro seria aberta a primeira UPA em Samambaia com recursos próprios da Secretaria e acrescentou que está negociando com o Corpo de Bombeiros a prestação do serviço na UPA do Bandeirantes. Além disso, disse que o Corpo de Bombeiros tem interesse em assumir as outras duas UPAs que estavam sob a responsabilidade da Cruz Vermelha. Sobre o hospital de Santa Maria, esclareceu que o contrato é lesivo aos interesses da SES/DF, pois, dentre outras questões, dispensa caução. Destacou que os equipamentos comprados para o hospital (o MS repassou R\$ 8 milhões à Secretaria para a compra de medicamentos) estavam sem tombamento, mas essa questão já foi resolvida. Explicou que, após analisar os relatórios da gestão anterior, identificou o repasse de mais R\$ 6 milhões ao hospital de Santa Maria para a compra dos equipamentos, contudo, isso não foi feito. Disse que enviou notificação solicitando documentos da compra dos equipamentos e as notas fiscais, mas não houve resposta. Desse modo, informou que naquele dia enviou outra notificação reiterando o pedido e comunicando que, se não for comprovada a compra nos termos da Lei nº. 8.666 e não for apresentada a nota fiscal para patrimoniar os bens da SES/DF, o recurso da organização seria contingenciado. Também salientou que, seguindo os termos do contrato com a organização social, colocou em funcionamento a comissão de acompanhamento. No mais, informou que realiza descontos da fatura quando o serviço não está comprovadamente realizado. No que diz respeito às Unidades de Tratamento Utensivo-UTIs, esclareceu que há 210 leitos no setor público e 150 contratados. Disse que nas emergências privadas diz-se que “o melhor seguro de saúde de UTI em Brasília é o SUS”, porque o usuário que tem plano privado de saúde busca a emergência privada é orientado a buscar a via judicial para garantir a internação. Com isso, o juiz determina a internação e a rede privada notifica a Secretaria para o pagamento. Explicou que a gestão anterior da SES/DF firmou contrato com hospitais privados em que o valor pago por mês é de R\$ 3.200, enquanto a tabela SUS determina R\$ 1.200. Diante disso, mesmos os hospitais sem acordo com a SES/DF resolveram cobrar o valor de R\$ 3.200 no caso de pacientes internados em UTI por ordem judicial. Para resolver essa situação, disse que constituiu um mutirão para negociar com a rede privada. Também destacou que está aumentando os leitos do setor público e trabalhando leitos de semi-intensivo para desafogar a UTI. No mais, informou que irá negociar com o setor privado critério igual de internação e de permanência. Disse que outra linha de atuação refere-se ao conjunto de problemas dos serviços de saúde. Explicou que, diante da falta de tempo para realizar um diagnóstico, considerou as queixas mais frequentes recebidas pelo Ministério Público que se focalizam nas seguintes áreas: ortopedia; UTI/emergência; e câncer. Em relação à ortopedia e emergência, explicou que havia pacientes fraturados e internados em pronto-socorro que necessitam de cirurgia. Disse que a saída foi a realização de procedimentos, o que possibilitou a normatização do trauma. Explicou que está tentando refazer o convênio com o Hospital das Forças Armadas, que pode realizar os procedimentos de alta complexidade (órteses e próteses). A respeito das UTIs, lembrou que as medidas adotadas são aumento dos leitos do setor público e de leitos de semi-intensivo. Também falou das três vulnerabilidades básicas do SUS: financiamento; complexo produtivo da saúde; e pessoal. Avaliou que o financiamento, na situação de hoje, não é o maior problema, mas sim o modelo vigente que precisa ser modificado. A respeito do complexo produtivo da saúde, explicou que, no caso de inflação e aumento do dólar, o SUS entra em crise porque há um déficit na balança comercial. Ressaltou que não foi possível atacar essas duas vulnerabilidades, mas a terceira, pessoal, sim. Ressaltou que é necessário profissional treinado, comprometido, conhecedor da realidade social. Como medida, explicou que está aumentando o nível técnico e realizando capacitações por meio da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, que possui graduação em

Medicina, forma dentro dos serviços e utiliza a metodologia problematizadora. Disse que a FEPECS, cuja gestão foi reformulada, coordena os estágios e discute novo modelo assistencial, com ênfase na atenção básica, em quatro linhas de cuidado, urgência/emergência, diabetes e hipertensão. Além disso, explicou que está tentando organizar linhas de apoio (laboratório, apoio a diagnóstico, assistência farmacêutica, informação e telemedicina). A propósito do apoio logístico, detalhou o esforço à regulação, hospitais com registro eletrônico e transporte pelo SAMU. Para o próximo governo, explicou que uma iniciativa importante foi a criação da Subsecretaria de Atenção à Saúde, além da implantação das equipes e estruturação das pesquisas em saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ressaltou que o trabalho realizado pela Secretaria de Saúde do DF mostra que, apesar das dificuldades enfrentadas pelo SUS, com respaldo político, é possível desenvolver as ações defendidas pelo Conselho Nacional de Saúde. Disse que o CNS deve agradecer à Secretaria pela sua atuação e pelo que tem feito, não apenas para o DF, mas para todo o Sistema Único de Saúde. A Secretária de Saúde do Distrito Federal, **Fabiola Nunes**, agradeceu novamente o espaço e também ao DATASUS pelas auditorias realizadas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que posteriormente o Pleno avaliaria a necessidade de pautar debate sobre a saúde no DF. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o lanche. Retomando, foi reiniciado o debate da Resolução nº. 435 – Comissões. **Deliberação: diante da homologação da Resolução nº. 434, o Plenário decidiu iniciar o processo de reformulação das Comissões. Para isso, a SE/CNS encaminhará aos conselheiros um quadro da situação das Comissões e os pleitos de participação deverão ser enviados a essa Secretaria. As demandas recebidas pela SE/CNS serão apresentadas ao Pleno para definição e reformulação, em reunião extraordinária, no dia 10 de dezembro de 2010.** A seguir, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou novas datas para os eventos do CNS, em virtude da dificuldade de conseguir espaço em Brasília: seminários nacionais “Atenção Primária em Saúde” e “As relações público X privado no Sistema Único de Saúde” - de 3 a 6 de novembro de 2010, em Brasília/DF; Plenária Nacional de conselhos de saúde – 17, 18 e 19 de novembro de 2010, em Brasília/DF. **Deliberação: aprovadas as datas sugeridas: seminários nacionais “Atenção Primária em Saúde” e “As relações público X privado no Sistema Único de Saúde” - de 3 a 6 de novembro de 2010, no Hotel Nacional, em Brasília/DF; e Plenária Nacional de conselhos de saúde – 17, 18 e 19 de novembro, no Grande Oriente, em Brasília/DF.** A SE/CNS está verificando local para realização do Seminário de Residência Multiprofissional. **ITEM 6 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – Composição da mesa:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Coordenadora-Adjunta da COFIN; **Francisco Funcia**, assessor da COFIN; **Ayrton Galiciano Martinello**, da SPO/MS. *Coordenação:* Conselheiro **José Marcos de Oliveira**. Inicialmente, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, listou os temas a serem tratados: prestação de contas do Ministério da Saúde relativa ao primeiro semestre de 2010; RAG 2009; LOA 2011; e proposta de oficina da COFIN/CNS. Primeiro, o representante da SPO/MS, **Ayrton Galiciano Martinello**, apresentou estrutura do Relatório Trimestral de Prestação de Contas relativo ao 1º trimestre de 2010. Explicou que, após amplo debate, a SPO/MS elaborou uma proposta de formato de relatório de prestação de contas que visa explicar a atividade orçamentária do Ministério da Saúde e não apenas cumprir requisitos da lei. Disse que não se trata de uma proposta definitiva, podendo ser aprimorada, mas a intenção é utilizá-la para elaborar os relatórios e apresentar ao CNS dentro dos prazos. Feitas essas considerações iniciais, passou à apresentação do Relatório Trimestral de Prestação de Contas relativo ao 1º trimestre de 2010, que está estruturado da seguinte maneira: 1) Demonstrativo da execução orçamentária: a) Geral; b) Hospitais próprios; c) Grupo Hospitalar Conceição; 2) Oferta e produção de serviços – rede própria; 3) Análise da execução física e orçamentária das ações selecionadas (Foram selecionadas quatorze ações para a análise da execução física e orçamentária. São ações consideradas estratégicas para o Ministério da Saúde e sua dotação supera 68% de todo o orçamento da esfera federal. São elas: Ação 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (SAS); Ação 20AL - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios Certificados para a Vigilância em Saúde (SVS); Ação 6031 - Imunobiológicos para Prevenção e Controle de Doenças (SVS e FIOCRUZ); Ação 20BA - Prevenção, Preparação e Enfrentamento para a Pandemia de Influenza (SVS); Ação 8577 - Piso de Atenção Básica Fixo (SAS); Ação 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família (SAS); Ação 4705 - Apoio para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais (SCTIE); Ação 4370 - Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (SCTIE); Ação 20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde (SCTIE); Ação 8934 – Atenção Especializada em Saúde Bucal (SAS); Ação 8761 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192 (SAS); Ação 8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde (SAS); Estruturação de unidades básicas; Ação 8933 - Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar (SAS); 4) Anexos: a) Auditorias do

DENASUS para o 1º trimestre. Disse que o relatório apresenta, além da parte orçamentária, uma parte qualitativa com explicação sobre as ações, a execução, entre outras questões. Ressaltou que, caso seja aprovado pelo Pleno do CNS, o modelo de relatório será utilizado para prestação de contas trimestral do Ministério da Saúde. Na sequência, o assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, apresentou a posição da COFIN/CNS a respeito do novo formato do relatório de prestação de contas. Explicou que a COFIN/CNS, desde 2009, vinha debatendo com a SPO/MS um modelo de relatório de prestação de contas e esse novo modelo foi apresentado na reunião da COFIN e recebeu contribuições. Avaliou que o relatório passa a ter qualidade e apresenta de forma transparente os dados da execução. Ressaltou que o relatório deve ser objeto de avaliação dos conselheiros, com possibilidade de ajuste. Também destacou que as solicitações de esclarecimentos podem ser apresentadas diretamente às unidades responsáveis. Explicou que a disponibilidade financeira deveria ser de R\$ 63,6 bilhões, o que significa empenho maior a pagar. Esclareceu ainda que a execução orçamentária fica comprometida no primeiro trimestre porque é preciso aguardar o decreto que autoriza os limites de empenho. Alertou que, apesar da melhoria no nível de empenho e execução, a maior parte dos itens apresenta índices inadequados. Por fim, disse que a COFIN continuará com a análise do nível de empenho e liquidação e modificará a forma de apresentação do relatório. Encaminhando, a mesa colocou em apreciação: novo modelo de relatório de prestação de contas; e Relatório Trimestral de Prestação de Contas do Ministério da Saúde - 1º trimestre/2010.

Deliberação: aprovado o novo modelo de relatório de prestação de contas (sugestões de aperfeiçoamento e de correção de dados podem ser encaminhadas para a COFIN); e aprovado o Relatório de Prestação de Contas do Ministério da Saúde relativo ao 1º Trimestre de 2010. Em seguida, o assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, apresentou a análise feita pela COFIN do Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde – RAG/MS 2009. Iniciou explicando que a metodologia de análise da COFIN/CNS priorizou tanto os aspectos formais do RAG, quanto o financiamento das ações e serviços de saúde sob a forma de indagações, observações e comentários. Destacou que esse processo teve como referência a base legal e infralegal de regulamentação, para que este componente, essencial à gestão, pudesse acontecer de maneira efetiva e em obediência às normas que regem a matéria. No item II, Análise de Conformidade dos aspectos formais do RAG 2009, detalhou que a análise de conformidade buscou verificar se os quesitos estabelecidos na Portaria 3.332/06 e na Portaria 3.176/08 foram atendidos no Relatório Anual de Gestão de 2009 elaborado pelo Ministério da Saúde – RAG/MS 2009. Em resumo, disse que dos 26 quesitos analisados, “atende” obteve oito indicações (31%), “atende parcialmente” obteve onze indicações (42%) e “não atende” obteve sete indicações (27%). Em relação ao item III, Análise do Demonstrativo da Execução Orçamentária, detalhou que houve um crescimento expressivo (R\$ 4.852.976.160) da dotação atualizada em relação à situação inicial (quase 9% a mais), especialmente para Outros Custeios e Capital (OCC) das Ações e Serviços de Saúde. Porém, quase 30% desse acréscimo não foi utilizado (R\$1.409.994.685), ou seja, não empenhado. O aumento da disponibilidade orçamentária não se transformou totalmente em aplicação em saúde. Ressaltou que foi constatado um elevado saldo a pagar (16,6% dos valores empenhados em OCC não foram pagos até 31/12/2009), que foi inscrito em Restos a Pagar para execução (pagamento) a partir de 2010. Disse que a SPO justificou o problema pelo Decreto de Contingenciamento e a COFIN solicitou a formalização dessa justificativa para que o assunto (contingenciamento imposto pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Ministério da Fazenda) seja debatido no CNS. No item IV, Análise do Financiamento das Ações e Serviços de Saúde sob a ótica da legislação e demais normas que regem a matéria, explicou que os pontos de observação estão todos detalhados no parecer dado pela COFIN/CNS no RAG 2008 que, após submetido ao Conselho Nacional de Saúde, teve contestações da SPO e uma tréplica a elas, feita pela COFIN/CNS. Destacou que nada mudou no RAG-2009 em relação às observações sobre o financiamento, feitas sobre o RAG-2008. Explicou que isso já era esperado em relação aos números, porque, quando analisado o relatório de 2008, tinha se encerrado o ano de 2009 e nada poderia ser modificado. Diante disto, frisou que a COFIN/CNS repete todas as suas indagações, observações e comentários, ainda que de forma sumária, remetendo a maiores detalhes já constantes no parecer sobre o RAG-2008: o montante de recursos do MS determinado pela EC-29 foi descumprido em vários anos anteriores a 2009 (desde o início da década). A SPO argumenta que não cabe discutir no RAG pendências de aplicação de anos anteriores. Por outro lado, a COFIN defende esse debate, visto que as pendências precisam ser resolvidas para resgatar as bases do financiamento da saúde e, com isso, melhorar a gestão. Ressaltou também que despesas com ações e serviços de saúde indevidos foram computados no limite da EC: serviço de saúde de servidores e farmácia popular. A esse respeito, a SPO reiterou os argumentos apresentados quando da apresentação dessa ressalva no RAG 2008, ou seja, discorda da posição da COFIN. Salientou que as despesas com ações e serviços de saúde indevidos foram computados no limite da EC: serviço de saúde de servidores e farmácia popular. Em resposta, a SPO reiterou os argumentos apresentados

