



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
4
5

6 **ATA DA DUCENTÉSIMA DÉCIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL**
7 **DE SAÚDE – CNS**
8

9 Aos quinze e dezesseis dias do mês de setembro de dois mil e dez, no Plenário do Conselho Nacional
10 de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala "B", Brasília,
11 Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Décima Terceira Reunião Ordinária do CNS. O Presidente
12 do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, iniciou a reunião saudando os presentes e os que
13 acompanhavam a reunião em tempo real. Primeiro, informou a audiência com o Ministro Alexandre
14 Padilha, às 10 horas daquele dia, para tratar da agenda política do CNS. Explicou que essa reunião é
15 parte do movimento de debate da agenda política do CNS com setores do governo. Informou inclusive
16 que há vinte dias integrantes da Mesa Diretora reuniram-se com o Ministro da Secretaria-Geral da
17 Presidência, **Luiz Dulce** e na próxima semana haveria reunião com o Ministro de Estado da
18 Educação, Fernando Haddad. Ressaltou que a intenção é fechar esse movimento de convencimento
19 com uma audiência com o Presidente Lula. Disse que os interessados poderiam participar da
20 audiência com o Ministro Padilha. Na seqüência, apresentou a pauta da reunião, destacando a
21 inclusão de item extra pauta para tratar da situação do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal.
22 Conselheira **Valdenir França** solicitou espaço na pauta para tratar da criação da Secretaria de Saúde
23 Indígena. A solicitação foi acatada. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 212ª REUNIÃO ORDINÁRIA**
24 **DO CNS** - Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou em apreciação a ata
25 da 212ª Reunião Ordinária do CNS. **Deliberação: a ata foi aprovada por unanimidade, sem**
26 **destaques.** **ITEM 2 – TERCEIRIZADOS E CONCURSADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE –**
27 **Convidados:** **Heloísa Marcolino**, Coordenadora Geral de Recursos Humanos – Substituta –
28 CGRH/MS; e **Rafael Agnello**, representante da CGRH/MS. **Coordenação:** Conselheira **Ruth Ribeiro**
29 **Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Contextualizando, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**,
30 Presidente do CNS, recuperou que foi firmado Termo de Ajustamento de Conduta entre o governo e o
31 Ministério Público do Trabalho para substituição dos trabalhadores terceirizados até 2011. No caso da
32 saúde, disse que as preocupações referiam-se, dentre outras, à realização de concurso com prazo de
33 validade de cinco anos e o impedimento dos aprovados nesses concursos de submeterem-se a novo
34 processo seletivo no prazo de cinco anos. Explicou que essa questão tem causado problemas, pois os
35 concursados, diante dessas limitações, realizam novos concursos buscando estabilidade. Também
36 comentou a preocupação com a terceirização de mão-de-obra – segurança, motorista, por exemplo –
37 pois, segundo informações, os trabalhadores têm sobrecarga de trabalho e salários menores em
38 relação aos concursados. Disse que o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão foi convidado
39 a participar do debate, mas não se fez presente. Feitas essas considerações iniciais, passou a
40 coordenação dos trabalhos à Conselheira Ruth Bittencourt e retirou-se para a audiência com o
41 Ministro Alexandre Padilha. A Coordenadora Substituta da CGRH/MS, **Heloísa Marcolino**, fez uma
42 abordagem sobre as ações CGRH/MS para resolver o problema relativo a recursos humanos do
43 Ministério da Saúde por conta da não realização de concurso público (o último foi há 20 anos).
44 Mostrou inicialmente dados sobre a força de trabalho do Ministério da Saúde (Sede e nos núcleos -
45 unidades nos 26 Estados), comparando: servidores – 2006: 6.400; e 2010: 7 mil; servidores ativos
46 (descentralizados ao SUS) – 2006: 41 mil; e 2010: 28 mil; Servidores ativos dos hospitais próprios -
47 2006: 6.485; e 2010: 17 mil; Terceirizados (“irregulares”, ou seja, trabalhadores que realizam o
48 trabalho do servidor público federal, segundo o Decreto nº. 2.751. No final de 2010, a terceirização do
49 nível superior será encerrada, porque os concursos de nível superior estão sendo realizados) - 2006:
50 4.730; e 2010: 2.650; consultores - 2006: 946; e 2010: 957 (os consultores realizam efetivamente o
51 trabalho dos servidores. O Ministério da Saúde aguarda a autorização do Ministério do Planejamento
52 para realizar concurso serviço público e substituir esses servidores. A carreira já foi criada e os cargos
53 (720) redistribuídos para o MS); Contratos temporários da União - 500 casos de contratos temporários
54 com duração de cinco anos (quando da realização do contrato, a pessoa não pode voltar por dois
55 anos. A situação foi criada pela Lei nº. 8.745 e é transitória). Destacou também o aumento dos
56 servidores do Ministério da Saúde na faixa de até 30 anos, mas frisou que é preciso avançar nesse

57 processo de recomposição dado o elevado percentual de servidores com tempo suficiente para
58 aposentadoria nos próximos anos. Explicou que o Ministério da Saúde, com vistas ao cumprimento do
59 Termo do Ajustamento de Conduta, iniciou processo de realização de concursos públicos. Citou o
60 concurso público realizado em 2005 para as unidades hospitalares do Rio de Janeiro e informou que
61 foram preenchidas 9.905 vagas. Destacou os concursos vigentes – em fase de convocação: 1)
62 concurso público para o Cargo de Agente Administrativo e contratação de 900 servidores de nível
63 médio, para atuarem na sede e nos núcleos estaduais e substituição dos trabalhadores terceirizados
64 de nível médio; 2) processo seletivo para contratação temporária: Vagas ofertadas no edital: 500; 3)
65 concurso público para provimento cargos de nível superior da área administrativa e assistencial na
66 carreira da Previdência Saúde e Trabalho - PST e Plano Geral de Cargos do Poder Executivo - PGPE
67 com a finalidade de substituir os funcionários terceirizados de nível superior. Vagas ofertadas no
68 edital: 805; 4) concurso público para 467 profissionais de nível superior para o cargo de Médico, na
69 carreira da Previdência Saúde e Trabalho – PST, para as unidades hospitalares e institutos do Rio de
70 Janeiro - Vagas ofertadas no edital: 467. Listou também os concursos que aguardam autorização para
71 provimento: 1) concurso público destinado ao provimento de