quando da apresentação dessa ressalva no RAG 2008, ou seja, discorda da posição da COFIN. Destacou ainda: dupla contagem de recursos próprios computados como dentro do limite da EC-29; desde 2000 estão sendo computados no montante de recursos mínimos os recursos próprios que são aqueles arrecadados como taxas de vigilância sanitária, venda de produtos da FIOCRUZ e outros, inclusive os recursos arrecadados com a venda de medicamentos da Farmácia Popular mais recentemente. A transferência do MF ao MS não é feita de forma automática; a maioria das transferências do MS a Estados e Municípios não tem as características típicas legais de serem fundo a fundo (regulares e automáticas); o MS não faz 50% das transferências a estados e municípios por quociente populacional - O MS não faz os outros 50% das transferências a estados e municípios pelos critérios legais da 8.080. Para os dois itens anteriores, a SPO reiterou os argumentos apresentados no RAG 2008 e informou que não há como obedecer ao critério de rateio per capita nesse percentual e que, diante dessa constatação, é preciso mudar a lei. Diante da sugestão da COFIN para que informasse, de forma consolidada, quais os critérios adotados e citados nas portarias que autorizam as transferências de recursos para Estados e Municípios, a resposta foi que essa informação não está consolidada e, portanto, não é possível responder no curto prazo. Acrescentou também: o MS não faz ressarcimento a estados e municípios por serviços prestados de competência do MS; o MS não transfere o mínimo de 70% das transferências para os municípios. Segundo a SPO, a aplicação direta foi de 62%, porém há uma parcela destinada aos Municípios que é intermediada pelos Estados. Salientou que a COFIN solicitou a SPO que identifique esses casos de intermediação, inclusive se os valores repassados aos Estados teriam a identificação dos municípios beneficiários. Além disso, o MS não transfere 15% de seu orçamento per capita aos municípios para atenção básica. A SPO, para os dois itens anteriores, reiterou os argumentos apresentados no RAG 2008 e informou que não há como obedecer ao critério de rateio per capita nesse percentual e que, diante dessa constatação, é preciso mudar a lei. Diante da sugestão da COFIN para que informasse, de forma consolidada, quais os critérios adotados e citados nas portarias que autorizam as transferências de recursos para estados e municípios, a resposta foi que essa informação não está consolidada e, portanto, não é possível responder no curto prazo. Explicou que, na análise preliminar do cumprimento das metas e índices fixados no Plano Nacional de Saúde 2008-2011, foi possível constatar que não houve a consolidação entre as informações sobre o planejado e o realizado, inclusive com a indicação de muitas metas realizadas que não constavam do Plano Nacional de Saúde 2008-2011. Apresentou também aspectos destacados da análise do Relatório de Gestão do Fundo Nacional de Saúde (RG2009-FNS): recomendação de que o RAG 2009 seja consolidado com a visão de conjunto de todas as unidades do Ministério da Saúde; recomendação ao FNS e/ou a SPO que, quando da elaboração do RAG 2010, identifique os responsáveis que poderão avaliar ocorrências dessa natureza, inclusive em relação aos impactos decorrentes do Decreto de Contingenciamento; recomendação da apresentação dessas informações, contendo a movimentação financeira do Fundo Nacional de Saúde, a saber, o saldo anterior (em 31/12/2008), o detalhamento dos recursos ingressados (que está incompleto na página 44), os desembolsos realizados fundo a fundo e outras modalidades (inclusive com a identificação dos Estados e Municípios), o saldo para o próximo exercício (em 31/12/2009) e os saldos a pagar tanto dos empenhos de 2009, quanto dos Restos a Pagar em 31 de dezembro de 2009, devidamente atualizadas para a execução orçamentária e financeira de 2010, na edição do RAG 2010; e recomendação de apresentar, na edição do RAG 2010, um quadro consolidado das providências apontadas pelo TCU devidamente atualizadas para a execução orçamentária e financeira de 2010, com o objeto da ocorrência, a finalidade da despesa, o Estado e/ou Município envolvido, o valor da ocorrência, a providência adotada pelo FNS e a situação em 31/12/2010. Por fim, disse que a conclusão é a seguinte: a COFIN/CNS cumpre a SPO/MS por apresentar o RAG do Ministério da Saúde, pela primeira vez, no prazo devido; o parecer da COFIN/CNS é pela aprovação do RAG 2009 com as devidas ressalvas levantadas no parecer; a COFIN/CNS sugere ao CNS que recomende a SPO/MS que, na edição do RAG 2010, sejam contempladas as revisões e acréscimos decorrentes das ressalvas, observações e recomendações apontadas no parecer do RAG 2008 e neste referente ao RAG 2009; a COFIN/CNS recomenda ao CNS, reiterando o que foi sugerido na análise do RAG 2008, objeto do respectivo parecer, que promova um entendimento da Mesa Diretora com o Ministério da Saúde para que os critérios legais do financiamento da saúde sejam debatidos com a contribuição de juristas e economistas visando chegar a uma interpretação comum dos dispositivos legais referentes ao financiamento da saúde. Concluída a apresentação, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** reiterou os agradecimentos à SPO pela parceria com a COFIN e salientou que é preciso aprofundar o debate das ressalvas levantadas pela Comissão. **Deliberação: aprovado o RAG 2009 com as devidas ressalvas levantadas no parecer da COFIN e as seguintes recomendações: à SPO/MS que, quando da edição do RAG 2010, sejam contempladas as revisões e acréscimos decorrentes das ressalvas, observações e recomendações apontadas nos pareceres do RAG 2008 e do RAG 2009; e ao CNS, reiterando o que foi sugerido quando da análise do RAG 2008,**

objeto do respectivo parecer, que promova um entendimento da Mesa Diretora com o Ministério da Saúde para que os critérios legais do financiamento da saúde levantados pela Comissão sejam debatidos com a contribuição de juristas e economistas visando chegar a uma interpretação comum dos dispositivos legais referentes ao financiamento da saúde. O representante da SPO desculpou-se por não poder permanecer até o final do debate e agradeceu a COFIN pela parceria. Na sequência, o assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, apresentou os resultados da análise preliminar da PLOA 2011 – União - Ministério da Saúde/EC 29, realizada pela COFIN/CNS, no dia 15 de setembro de 2010. Iniciou explicando que a Comissão recebeu, no final do dia 1º de setembro, arquivo eletrônico com a PLOA 2011 e o material complementar após essa data. Portanto, a análise, de caráter preliminar, não pôde ser submetida aos membros da COFIN/CNS. Em sendo assim, a versão final dessa análise será encaminhada aos membros da COFIN até a 1ª semana de outubro, para apresentação na reunião do CNS do mesmo mês. Iniciando a exposição, apresentou um quadro que mostra os cenários de projeção e variação anual do PIB - 2005-2010 com três hipóteses: h1 – 12,26%; h2 - 13,41%; e h3 - 14,28%. Explicou que, adotando-se o cenário realista (h2 - 13,41%) para a projeção do PIB do 3º e 4º trimestre de 2010, será preciso acrescentar cerca de R\$ 780 milhões na programação orçamentária de Ações e Serviços de Saúde para 2011. Considerando que não há valor alocado para Emendas Parlamentares na Tabela Resumo elaborada pelo Ministério da Saúde/SPO, ressaltou que o referido valor representa o “espaço orçamentário” para a inclusão dessas Emendas, cuja execução em 2009 foi um pouco superior a R\$ 1 bilhão e a previsão para 2010 é um pouco superior a R\$ 900 milhões. Além disso, considerando que a SAS representa a maior parte do orçamento das Ações e Serviços de Saúde, foram considerados como critérios para os destaques preliminares alguns programas e ações dessa Secretaria em função: dos valores absolutos (em R\$) mais elevados; e/ou dos valores relativos (%) que superaram o crescimento de 12,13% da programação para 2011. Concluída a apresentação, a mesa passou aos encaminhamentos.

Deliberação: encaminhar os arquivos referentes à Lei Orçamentária 2011 aos conselheiros para análise e envio de contribuições à COFIN até o dia 27 de setembro. A Comissão consolidará as sugestões e apresentará ao Pleno do CNS na 214ª Reunião Ordinária. Por fim, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou proposta preliminar de programação de Oficina da COFIN sobre “Relatório Anual de Gestão-Instrumento de Controle Social”, no dia 19 de novembro de 2010, voltada aos conselheiros estaduais e conselheiros nacionais de saúde. **Deliberação: aprovada a proposta de Oficina da COFIN sobre “Relatório Anual de Gestão-Instrumento de Controle Social”, voltada a 27 conselheiros estaduais e dezoito conselheiros nacionais de saúde, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde. A programação será concluída na reunião ordinária de outubro de 2010.** Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Antônio Alves de Souza, Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Denise Torreão Corrêa da Silva, Edemilson Canale, Fernanda Lou Sans Magano, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Geraldo Alves Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, José Carrijo Brom, José Marcos de Oliveira, Manoel Messias Nascimento Melo, Maria Helena Machado, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Maria Thereza Antunes, Marisa Fúria Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo Guilherme Romano, Ruth Ribeiro Bittencourt, Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi.** *Suplentes:* **Alexandre Magno Lins Soares, Arnaldo Marcolino, Conceição Aparecida Accetturi, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, Jovita José Rosa, José Eri Medeiros, Juarez Pires de Souza, Laudeci Vieira dos Santos, Luiz Aníbal Vieira Machado, Luiz Alberto Catanoce, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Natividade G. S. T. Santana, Nelson A. Mussolini, Noemy Yamaghashi Tomita, Paulo César Augusto de Souza, Ronald Ferreira dos Santos, Rosane Maria Nascimento, Sebastião Geraldo Venâncio, Tânia Maria Onzi Pietrobelli, Valdenir Andrade França, Wanderley Gomes da Silva.** Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa retomou os itens pendentes do dia anterior. Indicação de representante do CNS para acompanhar a preparação do processo eleitoral do Conselho Municipal de São José de Rio Preto/SP. **Deliberação: os conselheiros Arnaldo Marcolino e José Marcos de Oliveira foram indicados para acompanhar o processo eleitoral do Conselho Municipal de São José de Rio Preto/SP.** Atividade em Rosário, na Argentina. **Deliberação: diante da impossibilidade de participação do Presidente do CNS, o Conselheiro José Marcos de Oliveira participará da atividade, representando o CNS.** *Indicações:* 1) II Seminário: AIDS, Prevenção e cidadania LGBT. Solicita o envio de uma representação. Data: 15 de outubro de 2010. 9h - Abertura política. 11h30 - Mesa: Controle social e a Participação popular da comunidade LGBT. Local: Pojuca, Bahia. **Indicação: Conselheira Maria de Lourdes Rodrigues.** 2) Comissão Organizadora do Seminário Regional de conselhos de Saúde da Região do Médio Paraíba – RJ. Solicita palestrantes do segmento dos usuários para tratar do tema: “Pacto pela Saúde e Regionalização”. Data: 10 de novembro de

2010. Local: Rio de Janeiro. **Indicação: Conselheiro Alexandre Magno Soares.** *Informes:* 1) Consulta pública do CNS para revisão da Resolução CNS nº 347/2005. As sugestões deverão ser encaminhadas até o dia 31 de outubro de 2010 à Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. 2) Inscrições abertas para nova turma do Programa de Formação de Conselheiros Nacionais. **Deliberação: enviar ofício do CNS à Presidência da República solicitando que os próximos cursos de formação de conselheiros nacionais sejam abertos a todos os conselheiros, inclusive os que não têm curso superior.** Na sequência, a mesa retomou o debate do tema da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **Alcides de Miranda** informou que não houve reunião da comissão organizadora, mas os integrantes que foram consultados chegaram a consenso sobre o tema: Todos usam o SUS. SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro. Diante da presença dos convidados para o próximo item da pauta, acordou-se que esse debate seria retomado posteriormente. **ITEM 7 – PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE – Composição da mesa: Rafael Encinas,** Auditor de Controle Externo do Tribunal de Contas da União; e **Glória Maria Bastos,** do TCU. **Coordenação: Conselheiro Francisco Batista Júnior,** Presidente do CNS. Inicialmente, o Presidente do CNS explicou que a intenção é ouvir os resultados da auditoria Operacional de Assistência Farmacêutica Básica, realizada pelo Tribunal de Contas da União e manifestar-se sobre eles. O Auditor de Controle Externo do Tribunal de Contas da União, **Rafael Encinas,** iniciou agradecendo a oportunidade e informando a presença de outros representantes do TCU: Marina de B. Ferraz Mendes; e Claiton Vasconcelos. Disse que a intenção é ouvir o controle social a respeito do que foi identificado pela auditoria Operacional de Assistência Farmacêutica Básica, vez que os gestores já foram ouvidos. Explicou que o objetivo da Auditoria Operacional Assistência Farmacêutica Básica foi analisar a implantação e operacionalização da assistência farmacêutica básica pelos três níveis da federação, avaliando a eficiência na gestão dos recursos pelos entes estaduais e municipais e os controles realizados pelo Ministério da Saúde. Detalhou que a auditoria norteou-se pelas seguintes questões: 1) A gestão do ciclo da assistência farmacêutica nos municípios/estados permite a otimização dos recursos, garante a oferta de medicamentos nas unidades básicas de saúde e evita os desperdícios? e 2) O Ministério da Saúde desempenha seu papel como coordenador e realiza o controle dos recursos repassados? Para contextualizar, citou a legislação da Assistência Farmacêutica Básica: 1) Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº 338/2004): “Art. 1º II - a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde”; 2) Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº 338/2004): “Art. 2º, III - qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção; IV - descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados”; 3) Política Nacional de Medicamentos (Portaria MS 3.916/1998): “O Conselho Nacional de Saúde terá papel preponderante nesse processo, tendo em vista o acompanhamento da implementação da Política de Medicamentos, especialmente no tocante ao cumprimento das medidas pactuadas. A aquisição e a distribuição, pelo Ministério, dos produtos componentes da assistência farmacêutica básica serão substituídas pela transferência regular e automática, Fundo-a-Fundo, de recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica. O gestor estadual deverá coordenar esse processo no âmbito do estado, com a cooperação técnica do gestor federal, de forma a garantir que a aquisição realize-se em conformidade com a situação epidemiológica do município, e que o acesso da população aos produtos ocorra mediante adequada prescrição e dispensação”; 4) Política Nacional de Medicamentos – Competências: “Caberá ao Ministério da Saúde, fundamentalmente, a implementação e a avaliação da Política Nacional de Medicamentos, ressaltando-se como responsabilidades: a. prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos; b. estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de Governo; r. destinar recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para estados e municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para o mesmo; s. criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde; v. orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo; x. orientar e assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.” Também citou os mecanismos de incentivo, que são: 1) Decreto 1.651/1995: “Art. 6º - A comprovação

da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á: I - para o Ministério da Saúde, mediante: a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congênere, celebrados para a execução de programas e projetos específicos; b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde”; 2) Portaria 204/2006: “Art. 32. A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, far-se-á para o Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. Art. 33. Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder à análise dos relatórios de gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes; 3) Portaria 204/2006: Art. 36. O controle e acompanhamento das ações e serviços financiados pelos blocos de financiamento devem ser efetuados, por meio dos instrumentos específicos adotados pelo Ministério da Saúde, cabendo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a prestação de informações de forma regular e sistemática, sem prejuízo do estabelecido no artigo 32.” Também enumerou as Portarias Assistência Farmacêutica Básica, quais sejam: 1) Portaria 2.084/2005: “33 - O monitoramento da movimentação dos recursos destinados ao Financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica será feito pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, por intermédio da alimentação do Sistema Informatizado para Acompanhamento da Execução do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (SIFAB), disponibilizado e mantido pelo Ministério da Saúde. 37 - As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal são responsáveis pela consolidação e avaliação dos dados municipais e devem remetê-los, trimestralmente até o último dia do mês subsequente ao trimestre, juntamente com os dados relativos a sua movimentação própria, para o Ministério da Saúde. 38 - A comprovação da aplicação dos recursos financeiros correspondentes às contrapartidas estadual e municipal do IAFAB constará no Relatório de Gestão Anual e as prestações de contas devem ser aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde. 40 - Os Planos Municipais e os Estaduais de Assistência Farmacêutica são instrumentos imprescindíveis ao monitoramento e à avaliação do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, devendo ser coerentes com a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, com periodicidade igual aos respectivos Planos de Saúde, com revisões anuais. 42 - No âmbito estadual, compete às Secretarias de Saúde a análise e o acompanhamento dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, visando garantir que estejam contempladas as ações de assistência farmacêutica voltadas à Atenção Básica, nos termos desta Portaria e das demais pactuações na Comissão Intergestores Bipartite. 43 - No âmbito federal, a análise e o acompanhamento dos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica são de responsabilidade do Departamento de Assistência Farmacêutica, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde, visando garantir que estejam contempladas as ações da assistência farmacêutica, voltadas à Atenção Básica, nos termos desta Portaria, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e com os princípios e eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.” 2) Portaria 3.237/2007: “Art. 8º Conforme o Decreto nº 1.651, de 1995, a prestação de contas dos recursos financeiros transferidos Fundo a fundo, bem como dos montantes aplicados pelos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal dar-se-á por meio da apresentação do respectivo Relatório de Gestão. Art. 10. Os impactos da execução da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica serão monitorados e avaliados por meio de indicadores definidos em Portaria específica. 3) Portaria 2.982/2009: “Art. 13. O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos Fundo a Fundo, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias Estaduais e pelas Municipais de Saúde dar-se-á por meio do Relatório Anual de Gestão. § 1º O Relatório Anual de Gestão, incluindo as ações de Assistência Farmacêutica Básica e sua execução orçamentária deve ser elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria nº 3.176/GM, de 24 de dezembro de 2008.” Em seguida, fez um histórico dos debates sobre assistência farmacêutica no Plenário do CNS. Lembrou que na 152ª Reunião Ordinária, a Portaria 2.084/2005 foi apresentada e foi questionado qual deveria ser o encaminhamento. Em resposta, o assessor do GMS, Norberto Rech, informou que as propostas de assistência farmacêutica básica e dos núcleos de atenção integral somente seriam implantadas após a apreciação do Plenário do CNS. Na 153ª RO do CNS, diante das colocações dos conselheiros, a proposta de pactuação da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Básica fora aprovada por consenso. Por outro lado, a Portaria 3.237/2007 não foi apresentada no CNS. Na 203ª RO do CNS, o DAF/MS apresentou a Portaria 2.982/2009, mas não foi colocada em votação. No que se refere à Política de Monitoramento

e Avaliação, explicou que o Decreto 7.135/2010 determina que à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa compete formular e coordenar a Política de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, por meio da análise de seu desenvolvimento, da identificação e disseminação de experiências inovadoras, produzindo subsídios para a tomada de decisões e a organização dos serviços. Ao Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS compete coordenar a Política de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, a ser formulada e desenvolvida juntamente com as demais áreas do Ministério. Ao Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada compete articular os órgãos do Ministério no processo de avaliação de políticas, no âmbito do SUS. Além disso, o decreto determina que as atividades de controle, avaliação e auditoria, no âmbito do Ministério da Saúde, ficam organizadas da seguinte forma: I - o Departamento Nacional de Auditoria do SUS atuará no acompanhamento da programação aprovada da aplicação dos recursos repassados aos Estados, aos Municípios, ao Distrito Federal e na verificação da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas físicas e jurídicas, mediante exame analítico, verificação in loco e pericial; e II - o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas atuará na implementação das atividades de controle e avaliação, mediante acompanhamento e monitoramento contínuo das ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, sem prejuízo das atividades de controle e avaliação pertinentes a cada órgão ou entidade do Ministério. Esclareceu que, apesar das definições do referido Decreto, não há uma política de monitoramento e avaliação e os órgãos estão desarticulados. Por fim, apresentou as seguintes questões para o debate: 1. A utilização exclusiva do Relatório Anual de Gestão como instrumento de monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica é coerente com a PNAF e a PNM? 1.1 São necessários outros instrumentos de controle e transparência do programa? 1.2 Como aprimorar a utilização do RAG como instrumento de monitoramento e avaliação? 2. A pactuação das portarias da Assistência Farmacêutica Básica sem a participação ou apreciação do CNS está correta? 3. De que forma o Conselho Nacional de Saúde vê a falta de uma política de monitoramento e avaliação e o que deve ser feito no sentido de formulá-la?

Manifestações. Conselheiro **Manoel Messias Nascimento Melo**, primeiro, enfatizou que o controle externo do TCU é extremamente importante. Na sua visão, é preciso desmistificar a questão de que o RAG não pode ser rejeitado e avançar para outros instrumentos de controle, porque o Relatório não é suficiente. Conselheiro **Ronald Ferreira das Santos** explicou que, diante dessas e de outras questões apontadas, a Federação Nacional dos Farmacêuticos insistiu na necessidade de pautar a política de assistência farmacêutica no CNS e na importância da criação da Comissão de Assistência Farmacêutica. A respeito do RAG, disse que os relatórios da COFIN/CNS respondem ao questionamento colocado. A respeito do monitoramento, avaliou que talvez será possível avançar na transparência com o Projeto do Cartão SUS. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** elogiou o TCU pelo trabalho e destacou que o Relatório de Gestão serve para o balizamento da Política e não para monitoramento. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva**, primeiro, perguntou se o TCU teve acesso ao relatório das auditorias do DENASUS nos estados. Também avaliou que é preciso criar um instrumento mais contundente para saber como são aplicados os recursos da saúde. Sugeriu ainda que os departamentos do Ministério da Saúde citados e o TCU sejam convidados para debater as questões levantadas e avançar nesses aspectos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** ressaltou que, do ponto de vista de gestão, é preciso avançar nas três esferas de governo. Contudo, destacou que há controle no âmbito do Ministério da Saúde muito eficaz e citou como exemplo a farmácia popular. Nesse caso, perguntou se falta vontade política e concordou que o Cartão SUS pode servir de instrumento de controle. Conselheiro **Alexandre Magno Soares** cumprimentou o TCU pelo trabalho e destacou que o RAG representa um avanço, porque é uma tentativa de democratizar a informação, apesar de reconhecer que é preciso ir além. Também destacou que é preciso capacitar e politizar os cidadãos brasileiros na área contábil financeira. Por fim, manifestou preocupação com a desarticulação dos órgãos do Ministério da Saúde e a falta de uma política de monitoramento e avaliação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, primeiro, registrou a presença do Diretor DAF, **José Miguel**, no debate. Avaliou como utopia considerar que os Conselhos de Saúde podem cumprir 100% do seu papel, não por falta de competência, mas sim pela complexidade do Sistema. Contudo, frisou que os conselhos de saúde devem cumprir, no mínimo, o básico. Ressaltou que o Relatório Anual de Gestão pode ser instrumento de monitoramento e acompanhamento, mas não o único. Explicou que a COFIN apresenta avaliação mensal quantitativa da execução orçamentária, porém, frisou que essa análise deve ser qualitativa. Explicou ainda que não é tarefa precípua do CNS acompanhar as portarias do Ministério da Saúde, mas aquelas que dizem respeito a políticas estruturantes ou que mudam aspectos importantes já aprovados pelo CNS devem ser do conhecimento desse Colegiado. Nessa linha, manifestou insatisfação com a publicação da 3.237/2007, sem o conhecimento do CNS e, inclusive, propôs pautá-la no CNS. Diante da apresentação, salientou que as Comissões deverão avaliar periodicamente as políticas aprovadas, pois algumas não são implementadas devidamente nos estados ou são implementadas de forma

diferente do que foi aprovado no CNS. **Retorno da mesa.** O auditor de Controle Externo do Tribunal de Contas da União, **Rafael Encinas**, respondeu que o TCU teve conhecimento da auditoria do DENASUS e os resultados serão considerados no relatório do Tribunal. Também destacou que a CGU vem apontando a falta de um instrumento de monitoramento dos recursos federais repassados Fundo a Fundo. Ressaltou que é complicado fazer um controle da assistência farmacêutica básica, considerando a gestão descentralizada. Apontou como um problema no Ministério da Saúde o compartilhamento do repasse de recursos, nesse sentido, ressaltou que é preciso consolidá-los. Também disse que Cartão SUS é um instrumento com informações diversas. Por fim, agradeceu a oportunidade de ouvir a posição do controle social a respeito desse assunto. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou os convidados e perguntou em que outras políticas da saúde, além da assistência farmacêutica, o TCU realizou auditorias. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou ao TCU que disponibilize o relatório da auditoria tão logo seja concluído. A representante do TCU, **Glória Maria Bastos**, explicou que o Relatório, após seguir o trâmite oficial, é divulgado oficialmente e encaminhado aos órgãos competentes, interessados e afins. Além disso, esclareceu que um segundo momento do trabalho é o monitoramento da implementação das recomendações do Tribunal. Ressaltou que há um esforço para institucionalizar esse acompanhamento e frisou que é importante a parceria com a sociedade civil. Frisou que o relatório, tão logo seja concluído, será encaminhado aos gestores para comentários e a intenção é buscar parcerias com a gestão para implementar as propostas. Disse que a intenção é acompanhar a implementação e apresentar relatórios demonstrando como as recomendações foram implementadas. Desse modo, informou que o CNS também receberá os relatórios parciais do monitoramento. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou ao TCU que disponibilize também o relatório da auditoria operacional dos medicamentos excepcionais. A representante do TCU, **Glória Maria Bastos**, dispôs-se a disponibilizar o relatório e informou que os relatórios de auditoria operacional estão disponíveis na página do TCU e podem ser acessados. O auditor de Controle Externo do TCU, **Rafael Encinas**, explicou que, há dois anos, o Tribunal elegeu a saúde como um tema de maior significância, portanto, o assunto tem sido tratado de forma mais aprofundada. Nessa linha, destacou que o TCU realizou várias auditorias na área da saúde – regulação assistencial; atenção básica (PSF); conformidade (contratos e licitações), farmácia população (ainda não foi julgado...) Também disse que o CNS pode sugerir assuntos para serem objeto de auditoria do TCU. Encaminhando, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu que a não aprovação do Relatório signifique reprovação. A representante do TCU, **Glória Maria Bastos**, solicitou a palavra para esclarecer que a não aprovação não significa reprovação, assim, propôs que o CNS vote esse entendimento. Acrescentou inclusive que a não aprovação serve como salvaguarda para que haja as consequências derivadas da reprovação não sejam tomadas. Diante dessa consideração, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** passou aos encaminhamentos. **Deliberação: convocar, se necessário, uma reunião da Comissão de Assistência Farmacêutica para analisar as Portarias do Ministério da Saúde relativas à Assistência Farmacêutica; reiterar que as comissões do CNS devem avaliar periodicamente as políticas aprovadas pelo CNS de forma a verificar se foram implementadas e nos termos aprovados no Conselho; pautar debate do Relatório de Gestão, na lógica de que a não aprovação significa reprovação do documento; e solicitar formalmente os relatórios das auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas no setor saúde para serem enviados às Comissões do CNS na lógica de subsidiar os debates do CNS.** Finalizando, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que o CNS está empenhado em fortalecer os conselhos de saúde, contudo, essa é uma tarefa difícil. Em sendo assim, frisou que parceiros como TCU são fundamentais nesse processo. Dito isso, agradeceu os convidados e encerrou esse item. **ITEM 8 – DECRETO Nº 7.082, DE 27 DE JANEIRO DE 2010 – HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS – Composição da mesa:** **Celso Fernando Ribeiro de Araújo**, Coordenador Geral de Hospitais Universitários – CGHU/MEC; **Paulo Henrique**, da Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras – FASUBRA; **Alexandre Magno Lins Soares**, GT do CNS Hospitais Universitários; Conselheiro **José Rubens Rebellato**, diretor do Departamento dos Hospitais Universitários e Residências em Saúde. **Coordenação:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a intenção, ao pautar esse debate, é tomar conhecimento dos desdobramentos do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010 e da MP que trata da autonomia dos hospitais e também poder contribuir no processo de reformulação dos hospitais universitários. Feita essa introdução, passou a palavra ao Conselheiro **José Rubens Rebellato**, diretor do Departamento dos Hospitais Universitários e Residências em Saúde/MEC, que falou do contexto político de revitalização dos hospitais universitários. Antes de iniciar, agradeceu o espaço para apresentar a proposta de reestruturação dos hospitais universitários. Explicou que o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010 consolida um trabalho iniciado anteriormente. Relatou que, na reformulação interna do Ministério da Educação, foi convidado a assumir a direção do Departamento dos Hospitais Universitários e Residências em

1399 Saúde, que cuida dos 46 hospitais universitários no país e de aproximadamente 3.500 programas de
1400 residências médicas. Esclareceu que assumiu o Departamento com o compromisso de reestruturar a
1401 diretoria em relação a um plano estratégico, número de funcionários, entre outros aspectos. Além
1402 disso, explicou que o Ministro de Estado da Saúde solicitou que fosse iniciado um trabalho visando
1403 diagnóstico dos hospitais universitários federais para definição de projeto de revitalização. Disse que
1404 aceitou o convite e iniciou movimentos, sendo o primeiro a participação de uma reunião do Plenário da
1405 Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior - ANDIFES, para
1406 propor trabalho conjunto do MEC, ANDIFES e diretores para desenvolver a iniciativa, que já existia, de
1407 reestruturação dos hospitais universitários. Explicou que, após amplo debate, a ANDIFES deliberou
1408 por confiar esse trabalho ao MEC desde que fosse desenvolvido em consonância com reitores
1409 representantes das unidades que possuem hospitais universitários. Relatou que o segundo movimento
1410 foi a criação de um fórum de interlocução com os diretores dos hospitais universitários federais. Disse
1411 que, a partir daí, foi constituído um sistema de informação municiado com as informações prestadas
1412 pelos hospitais. Destacou que as informações foram objeto de validação e, a partir delas, foi elaborado
1413 diagnóstico que resultou no plano de reestruturação dos hospitais universitários. Feitas essas
1414 considerações iniciais, passou a palavra ao Coordenador da CGHU/ MEC, **Celso Fernando Ribeiro**
1415 **de Araújo**, que começou agradecendo a oportunidade de apresentar ao CNS o Programa de
1416 Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. Explicou que o papel do hospital universitário
1417 está centrado no tripé, com ênfase na boa assistência: formação de recurso humano, produção de
1418 conhecimento e transmissão de conhecimento. Disse que, ao assumir a Coordenação Geral de
1419 Hospitais Universitários, foi iniciada a elaboração de um diagnóstico da situação da rede de HUs
1420 realizado com base nas informações contidas no Sistema REHUF/SIMEC: coleta de dados; validação
1421 dos dados; e consolidação dos dados. Caracterizou a Rede de HUs Federais, explicando que está
1422 distribuída de forma heterogênea no país, com concentração nas Regiões Sudeste, Sul e Nordeste.
1423 Explicou que o perfil dessas instituições é variável: algumas voltadas à atenção terciária e quaternária;
1424 média e alta complexidade e outras realizando atenção primária, embora não seja esse o seu papel.
1425 Disse que hospitais universitários realizam atenção básica por comodismo dos docentes, outros por
1426 precariedade ou falência do sistema municipal de saúde. Relatou que, após o diagnóstico, procedeu-
1427 se à caracterização dos hospitais por porte, considerando como critério o número de leitos: porte 1:
1428 até cem leitos; porte 2: de 101 a 200 leitos; porte 3: de 201 a 300; e porte 4: de 301 a 960 leitos.
1429 Explicou que a capacidade instalada de intenção é de 11 mil leitos, sendo: 10.124 leitos ativos (91%
1430 da capacidade instalada) e quase mil leitos desativados, normalmente, por falta de recursos humanos.
1431 Detalhou a produção assistencial dos HUs em 2009: a) Atendimento de Emergência: 1.316.704; b)
1432 Consultas: 7.222.450; c) Internações: 374.795; d) Partos de Risco: 25.319; e) Partos de Risco
1433 habitual: 26.231; g) Procedimentos: 30.811.542; h) Transplantes: 2.354; e i) total geral 39.779.395.
1434 Disse que os números demonstram o volume de atendimento em saúde do país, principalmente para
1435 as pessoas menos favorecidas. A respeito dos transplantes, disse que do total do país 21% foi
1436 realizado em dez hospitais universitários. Falou da produção de atividades de pesquisa nos HUs,
1437 explicando que em 2009 foram realizadas 21.524, sendo: 6,69% de pesquisas básicas; 41% de
1438 pesquisas operacionais; 1,64% de pesquisas inovadoras em tecnologia de saúde; 3,3% de pesquisas
1439 de interesse das políticas públicas de saúde; e 47,3% de pesquisas clínicas (voltadas ao interesse da
1440 indústria farmacêutica e não interfere em aporte de recurso para instituição, por não se tratar de
1441 pesquisa institucionalizada). Explicou que as pesquisas resultaram em 15.500 publicações, sendo:
1442 artigos publicados em periódicos internacionais (40%); periódicos nacionais (31%); teses de doutorado
1443 (737); dissertações de mestrado (1.625); 40 livros; e 260 capítulos de livros envolvendo docentes da
1444 instituição. Comentou o financiamento da rede de HUs, explicando que o custo total em 2009 foi de R\$
1445 3.457.442.768, sendo custeado pelo MEC (69%) e Ministério da Saúde (31%). Detalhou que o
1446 financiamento do MEC destina-se a: Folha de Pagamento (RJU e CLT MEC), Bolsa de Residência
1447 Médica, Programa Interministerial e Outras ações. O financiamento do Ministério da Saúde é voltado
1448 para: Média Complexidade; Alta Complexidade; Procedimentos Estratégicos; Incentivos; e Programa
1449 Interministerial MS. A respeito dos recursos humanos dos HUFs, explicou que são 70.373 mil
1450 servidores, sendo: RJU e CLT MEC: 59%; CLT: 20,63%; RPA: 1,66%; Cedidos: 0,68%; Requisitados:
1451 0,87%; RJU (outros órgãos federais): 1,69%; e Terceirizados (legais e "não legais" (atividade
1452 finalística) por carência de profissionais): 15,64%. Mostrou o comprometimento da receita SUS com
1453 pagamento de pessoal, explicando que os hospitais menores são os que menos faturam e os que
1454 mais comprometem recurso. Também apresentou um gráfico com a previsão de aposentadoria dos
1455 servidores dos HUs (atividade finalística) em 2008, 2009 e 2010: 3.741 servidores. Falou ainda das
1456 vacâncias ocorridas nos HUs federais, que, de 2002 a 2008, totalizaram 5.374. Feito esse panorama,
1457 passou a tratar do Decreto n.º 7.082/10, que tem por grandes objetivos: reestruturação; gestão,
1458 modelo de gestão, ferramenta de gestão - AGHU, Conselho Gestor, recuperação física/ampliação e
1459 inovação tecnológica; e financiamento paritário: orçamentação global dos HUs financiada de forma

gradual e paritária entre os Ministérios da Educação e da Saúde. Explicou que a vida média dos hospitais oscila entre 55 anos e há hospitais com mais de cem anos e os mais novos em torno de quarenta. Ou seja, dos 46 hospitais universitários, apenas três possui licença sanitária vez que atendem às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Nos termos do decreto, disse que o REHUF tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os HUs possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde. Explicou que as diretrizes do REHUF são: a) instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012; b) melhoria dos processos de gestão; c) adequação da estrutura física; d) recuperação e modernização do parque tecnológico; e) reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e f) aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde. Disse que o REHUF prevê as seguintes medidas para o alcance de seus objetivos: a) modernização da gestão dos hospitais universitários federais; b) implantação de sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho; c) reformas de prédios ou construção de unidades hospitalares novas, com adequação às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; d) aquisição de novos equipamentos de saúde e substituição dos equipamentos obsoletos; e) implantação de processos de melhoria de gestão de recursos humanos; f) promoção do incremento do potencial tecnológico e de pesquisa dos hospitais universitários federais; g) instituição de processos permanentes de avaliação tanto das atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, como da atenção à saúde prestada à população; h) criação de mecanismos de governança no âmbito dos hospitais universitários federais, com a participação de representantes externos às universidades; i) O MEC, o MS e o MPOG elaborarão parâmetros para a definição dos quadros de lotação de pessoal de acordo com a capacidade instalada e as plataformas tecnológicas disponíveis; e j) atualização permanente da infra-estrutura física e do parque tecnológico, de modo a conter a depreciação. Explicou que, para cumprir o decreto, seria necessário aporte adicional do Ministério da Saúde em três anos: 2010 - R\$ 997.269.745, 15; 2011 – R\$ 1.182.649.682,58; 2012 – R\$ 1.368.030.220,00. Disse que, em 2010, o Ministério da Saúde comprometeu-se a aportar R\$ 300 milhões (R\$ 100 milhões já foram disponibilizados). Em 2011, a previsão do Ministério da Saúde é de R\$ 815 milhões (com exclusão das residências médicas), sendo R\$ 300 milhões nos hospitais e R\$ 515 dependendo de suplementação. Comentou a Portaria Interministerial 883/10, que regulamenta o Decreto nº. 7.082/10, que define instâncias de governança dos HUs: Comitê Gestor; Unidade Executiva do Programa – DHR/SESu/MEC; e Comissões Consultivas de Acompanhamento e Avaliação dos Pactos Globais – instituídas no âmbito de cada Universidade. Acrescentou que a Portaria Interministerial 883/10 define ainda como atribuições do comitê gestor: a) analisar e aprovar as ações propostas no âmbito do REHUF; b) definir metas adicionais e monitorar os resultados do Pacto Global de Desempenho dos Hospitais Universitários; c) monitorar a implementação do REHUF; d) avaliar, aprovar e monitorar os recursos transferidos aos HUs, no escopo do financiamento global; e) definir os parâmetros de desempenho dos HUs e diretrizes para negociação dos Pactos Globais; e f) manifestar-se sobre os parâmetros propostos pela Unidade Executiva do Programa para definição do quantitativo de pessoal dos HUs e encaminhá-los para apreciação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Também fez um enfoque dos compromissos dos HUs para além da contratualização: buscar junto ao respectivo gestor do SUS a atualização mensal do cadastro dos estabelecimentos de saúde; destinar assistência prestada integralmente ao SUS, inclusive às redes de urgência e emergência; registrar mensalmente as informações de produção hospitalar e ambulatorial, sem geração de crédito, por meio dos Sistemas de Informação em saúde; e melhorar os processos de gestão dos hospitais. Finalizando a exposição, frisou que o REHUF é visto como uma luz no fim do túnel para recuperar os hospitais universitários com valor histórico de formação e de qualidade. Por fim, apelou ao CNS para que ajude a cobrar o cumprimento do decreto, por parte do Ministério da Saúde. Na sequência, fez uso da palavra o representante da FASUBRA, **Paulo Henrique**, que iniciou agradecendo a oportunidade e justificando a ausência da Coordenadora Geral da FASUBRA, **Léia de Souza Oliveira**. Explicou que a FASUBRA promoveu amplo debate com Ministério da Educação, Ministério da Saúde, e Congresso Nacional sobre a reestruturação dos hospitais universitários. Disse que se soma ao déficit financeiro das fundações e dos hospitais universitários o não reconhecimento, por parte dos gestores, do serviço prestado por essas instituições. Além disso, frisou que os hospitais universitários deveriam ater-se a seus princípios de hospital de escola e não à prestação de serviço para atender a grande demanda. No entanto, reconheceu que a conjuntura levou ao crescimento desses hospitais. Pontuou ainda que as contas das universidades que possuem hospitais universitários foram aprovadas pelo TCU com ressalva. No caso do hospital de Uberlândia, a ressalva refere-se à ausência de processo de licitação para gerenciamento de hospital de clínica. Ressaltou que, apesar das irregularidades, nada é feito sob

a justificativa de que o impacto social é sério. Diante do quadro, avaliou que o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, é um avanço, mas há críticas a alguns aspectos que precisam ser discutidas. Explicou que o Decreto institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF e tem por objetivo criar condições materiais e institucionais para as atividades de ensino, pesquisa e extensão e assistência à saúde nos HUEs segundo preconizado na Lei nº. 8.080. Ressaltou que se trata de reorganizar as estruturas com os objetivos de: criar condições materiais e institucionais para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão e da assistência à saúde; desenvolver atividades de educação permanente para a rede de serviços do SUS (é preciso discutir com o CNE os currículos das universidades públicas que visam o mercado da saúde e não o SUS); implementar a residência multiprofissional; e desenvolver linhas de pesquisa de interesse do SUS. No que diz respeito à assistência à saúde, destacou: ofertar serviços de atenção de média e alta complexidade, observada a integralidade da atenção à saúde; e garantir oferta da totalidade da capacidade instalada ao SUS. Enfatizou que os HUs devem ser 100% SUS, portanto, os que possuem mais de uma porta de entrada, terão que se adequar às normas. Seguindo, comentou as diretrizes do REHUF: instituição de mecanismos adequados de financiamento, compartilhados entre MEC e MS; melhoria dos processos de gestão (*investir na gestão colegiada*); reestruturação do quadro de recursos humanos (*é preciso assegurar o redimensionamento de pessoal – perfil de profissionais – de acordo com o perfil de cada instituição*); e aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde. A respeito da gestão, citou: modernização da gestão dos hospitais universitários federais, com base em transparência e responsabilidade; implantação de sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho (*ao detalhar, deve-se ater ao indicador de desempenho*); e implantação de processos de melhoria de gestão de recursos humanos. No que se refere ao controle social, citou que o Decreto prevê a criação de mecanismos de governança no âmbito dos hospitais universitários federais e participação de representantes externos às universidades. Discorreu sobre a Portaria nº. 883, de 5 de julho de 2010, que define a instituição do conselho gestor e comissões consultivas. Nesse caso, disse que a crítica refere-se à exclusão da representação da FASUBRA e Sindicatos de base neste processo. De todo modo, explicou que o Ministro da Educação acenou a possibilidade de incluir essas representações. A respeito da estruturação, destacou: adequação da estrutura física; reformas de prédios ou construção de unidades hospitalares novas; recuperação e modernização do parque tecnológico; e aquisição de novos equipamentos de saúde. Finalizando, avaliou que o Projeto para os HUEs precisa ter como preliminar uma disposição por parte do governo para o debate, sem fórmulas pré-concebidas. Frisou que todos atores sociais devem se manifestar apresentando a sua visão sobre missão e papel dos HUEs; dimensionamento de pessoal, contratação por concurso público pelo Regime Jurídico Único para o cumprimento da missão dos HUEs; disponibilidade de recursos financeiros; definição de orçamento mensal para os HUs; e controle social pleno. Na sequência, Conselheiro **Alexandre Magno**, do GT CNS de Hospitais Universitários, fez uso da palavra para falar do trabalho do. Relatou que o GT realizou quatro reuniões e vem discutindo problemas inerentes à política dos hospitais universitários. Disse que a intenção é apresentar o relatório do GT na reunião ordinária de novembro de 2010. Na avaliação do grupo, o processo de reestruturação dos hospitais universitários é de vital importância. Também abordou os seguintes aspectos do Decreto nº. 7.082/10: modelo de gestão; contratação de pessoal; controle social; e financiamento. Primeiro, destacou que o Decreto não define com clareza o modelo de gestão a ser implantado nos HUs e essa é uma grande preocupação para o controle social. Disse que outra preocupação do GT refere-se ao modelo de gestão de pessoal a ser adotado – Regime Jurídico Único ou não? Ressaltou que a terceira preocupação refere-se ao controle social. Ressaltou o entendimento do GT de que é preciso colocar o comitê gestor em funcionamento. Nesse aspecto, salientou a necessidade de distinguir controle social e autonomia das universidades. Lembrou que, nos termos da CF/88 e da legislação do SUS, deve-se garantir a participação dos usuários nas políticas públicas e na reestruturação é preciso assegurar a participação do controle social. Por fim, falou da preocupação com o GT sobre o financiamento que é essencial para avançar na reestruturação dos hospitais universitários. Concluídas as apresentações, foi aberta a palavra aos conselheiros. **Manifestações.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou os expositores e manifestou o apoio à iniciativa. Destacou que 11% dos procedimentos de média e alta complexidade são realizados pela iniciativa privada, contudo, esse setor fica com 50% dos recursos da MAC. Salientou que o investimento na estruturação dos hospitais universitários pode ser recuperado com a produção dessas entidades. Por fim, solicitou que o REHUF trate da questão do apoio a diagnóstico que contempla o desenvolvimento das tecnologias. Conselheiro **Nelson Mussolini** manifestou preocupação com o “empregado não legal” no âmbito dos hospitais universitários. Também esclareceu que as pesquisas clínicas são uma fonte de transferência de conhecimento e, em outros países do mundo, também se configuram em uma fonte de financiamento dos serviços. afirmou que essas pesquisas são um bem, mas deveriam ser parte da instituição e não do lucro do pesquisador,

vez que podem ser uma fonte de inovação tecnológica. Conselheiro **José Carrijo Brom** cumprimentou o CNS por pautar esse debate e os expositores pelas apresentações. Frisou que é momento de fortalecer a rede pública para reverter a compra de serviço da rede privada. Também manifestou apoio ao Projeto, reiterando a necessidade de garantir recurso para financiá-lo e defendeu a participação do controle social nessa construção. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou que o debate desse assunto no CNS é de suma importância, tendo em vista a prerrogativa do SUS em ordenar a formação dos recursos humanos da saúde. Concordeu que a proposta é uma luz no fim do túnel, mas alertou para a necessidade da estruturação ater-se à formação multiprofissional com qualidade. Por fim, manifestou o apoio à efetivação do Decreto, inclusive na questão do financiamento. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** declarou que, para os usuários, é importante considerar a saúde como um bem público e frisou que o SUS é capaz de transformar a partir do conhecimento. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, primeiro, considerou que, por se tratar de um programa que envolve investimentos públicos, faz-se necessário constituir comissões intersetoriais, conforme previsto em lei, com ampla participação da sociedade civil, para acompanhar a reestruturação. Dessa forma, disse que as instâncias de governança devem ser trabalhadas nessa perspectiva. Conselheiro **Juares Pires Souza** perguntou os motivos da queda do número de transplantes de medula óssea realizados pelos HUs, no período de 2007 a 2009, vez que hoje há mais de cem pacientes com doador aguardando vagas nos hospitais para realizar esse procedimento. Conselheiro **Ubiratan Cassano** explicou que a situação dos HUs é a seguinte: recursos humanos de excelência e crises cíclicas por falta de insumos básicos. Colocou a posição da UNE de que REHUEF aponta um caminho para solução dos problemas desses hospitais, em especial do ponto de vista do financiamento e da contratação de pessoal. Contudo, a entidade possui duas preocupações, a primeira refere-se à necessidade de substituir os servidores terceirizados e as cooperativas com a contratação de novos servidores. A segunda refere-se à previsão de aposentadoria em 2010 e 2011: 2.500 funcionários. Nesse sentido, salientou que é preciso garantir a recomposição salarial para evitar a evasão. Também defendeu que a necessidade de equipar os investimentos dos recursos do Ministério da Saúde e Ministério da Educação e enfatizou a necessidade de investir mediante os planos diretores. Por fim, solicitou apoio ao pedido da UNE de construção de uma nova unidade no Hospital Clementino Fraga Filho, da UFRJ, para substituir a parte inoperante da unidade que será demolida em dezembro de 2010, possibilitando, dessa maneira, formar melhor os profissionais e atender a população local. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** manifestou o anseio de que o Decreto e Portaria possibilitem aos hospitais universitários o cumprimento de suas funções. Lembrou que 93% da capacidade dos hospitais universitários é utilizada e, nesse sentido, perguntou qual o público que a utiliza – SUS e outros (qual o percentual?). Destacou que 10% da capacidade dos hospitais não é utilizada, assim, quis saber quantos pacientes do SUS poderiam ser atendidos com 100% da capacidade instalada. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** cumprimentou as exposições, na sua visão, muito elucidativas. Explicou que, a partir da publicação do protocolo da Doença Celíaca, o diagnóstico da doença diminuiu porque não há profissionais capacitados e laboratórios para realizar o exame. Dessa maneira, solicitou ao MEC informações sobre a capacitação de profissionais para realizar esse exame. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** cumprimentou a mesa pelas apresentações e fez as seguintes perguntas: como as universidades podem interferir na questão das pesquisas clínicas que, em grande parte, refletem o interesse da indústria farmacêutica? Os hospitais universitários preparam para a atenção básica? Como é trabalhado, em nível da gestão da universidade, o conceito de qualidade? Conselheira **Maria Thereza Antunes** solicitou que na adequação da estruturação física do HUs fosse trabalhada a questão da acessibilidade, porque que os campus universitários são inadequados para as pessoas com deficiência. **Retorno da mesa.** O Coordenador Geral de Hospitais Universitários/MEC, **Celso Fernando Ribeiro de Araújo**, foi o primeiro a responder as perguntas. Explicou que o modelo de gestão do MEC é centrado no processo de trabalho e possui ferramenta de acompanhamento com indicadores quantitativos e qualitativos e independe do modelo jurídico. Clarificou que a pesquisa clínica é benéfica, mas, por não estar institucionalizada, trás vieses maléficos. A respeito dos transplantes de medula, explicou que houve uma diminuição no número desses procedimentos, porque muitos dos profissionais que realizavam esse procedimento abriram serviços nos hospitais privados. No que se refere à capacidade instalada, explicou que são 11 mil leitos do SUS e dos 45 hospitais, apenas dois possuem leitos privados (Hospital de Clínicas da UFMG; e Hospital de Clínicas de Porto Alegre – a lei de criação do hospital determina que, dos 780 leitos, 670 seriam destinados ao atendimento do antigo INAMPS e os demais a convênios). Respondeu ainda que, em relação ao atendimento de baixa complexidade, observa-se a falta de interessante de docentes por essa área. A respeito da formação médica, esclareceu que a diretriz curricular de 2002 aponta para a formação do médico generalista, de interesse do SUS. Contudo, disse que o processo de transformação da formação por especialidades para a generalista está sendo trabalhado, porém se trata de um lento processo. Conselheiro **José Rubens Rebellato**,

1643 diretor do Departamento dos Hospitais Universitários e Residências em Saúde, lembrou que foram 25
1644 anos de ausência de uma política adequada para os hospitais universitários. Assim, unidades de
1645 referência na formação profissional, geração do conhecimento e assistência deixaram de sê-lo.
1646 Reconheceu que a situação é grave e a revitalização desse sistema levará um bom tempo. Frisou que
1647 há um esforço interministerial - Ministérios da Saúde e da Educação – voltado à reestruturação desse
1648 sistema, mas, para isso, é preciso aportar recurso novo. Explicou que o diagnóstico e a proposição,
1649 que resultou no decreto, geraram ações e reações. Contudo, disse que não há pretensão em
1650 apresentar um projeto perfeito, assim, a intenção é que o CNS auxilie na implementação do que o
1651 decreto trouxe de positivo e também contribua para aperfeiçoar o projeto. A respeito do hospital
1652 Clementino Fraga da UFRJ, disse que é necessário esforço governamental visando garantir aporte de
1653 recurso do Congresso Nacional para a construção de nova unidade (é necessário investimento em
1654 torno de R\$ 250 milhões). Frisou que o foco do MEC é a formação multiprofissional com as
1655 características de saúde para atender o SUS. Esclareceu que o CNS pode contribuir nas questões
1656 relativas a financiamento, atualização tecnológica e recomposição da contratação de pessoal.
1657 Acrescentou que, por conta da transição, os organismos colegiados devem acompanhar o processo
1658 para garantir a implementação dos acordos firmados a respeito do Projeto. Concordou com a maioria
1659 das críticas e, em relação à participação social, disse que se tratava de uma questão delicada,
1660 considerando a autonomia das universidades. A respeito do modelo de gestão, inclusive de pessoal,
1661 concordou é preciso discuti-lo, vez que é obrigação buscar o melhor modelo possível para gastar os
1662 recursos aportados. Concordou que a existência de empregados “não legais” nos hospitais
1663 universitários é preocupante, contudo, frisou que qualquer processo de solução começa pela
1664 identificação e explicitação do problema, conforme foi feito. Finalizando, destacou que esse processo
1665 precisa ser aperfeiçoado e solicitou o empenho do CNS no acompanhamento desse processo que
1666 trará avanços para os hospitais universitários. O representante da FASUBRA, **Paulo Henrique**,
1667 ressaltou que o CNS e os conselhos estaduais e municipais devem acompanhar esse processo.
1668 Frisou que o resultado das pesquisas realizadas nas unidades públicas é patrimônio público e deve
1669 ser repassado à população. Também solicitou o apoio do CNS no resgate dos espaços públicos de
1670 debate nas universidades. Por fim, enfatizou que é importante consolidar esse projeto para que de
1671 política de governo se transforme em política de Estado. Conselheiro **Alexandre Magno Soares**, do
1672 GT CNS dos hospitais universitários, disse que muitas das perguntas serão respondidas pelo Grupo.
1673 A respeito das pesquisas, informou que o GT contatou a CONEP para saber das sobre aquelas
1674 realizadas pelos 46 hospitais universitários. Por fim, reiterou que a intenção é apresentar o relatório do
1675 GT na reunião ordinária do mês de novembro de 2010. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
1676 agradeceu os integrantes da mesa e sintetizou os encaminhamentos: apoio ao Decreto nº. 7.082,
1677 considerando a preocupação com o modelo de gestão (discutir o hospital na lógica da formação do
1678 profissional, gestão do trabalho, garantia do financiamento e da participação popular em todos os
1679 níveis), e apoio à luta da FASUBRA. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, como encaminhamento,
1680 propôs que o GT do CNS seja transformado em uma comissão intersetorial responsável pelo processo
1681 de reestruturação dos hospitais universitários. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** disse que essa
1682 proposta pode ser discutida posteriormente. De todo modo, explicou que o GT discutiria as questões
1683 coladas e o CNS acompanharia o processo de reestruturação dos hospitais universitários.
1684 **Deliberação: o Plenário manifestou apoio ao Decreto nº. 7.082, que institui o Programa Nacional**
1685 **de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, considerando a**
1686 **preocupação com o modelo de gestão (discutir o hospital na lógica da formação do**
1687 **profissional; gestão do trabalho; e garantia do financiamento e da participação popular em**
1688 **todos os níveis) e à luta da FASUBRA. Além disso, o Pleno decidiu acompanhar o processo de**
1689 **reestruturação dos hospitais universitários (a forma desse acompanhamento será definida**
1690 **posteriormente pelo Plenário).** Reiterando os agradecimentos aos convidados, encerrou esse ponto
1691 e suspendeu para o almoço. Retomando, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, retomou a questão
1692 do processo de avaliação de cursos. Explicou que esse é um processo em construção gradativa, na
1693 perspectiva de melhorar o trabalho do CNS. Informou que vários atores interessados nos processos
1694 que tramitaram no CNS questionam a posição desse colegiado. Avaliou que o CNS deve rediscutir
1695 esse processo, em especial, a respeito de dois pontos, o primeiro refere-se ao critério da necessidade
1696 social para avaliação dos processos. Manifestou sua discordância com a avaliação dos cursos com
1697 base na necessidade social que se norteia pelo número de escolas, por exemplo. Além disso,
1698 discordou da falta de oportunidade do interessado no processo apresentar recurso no CNS. Explicou
1699 que esteve no GT de cursos para discutir essas posições e colocou que, concretamente, há duas
1700 demandas, uma da Faculdade de Medicina de Campinas São **Leopoldo Mandic** que reivindica
1701 avaliação melhor da CIRH com visita in loco para parecer definitivo e outra da Faculdade de Ciências
1702 Médicas de Barretos Dr. Paulo Prata que também solicita visita in loco para avaliar as condições para
1703 autorização do curso de Medicina. Ressaltou que esse é o momento de aperfeiçoar esse processo

visando sanar os problemas colocados. Apresentou a sua proposta de, no processo de emissão de pareceres, possibilitar ao interessado no processo requerer à Presidência do CNS ou à Mesa Diretora do CNS uma visita *in loco*, sendo que as solicitações seriam encaminhadas à CIRH para avaliação. Além disso, explicou que a intenção é rediscutir a Resolução nº. 350. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** esclareceu que essa problemática é antiga no CNS e as visitas *in loco* são complexas. Concordou com as preocupações levantadas pelo Presidente do CNS e frisou que é preciso rediscutir os critérios e definir variáveis e critérios para fundamentar os pareceres. Também ponderou que os recursos pontuais trarão um sobrecarga de trabalho para o CNS. Por fim, perguntou se o CNS deve continuar a emissão de pareceres da forma como vem sendo feita ou suspender até a redefinição do processo de avaliação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** respondeu que o CNS, por meio da CIRH, deve continuar a emissão de pareceres. Além disso, destacou que o recurso será enviado à CIRH que avaliará a necessidade ou não da visita *in loco*. Conselheiro **Volmir Raimondi** concordou com a proposta e perguntou se é necessário aprovar uma resolução com essa regra. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu encaminhar essa demanda à CIRH para definir a forma de normatizar essa questão. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** fez uso da palavra para manifestar sua concordância com o encaminhamento. Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH, frisou que a Comissão não vê problema em rever a sua dinâmica de trabalho. Disse que a Comissão não trabalhou com a possibilidade de visitas com o receio de passar a fazer apenas visitas. Destacou que é preciso verificar a capacidade da CIRH e identificar o objetivo das visitas do CNS. Clarificou que, hoje, as visitas são feitas quando há dúvidas em relação a aspectos do processo. **Deliberação: o Plenário decidiu incluir visitas da CIRH a instituições de ensino no processo de emissão de pareceres. Os recursos dos interessados no processo serão encaminhados à CIRH que analisará a necessidade ou não da visita in loco. De acordo com essa definição, as solicitações de visita in loco à Faculdade de Ciências Médicas de Barretos Dr. Paulo Prata e à Faculdade de Medicina de Campinas São Leopoldo Mandic serão encaminhadas à CIRH/CNS para avaliação. Em sendo assim, o parecer da Comissão relativo à Faculdade de Ciências Médicas de Barretos Dr. Paulo Prata, aprovado no primeiro dia de reunião do CNS, torna-se sem efeito até posição definitiva desse colegiado.** Definido esse ponto, a mesa retomou o debate do Tema da 14ª CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que, após debate, chegou-se a consenso sobre o seguinte tema: “Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social. Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro.” Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, na tentativa de tornar o tema com uma linguagem mais popular e chamar a população, sugeriu: “Todos usam o SUS. SUS patrimônio do Povo Brasileiro.” Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que, após amplo debate no primeiro dia de reunião e da reunião do grupo, chegou-se ao tema: “Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social. Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro.” Dessa maneira, avaliou que não era o momento de discutir novas propostas. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, em que pese o rico debate da Comissão Organizadora, avaliou que o tema “Todos usam o SUS. Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro.” poderia facilitar o consenso. Além disso, informou que a reunião da Comissão Organizadora da 14ª CNS no final do dia anterior não ocorreu porque coincidiu com outras reuniões. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que, no dia seguinte, o Plenário definiu o tema e deliberou por aprimorá-lo. Portanto, avaliou que essa é uma questão vencida. Conselheiro **Volmir Raimondi** recuperou que, no dia seguinte, foi feita uma consulta sobre as propostas, assim, propôs a votação final da proposta de tema ou um novo debate a esse respeito. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** explicou que, no dia seguinte, o Pleno fez uma consulta sobre as sugestões de tema e decidiu retomar a discussão naquele dia. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que, no dia anterior, o Pleno votou as sugestões de tema e definiu que o Grupo se reuniria para analisar as proposta na tentativa de construir um consenso, que seria submetido à apreciação do Pleno. Desse modo, consultou o Pleno sobre o encaminhamento apresentado pelo Conselheiro Volmir Raimondi. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** reiterou que, no dia anterior, foi feita uma consulta sobre as sugestões de tema e não houve deliberação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** frisou que está em debate a seguinte questão: o Plenário acata ou não a proposta construída pela comissão organizadora no final do primeiro dia de reunião. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** fez uso da palavra para informar que a Comissão Organizadora não se reuniu no final do primeiro de reunião. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** declarou que não se sentia confortável para votação e, por essa razão, apresentou a seguinte Questão de Ordem: a reunião da comissão organizadora ocorreu ou não. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que na noite do dia anterior houve várias reuniões e, por volta das 21h, procurou os integrantes da Comissão Organizadora que estavam no CNS. Disse que seis integrantes da Comissão se reuniram e houve acordo sobre a proposta: “Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social. Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro”. Ressaltou que consultara vários integrantes da Comissão Organizadora sobre o tema. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** disse que chegou ao CNS às 20h20 e, na oportunidade, foi

informado da definição do tema e não consultado a esse respeito. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que, dada a impossibilidade da reunião da comissão organizadora no final do dia anterior, os integrantes, em uma conversa informal, chegaram a consenso sobre o tema “Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social. Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro”. Solicitou à mesa que procedesse à votação do encaminhamento do Conselheiro Volmir. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** colocou em votação os seguintes encaminhamentos: 1) Acatar a proposta de tema apresentada à mesa: “Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social. Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro”; ou 2) Reabrir o debate do tema. **Resultado: a proposta 1 recebeu dezenove votos favoráveis. A proposta 2 recebeu seis votos. Três abstenções. Deliberação: o Plenário aprovou como tema central da 14ª Conferência Nacional de Saúde “Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social. Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro”. O debate dos Eixos temáticos e da estrutura foi transferido para a próxima reunião do CNS.** Seguindo, A Secretária-Executiva do CNS retificou a data da Plenária Nacional de Conselhos - 16, 17 e 18 de novembro de 2010, em Brasília/DF. O seminário da COFIN será realizado no dia 19 de novembro de 2010. Seguindo, passou ao item extra pauta. **GT SEMINÁRIO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - PÚBLICO X PRIVADO – Apresentação: Rozângela Fernandes Camapum, Secretária-Executiva do CNS. Coordenação: Conselheiro Francisco Batista Júnior, Presidente do CNS.** A Secretária-Executiva do CNS lembrou que o Pleno constitui dois GTs para apresentar propostas dos seminários de “Atenção Primária” e “Público x Privado”. Contudo, diante da impossibilidade de realizar os dois seminários em separado, por falta de estrutura e de local, acordou-se pela realização de um seminário com os dois temas. Explicou que os GTs reuniram-se em datas distintas, visto que as reuniões já estavam marcadas, mas destacou que acompanhara as duas reuniões. Disse que no dia anterior o Presidente do CNS reuniu-se com os integrantes do GT e finalizou uma proposta de programação. Feitos esses esclarecimentos, passou a apresentar a programação. O Seminário Nacional de Atenção Primária em Saúde e sobre As Relações Público X Privado no Sistema Único de Saúde será realizado de 3 a 6 de Novembro de 2010, com mil participantes, sendo: Conselho Nacional de Saúde – 144; Conselhos Estaduais de Saúde – 27; Conselhos Municipais de Saúde (CAPITAIS) – 27; Ministério Da Saúde – 25; Secretarias Estaduais De Saúde – 27; Secretarias Municipais De Saúde (Capitais) – 27; CONASS – 10; CONASEMS – 10; COSEMS – 27; REPRESENTAÇÃO DOS MUNICÍPIOS – 500; Fórum De Usuários – 50; Fórum De Trabalhadores – 25; Coordenadores De Plenária – 27; Senado Federal – 10; Câmara Dos Deputados – 10; Ministério Público – 2; Supremo Tribunal Federal – 2; Tribunal De Contas Da União – 2; Advocacia Geral Da União – 2; Controladoria Geral Da União – 2. Explicou que as 500 vagas destinadas aos municípios foram distribuídas considerando critério populacional, sendo: 400.000 a 3.000.000 de hab. – treze Estados, e treze vagas; 3.000.001 a 9.000.000 – oito Estados, dezoito vagas; 9.000.001 a 40.000.000 – seis Estados, 31 vagas. Desse modo, disse que as vagas foram assim distribuídas: Acre - 13 vagas; Amapá - 13 vagas; Amazonas -13 vagas; Pará -18 vagas; Rondônia -13 vagas; Roraima – 13 vagas; Tocantins – 13 vagas; Distrito Federal – 13 vagas; Goiás - 18 vagas; Mato Grosso – 13 vagas; Mato Grosso do Sul – 13 vagas; Alagoas – 13 vagas; Bahia – 31 vagas; Ceará – 18 vagas; Maranhão – 18 vagas; Paraíba – 18 vagas; Pernambuco – 18 vagas; Piauí – 13 vagas; Rio Grande do Norte – 13 vagas; Sergipe – 13 vagas; Espírito Santo -18 vagas; Minas Gerais – 31 vagas; Rio De Janeiro – 31 vagas; São Paulo – 31 vagas; Paraná - 31 vagas; Santa Catarina – 18 vagas; e Rio Grande do Sul - 31 vagas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a os conselhos estaduais devem acompanhar a definição da representação dos municípios. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** solicitou que fossem feitos ajustes levando-se em consideração o critério da paridade, a fim de evitar conflitos no nível local. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que o critério da paridade, nesse caso, poderia limitar o número de municípios. Além disso, ressaltou que esse é um seminário específico e, em tese, devem participar os que têm mais afinidade com o tema, conforme indicação dos conselhos municipais. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** disse que é preciso alertar para a importância de evitar disparidades na representação dos conselhos. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** defendeu que o CNS indique a importância de garantir todos os segmentos no seminário. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** inscreveu-se para defender que o CNS aponte a necessidade de garantir a paridade nas indicações dos conselhos, vez que essa indefinição pode gerar problemas para atividades futuras. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** clarificou que nesse caso não é possível garantir a paridade, porque o número de vagas não permite. Além disso, frisou que cada conselho deve definir o que é melhor para si. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** lembrou que se trata de um seminário que não tem caráter deliberativo. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** destacou que a não adoção do critério da paridade é uma opção de metodologia do CNS. Contudo, defendeu que, ao final do seminário, seja feita avaliação da representação dos participantes do seminário. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que o produto do seminário deverá ser submetido à apreciação do Pleno. Conselheiro **Volmir Raimondi** sugeriu que no convite fosse feita menção à necessidade de

contemplar todos os segmentos nas indicações para o seminário. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** concordou em enviar ofício aos conselhos estaduais e à Plenária Nacional de Conselhos com menção à necessidade de contemplar todos os segmentos nas indicações para o seminário. Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou a programação do Seminário, iniciando-se pela parte relativa à “Atenção Primária em Saúde”: 3 de Novembro de 2010. 8h - Credenciamento. 9hs - 10hs. Mesa de Abertura: CNS, Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, Senado Federal e Câmara dos Deputados. 10hs - 11h30 - Conferência Magna “Visão da Atenção Primária em Saúde no Canadá”. Coordenação: CNS. Palestrante: Prof. Michael M. Rachlis – Canadá. 11h30 – 13h30 – Almoço. 13h30 – 18hs - Mesa 1. 13h30 – 15h - “Panorama da Atenção Primária à Saúde no Brasil”. Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS, CONASS, Ministério da Saúde. 15h – 17h30 – Debate. 4 de Novembro de 2010. 8h30 – 12h - Mesa 2. 8h30 – 10h - “Desafios da Gestão na atenção primária na perspectivas dos princípios e diretrizes do SUS”. Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS, CONASS, MS. Debatedoras: Dra. Maria Inês de Sousa Bravo e Lígia Bahia. 10h – 12h – Debate. 12h - 14h – Almoço. 14h - 16h - Mesa 3. 14h - 15h - “Controle Social como Garantia para a qualidade e resolutividade da Atenção Primária em Saúde”. Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS. Debatedoras: Jurema Werneck e Maria Helena Baugarten. 15h – 16h – Debate. 16h - 16h30 – Intervalo. 16h30 - 18h30. Mesa 4 - Propostas para a Atenção Primária em Saúde. Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS, CONASS, CNS e MS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou a dinâmica de definição das mesas: 1ª mesa – panorama e diagnóstico; 2ª mesa – desafios da gestão; 3ª mesa – participação do controle social; e última mesa – propostas para a atenção primária em saúde. Considerando a importância da visão dos gestores, destacou que as representações do CONASEMS, CONASS e MS foram contempladas em todas as mesas. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** sugeriu que a programação do seminário contemple debate sobre a gestão da atenção primária entregue a entidades do terceiro setor e entidades privadas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que esse assunto está contemplado na parte do seminário sobre a relação público x privado. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu substituir “conferência magna” por “conferência de abertura”. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** recuperou que o seminário foi pensado para discutir os avanços e desafios da atenção primária em saúde no Brasil. Desse modo, estranhou que a conferência magna trate da visão da atenção primária em saúde no Canadá. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a representação do CONASS propôs convidar o Prof. Michael M. Rachlis, que é uma autoridade na questão da atenção básica, para apresentar a experiência do Canadá de reestruturação desse nível de atenção que pode subsidiar o debate. Disse que o CONASS dispôs-se a financiar a vinda do convidado, diante da impossibilidade do Conselho em fazê-lo. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** avaliou que a conferência de abertura deveria tratar dos desafios da atenção básica no Brasil. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** avaliou que o seminário, da forma como foi organizado, aponta que somente os organismos governamentais têm proposta para a atenção básica, o que não é verdade. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que o objetivo do seminário é fazer um diagnóstico da situação da atenção básica no país e apresentar propostas para esse nível de atenção. Conselheira **Maria Natividade Santana** sugeriu que a conferência magna seja feita por um conselheiro nacional representante dos usuários do SUS. A seguir, houve outras falas que evoluíram para as seguintes propostas: 1ª mesa - Panorama da Atenção Primária no Brasil – visão do usuário, trabalhador e gestor (CONASEMS); 2ª mesa – Experiências Internacionais – Canadá e mais dois países do MERCOSUL e UNISUL. **Deliberação: aprovada a parte da programação do seminário relativa à “Atenção Primária em Saúde”, com as seguintes alterações: 1ª mesa - Panorama da atenção primária no Brasil – visão do usuário, trabalhador e gestor (CONASEMS); 2ª mesa – Experiências Internacionais – Canadá e mais dois países do MERCOSUL e UNISUL. As secretarias do Ministério da Saúde - SGEF e SGTES, junto com o SAS - verificarão a possibilidade de custear a vinda dos convidados internacionais. Diante da presença da convidada para o último item da pauta, acordou-se que a segunda parte da programação relativa a “As relações público X privado no Sistema Único de Saúde”, seria discutida posteriormente. ITEM 10 – A POLÍTICA DE REABILITAÇÃO VISUAL – Composição da mesa: Érika Pisaneschi, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS; José Luis Telles, Diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE/MS; Conselheira Maria Fúria Silva, da Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência. Coordenação: Conselheiro Volmir Raimondi, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, Conselheiro Volmir Raimondi contextualizou que, em 2008, a Política de Reabilitação Visual foi aprovada no CNS e o assunto não foi retomado nesse colegiado. Em sendo assim, disse que a intenção é conhecer como está a implantação dessa Política. O Diretor do DAPE/MS, José Luis Telles, iniciou com destaque ao avanço dessa agenda, inclusive, com reconhecimento, pela ONU, do avanço do Brasil no que diz respeito ao direito das pessoas com deficiência. Destacou também a criação, nesse ano, da**

Secretaria de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência e o investimento do Ministério da Saúde na conformação de uma rede especializada de serviços (art. 25 da Convenção Internacional). Ressaltou que a intenção é apresentar os avanços nessa área e os desafios da Política, com destaque à importância do movimento social na garantia de mais recursos e na aplicação conforme as prioridades definidas. Na sequência, a Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS, **Érika Pisanesch**, fez uma apresentação sobre as Redes Estaduais de Atenção à Deficiência Visual no SUS. Começou explicando que, segundo o Censo Demográfico – 2000, são 24,6 milhões de pessoas com incapacidade, representando 14,5% da população. Disse que, dessa população com deficiência: 48,1% com deficiência visual, 26,9% com deficiência motora/física, 16,7% com deficiência auditiva e 8,3% com deficiência intelectual. Explicou que o Ministério da Saúde aguarda os dados do Censo que apresentará dados mais precisos nessa área. Destacou que, para essa parte da população, foi elaborada a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, nos termos da Portaria MS/GM nº 1.060 de 05 de junho de 2002. Detalhou que são propósitos da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências. Explicou que a Política possui seis eixos e destacou a organização e funcionamento dos serviços ou serviços especializados. Acrescentou que os serviços especializados levam em conta as ações básicas de reabilitação: as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, sob gestão dos municípios, constituem principal estratégia da Política de Atenção Básica; e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, para suporte atuação conjunta com ESF e AC. No que se refere à atenção especializada, explicou que, desde 2001, o Ministério da Saúde trabalha a implantação das redes temáticas de serviços de reabilitação. Disse que, em 2001, foram organizadas as redes de organização física (serviços especializados com atendimento multiprofissional). Ressaltou que nessas unidades de referência as pessoas com deficiência têm acesso a ajudas técnicas, entre elas, as órteses e próteses, fundamentais no processo de reabilitação. Em 2002, estruturou-se a rede de deficiência intelectual. Em 2004, a política voltada ao atendimento às pessoas com deficiência auditiva. Em 2008, foi publicada normatização sobre a área de reabilitação visual. Além disso, nesse ano, o Ministério da Saúde trabalhou normas específicas para assistência a doenças neuromusculares. Em 2009, trabalhou-se o atendimento a pessoas ostomizadas. Falou do avanço na implantação das Redes Temáticas, sendo: 74% Rede de Reabilitação Física (160 Serviços de 216 + intermunicipais + 2.436 fisioterapia) - Fisioterapeutas: 29.120 - Terapeuta Ocupacional: 5.883; 93%; Rede de Reabilitação Auditiva (144 Serviços de 155 + 402 fonoterapia DA + fonoaudiologia.) - Fonoaudiólogos: 9.608 - Psicólogo: 23.245; 14% Rede de Reabilitação Visual (11 Serviços de 75 + Oftalmologia); Deficiência Intelectual (1000 Serviços). A respeito das Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação Visual, explicou que a Portaria GM/MS nº 3128, de 24 de dezembro de 2008, estabelece normas para implantação de Serviços e diretrizes de atendimento e a Portaria SAS/MS nº 3129, de 24 de dezembro de 2008 estabelece recursos financeiros para SES, SMS e DF para atendimento em reabilitação visual (impacto/ano: R\$ 39.160.835,50). Disse que o Ministério da Saúde aguarda o envio dos processos, pelas Secretarias Estaduais e a intenção é conseguir o máximo de habilitações em 2010 e 2011. Falou da prevalência da deficiência visual, explicando que no mundo são mais de 161 milhões de pessoas das quais 124 milhões com baixa visão e 37 milhões cegas. Para cada pessoa cega, 3,7 pessoas com baixa visão. No Brasil, a baixa visão na população geral é de 1,7% e a cegueira 0,3%. Acrescentou que a prevalência de doenças oculares que levam ao comprometimento da resposta visual cresce com o avanço da idade e taxas maiores de cegueira e baixa visão são observadas com o aumento da vida média da população. Na população com mais de 50 anos de idade, as principais causas de cegueira são: a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética e a degeneração macular relacionada à idade. Explicou que a Portaria define as Responsabilidades da Área da Saúde e de outras áreas. Destacou que o serviço prevê acompanhamento com equipe multiprofissional responsável por diagnóstico, terapêutica especializada, seleção/adaptação e concessão de recursos ópticos, habilitação/reabilitação visual, estimulação precoce e orientação e mobilidade. Disse que foram incluídos procedimentos novos com recursos novos via FAEC, sendo: treino de orientação e mobilidade, avaliação multiprofissional em deficiência visual e atendimento/acompanhamento em reabilitação visual. Explicou que o SUS oferece onze novos recursos ópticos, para atender as necessidades da população. Ressaltou que serão 75 serviços no país na lógica de referência e da participação da rede para atenção integral. Lembrou que, em 2006, o CNS solicitou a inclusão da área da pessoa com deficiência nas prioridades do Pacto pela Saúde. Nesse sentido, destacou que, em 2007/2008, as foram relativas à habilitação dos serviços de saúde auditiva. Em 2010/2011, as metas referem-se aos serviços de reabilitação visual. Lembrou que as metas dispostas no Pacto pela Saúde, acordadas com os gestores estaduais são 27 serviços habilitados em 2010 e quinze em 2011. Disse que hoje (mês de setembro de 2010) há onze serviços

1948 habilitados (7 SP; 1 RJ; 1 SC; 2 RS) e sete em tramitação (2 BA; 1 AL, 4 SP). Ressaltou também que
1949 o Ministério da Saúde apóia a implantação das unidades - Portaria 1.857/2010 e financia
1950 equipamentos e capacitação, além da elaboração de material para as capacitações. Enfatizou que a
1951 área de saúde da pessoa com deficiência é uma prioridade do governo federal e foram incluídas
1952 metas no Programa Mais Saúde de ampliar o acesso a equipamentos e reabilitação. Por fim, reiterou
1953 que a normatização na área de reabilitação visual possui recursos novos e reservados para
1954 habilitação dos serviços. Desse modo, solicitou o apoio do CNS para que estados e municípios se
1955 organizem e possam habilitar as unidades e ampliar o acesso à reabilitação no SUS para as pessoas
1956 com deficiência visual (baixa visão e cegueira). Conselheiro **Volmir Raimondi** manifestou satisfação
1957 com a Política e a implantação dos serviços de reabilitação visual. Destacou a capacitação de
1958 profissionais nessa área o que contribui para prevenção dos possíveis agravos da deficiência visual.
1959 **Manifestações.** Conselheira **Maria Laura Bicca** manifestou satisfação com a Política de Reabilitação
1960 Visual e reforçou a importância de uma equipe multiprofissional. Também perguntou como garantir
1961 acesso mais rápido das pessoas com deficiência a órteses e próteses. Por fim, enfatizou a importância
1962 de estreitar relação com a previdência social para garantir a concessão de benefícios a pessoas que
1963 necessitam de tratamento. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** perguntou qual é a porta de entrada das
1964 pessoas com problema visual no SUS e o prazo para distribuição dos equipamentos de reabilitação.
1965 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** perguntou onde são distribuídos os equipamentos de
1966 reabilitação visual (óculos), principalmente em São Paulo. Conselheiro **Artur Custódio de Souza**
1967 agradeceu a expositora e falou do compromisso do Presidente Lula em acelerar a reabilitação em
1968 hanseníase. Também perguntou sobre as ações intra e intersetoriais relativas à prevenção da
1969 deficiência visual. Conselheira **Rosane Maria do Nascimento** saudou a iniciativa, contudo, sentiu
1970 falta de ações intersetoriais. Nessa linha, perguntou como a Política articula-se com outras políticas
1971 públicas no que se refere à prevenção. **Retorno da mesa.** A Coordenadora da Área Técnica de
1972 Saúde da Pessoa com Deficiência/MS, **Érika Pisaneschi**, explicou que o Ministério da Saúde
1973 regulamentou a área e publicou as normas em 2008 e as redes temáticas de serviços de reabilitação
1974 são organizadas pelas SES, em parceria com os municípios. Desse modo, há um quantitativo de
1975 serviços para cada Estado, possíveis de reabilitação. Assim, desde 2009, os Estados discutem com os
1976 municípios a localização das unidades e a população a ser atendida. Explicou que hoje o Ministério
1977 da Saúde recebeu quatorze habilitações (maiores informações dos serviços habilitados:
1978 www.saude.gov.br/cidadao/pessoacomdeficiencia). Destacou que os usuários podem buscar
1979 Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para saber onde o serviço é oferecido. Lembrou que é o
1980 início da implantação da rede e as articulações locais estão sendo trabalhadas. Clarificou que o
1981 serviço de habilitação visual é voltado a atendimento de pessoas com baixa visão e cegueira, contudo,
1982 as unidades estão interligadas à rede de oftalmologia. Portanto, as pessoas serão atendidas por um
1983 especialista e poderão requerer os óculos no serviço de oftalmologia do SUS. Explicou ainda que o
1984 Programa Olhar Brasil visa identificar as pessoas com refração, principalmente crianças em idade
1985 escolar e população idosa para suprir a necessidade da população por óculos. Disse que, na área de
1986 saúde da pessoa com deficiência, a parceria com os profissionais de reabilitação na equipe
1987 multiprofissional é essencial e desses com outras áreas como educação. Especificamente na área de
1988 reabilitação visual, disse que há muito o que fazer em termos de capacitação. Sobre diabetes e outras
1989 doenças, frisou que a política de saúde para pessoa com deficiência é transversal, portanto, é
1990 fundamental a articulação com outras áreas – saúde da mulher, do homem, da criança... Ressaltou
1991 que a Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS tem trabalhado próxima da atenção
1992 básica e pleiteia, inclusive, que as capacitações trabalhem conteúdos específicos da pessoa com
1993 deficiência, inclusive com elaboração de material. Explicou que o acesso pelo SUS a órteses e
1994 próteses é um direito, portanto, a orientação é procurar as Secretarias de Saúde vez que é
1995 responsabilidade de Estados e Municípios garantir o acesso da população a esses serviços.
1996 Destacou, inclusive, que campanhas e mutirões são ações pontuais e não resolvem os problemas em
1997 longo prazo. Por essa razão, o Ministério da Saúde vem fortalecendo a Política, com incremento de
1998 recursos, implantação dos serviços de reabilitação, articulação com os demais programas de saúde e
1999 políticas de outras áreas. Conselheira **Maria Laura Bicca** fez um aparte para frisar a importância do
2000 acompanhamento, por parte da assistência social, nos centros de reabilitação. A Coordenadora da
2001 Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS, **Érika Pisaneschi**, explicou que o assistente
2002 social faz parte da equipe multiprofissional. Informou ainda que não há serviço de reabilitação
2003 habilitado no Paraná, mas é importante buscar as Secretarias de Saúde para saber como essa
2004 questão é resolvida enquanto o serviço não existe. Reiterou que há recurso federal de incremento do
2005 teto financeiro de Estados e Municipais quando a unidade é habilitada (R\$ 520 mil/ano para custeio da
2006 unidade). Disse que a UNIFESP foi parceira na elaboração da norma e está pleiteando habilitação
2007 para ser um centro de referência em reabilitação. Disse que em São Paulo há sete Serviços
2008 habilitados e maiores informações podem ser acessadas no site

www.saude.gov.br/cidadao/pessoacomdeficiencia). A respeito da reabilitação em hanseníase, frisou que a reabilitação visual é importante e faz-se necessária articulação com a média e alta complexidade para avançar. Na área de reabilitação física, destacou que é preciso garantir acesso aos equipamentos, com qualidade. Informou que o Ministério investe na implantação de oficinas ortopédicas para adaptar os equipamentos fornecidos ou fabricá-los. Ressaltou que, a princípio, serão implantadas dez oficinas, com prioridade para as Regiões Norte e Nordeste do país. Disse que a intenção é trabalhar em articulação com a área de hanseníase e, nessa linha, solicitou o apoio à iniciativa. Também destacou que é necessário formar e qualificar ortesistas e protesistas. A respeito da intersetorialidade, explicou que a agenda social, coordenada pela SDH, reúne os ministérios que desenvolvem políticas públicas para pessoas com deficiência e prioriza em cada Ministério a ação a ser desenvolvida até 2010. Destacou que a implantação das oficinas ortopédicas e a ampliação do fornecimento de órteses e próteses são metas da saúde. Também disse que há programas intersetoriais em desenvolvimento, a exemplo do Programa Interministerial BPC na escola, implantado pelo governo federal, que trabalha com a população de 0 a 18 anos que recebe benefício de prestação continuada (benefício LOA). **Manifestações.** Conselheira **Maria Thereza Antunes** cumprimentou o Ministério da Saúde pela Política que representa um avanço. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou à Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS que disponibilize a lista dos centros de referência habilitados para enviar aos conselheiros. Conselheira **Marisa Fúria Silva** cumprimentou a coordenadora pelo avanço das ações na área das pessoas com deficiência e falou da questão dos produtos e medicamentos importados – colírios, pomadas, por exemplo – que são caros e de baixa durabilidade. Assim, perguntou de que maneira o Ministério da Saúde pode regular essa questão. A Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS, **Érika Pisaneschi**, frisou que é fundamental procurar as Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais para saber dos centros de referência. Além disso, comprometeu-se a enviar lista dos centros de referência implantados (saúde auditiva, saúde visual e reabilitação física). Explicou que os serviços de reabilitação têm relação com a rede de oftalmologia, mas essa parte de tratamento oftalmológico clínico não é acompanhada pela Área Técnica. Conselheiro **Volmir Raimondi** agradeceu a Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS pelas informações e passou aos encaminhamentos. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** apresentou os seguintes encaminhamentos: inserir o tema (atenção integral à saúde da pessoa com deficiência) no seminário de atenção básica do CNS; e propor oficina do CNS, da SAS e da SGP com os sapateiros para discutir a questão voltada à reabilitação (sapatarias – profissão de sapateiro como auxiliar na saúde). A Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS, **Érika Pisaneschi**, disse que é fundamental incorporar o debate sobre saúde atenção integral à saúde da pessoa com deficiência no seminário de atenção primária, vez que é preciso avançar nesse nível de atenção. A respeito da oficina, sugeriu a incorporação dos sapateiros, ortesistas e protesistas. Conselheiro **Volmir Raimondi** lembrou que, na reunião ordinária de novembro de 2010, o GT de Órteses e Próteses apresentará o relatório do seu trabalho e muitas das questões colocadas serão respondidas. A propósito, sugeriu que a proposta de oficina seja discutida no GT e na reunião ordinária de novembro. Além disso, propôs enviar à Mesa Diretora, para apreciação na próxima reunião, da proposta de inserir o tema “saúde integral da pessoa com deficiência” no seminário de atenção básica do CNS. Por fim, propôs que o CNS recomende ao CONASS e ao CONASEMS que trabalhem essa questão com os gestores para implantar essa Rede de reabilitação. **Deliberação: apreciar na reunião da Mesa Diretora a proposta de inserir o tema “saúde integral da pessoa com deficiência” no seminário de atenção básica do CNS; e recomendar ao CONASS e ao CONASEMS que trabalhem essa questão com os gestores para implantar essa Rede de reabilitação.** Finalizando, Conselheiro **Volmir Raimondi** agradeceu a Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS e manifestou o anseio pela efetivação da política. Diante da exigüidade de tempo, o Plenário transferiu o debate da Resolução nº. 333/03 para a próxima reunião do CNS. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** apresentou a seguinte sugestão de pauta para a próxima reunião do CNS: avaliação da triagem neonatal ou efetividade da atenção à doença falciforme. Conselheiro **José Carrijo Brom** justificou que não poderá participar da próxima reunião do CNS por conta da eleição da Federação Interestadual dos Odontologistas - FIO no dia 6 de outubro de 2010. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** solicitou informe da campanha contra a hanseníase, parceria CNBB e Ministério da Saúde. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** informou que no dia 10 de outubro de 2010 a CNBB realizará ato contra a hanseníase e está negociando o anúncio informativo desse ato na TV Globo. Considerando se tratar de uma articulação feita via CNS, consultou o Plenário sobre a possibilidade de inclusão da logomarca do Conselho, junto com as demais parceiras, no final do anúncio na TV Globo. Também informou que haveria um ato de abertura na semana do dia 10 de outubro e solicitou a presença do Presidente do CNS e uma declaração para incluir no release para a imprensa. **Deliberação: a proposta foi acatada.** Na sequência, a mesa retomou o debate do

Seminário Nacional de Atenção Primária em Saúde e sobre As Relações Público X Privado no Sistema Único de Saúde, de 3 a 6 de Novembro de 2010. Primeiro, a Secretária-Executiva do CNS recuperou que o Plenário aprovou a parte da programação do seminário relativa à “*Atenção Primária em Saúde*”, com as seguintes alterações: 1ª mesa - Panorama da atenção primária à saúde no Brasil – visão do usuário, trabalhador e gestor (CONASEMS); 2ª mesa – Experiências Internacionais – Canadá e mais dois países do MERCOSUL e UNISUL. As secretarias SGEP e SGTES, junto com o SAS, verificarão a possibilidade de custear a vinda dos convidados internacionais. Nesse momento, foi retomado o debate da primeira mesa e foi sugerida a inclusão do CONASS e Ministério da Saúde. **Deliberação: Após debate, o Pleno aprovou a parte da programação do seminário relativa à “Atenção Primária em Saúde”, com alterações, nos seguintes termos: Dia 3 de novembro: Mesa de abertura; 10 às 13h - 1ª mesa - Panorama da atenção primária no Brasil – visão do usuário, trabalhador, Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS; período da tarde - 2ª mesa – Experiências Internacionais (verificar quantas experiências a partir da disponibilidade de tempo. Sugestões: experiência do Canadá e de mais dois países do MERCOSUL e UNISUL).** 4 de Novembro de 2010. **08h30 – 10h - Desafios da Gestão na atenção primária na perspectivas dos princípios e diretrizes do SUS. Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS, CONASS e Ministério da Saúde. Debatedoras: Dra. Maria Inês de Sousa Bravo e Ligia Bahia. 10h – 12h Debate. 12h - 14h Almoço. 14h - 15h - Controle Social como Garantia para a qualidade e resolutividade da Atenção Primária em Saúde. Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS. Debatedoras: Jurema Werneck e Maria Helena Balgarten. 15h – 16h – Debate. 16h - 16h30 – Intervalo. 16h30 - 18h30 - Propostas para a Atenção Primária em Saúde. Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS, CONASS, CNS e Ministério da Saúde. As secretarias SGEP e SGTES, junto com o SAS, verificarão a possibilidade de custear a vinda dos convidados internacionais, pois o CNS não dispõe de recurso para esse fim.** Conselheiro **Volmir Raimondi** recuperou que no debate do item anterior (Item 10 – A Política de Reabilitação Visual) o Plenário deliberou por incluir debate sobre a atenção à saúde da pessoa com deficiência no seminário. **Deliberação: acordou-se que o tema “saúde integral da pessoa com deficiência” no seminário de atenção básica do CNS deverá ser contemplado no debate geral, vez que não serão contemplados debates de questões específicas no seminário.** Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS apresentou a segunda parte da programação do seminário “As relações público X privado no Sistema Único de Saúde”. **Deliberação: a segunda parte da programação do seminário relativa a “As relações público X privado no Sistema Único de Saúde” foi aprovada, com sugestões, nos seguintes termos: 5 de Novembro de 2010. 9h - 10h - Conferência “Discutir as relações público x privado no Sistema Único de Saúde – SUS”. Coordenação: Conselheiro Francisco Batista Junior. Palestrantes: Márcio Pochemamm ou Sara Granemam ou Carlos Neder. 10h - 12h30. Mesa - 10h – 11h30 - Os Desafios da Relação Público x Privado nas ações e serviços do Sistema Único de Saúde. Coordenação: CNS. Palestrantes: CONASEMS, CONASS e Ministério da Saúde. Debatedores: Tribunal de Contas da União e CNS. 11h30 - 12h30 Debate. 12h30 - 14h Almoço. 14h – 16h - Mesa 14h - A Relação Público X Privado na Gestão de Serviços de Saúde. Coordenação: CNS. Palestrantes: CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde. Debatedores: Ministério Público da União e CNS. 16h - 18h – Debate. 6 de Novembro de 2010. 9h – 10h30 – Gestão do trabalho em saúde – avanços e desafios. Coordenação: CNS. Palestrantes: CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde. Debatedores: Controladoria Geral da União e CNS. 10h30 - 12h Debate. 12h - 14h – Almoço. 14h - 17h – Encaminhamentos.** A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, reiterou a solicitação de que a representação do Ministério da Saúde no CNS busque financiamento para a participação dos convidados internacionais. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** propôs que, nesse seminário, seja reservado espaço para apresentação de atores populares que falam sobre o SUS. Conselheiro **Volmir Raimondi** registrou a denúncia de falta de medicamento para esclerose múltipla em São Paulo (em agosto, faltou por 20 dias e, em setembro, falta por 14 dias) e solicitou providências dos órgãos responsáveis a esse respeito. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que essa questão pode e deve ser aprofundada no CNS. Inclusive, informou que a Conselheira Rosângela Santos propôs articulação com os conselhos afins para mobilização em prol da audiência com o Deputado Michel Temer, Presidente da Câmara dos Deputados, para tratar da alteração do PL sobre assistência farmacêutica. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, o Presidente do CNS encerrou os trabalhos agradecendo a presença de todos e aos que acompanharam a reunião em tempo real. Estiveram presentes no segundo dia de reunião: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Edemilson Canale, Fernanda Lou Sans Magano, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Geraldo Alves Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, José Carrijo Brom, José Marcos de Oliveira, José Rubens Rebelatto, Manoel Messias Nascimento Melo, Maria Helena Machado, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Espírito**

2131 Santo Tavares dos Santos, Maria Thereza Antunes, Marisa Fúria Silva, Nildes de Oliveira
2132 Andrade, Paulo Guilherme Romano, Ruth Ribeiro Bittencourt, Ubiratan Cassano Santos, Volmir
2133 Raimondi. *Suplentes*: Alexandre Magno Lins Soares, Arnaldo Marcolino, Celso Fernando Ribeiro
2134 Araújo, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, José Eri Medeiros, Juarez Pires de Souza,
2135 Laudeci Vieira dos Santos, Luiz Aníbal Vieira Machado, Luiz Alberto Catanoce, Maria Laura
2136 Carvalho Bicca, Maria Natividade G. S. T. Santana, Nelson A. Mussolini, Paulo César Augusto
2137 de Souza, Ronald Ferreira dos Santos, Rosane Maria Nascimento, Sebastião Geraldo Venâncio,
2138 Tânia Maria Onzi Pietrobelli, Valdenir Andrade França, Wanderley Gomes da Silva.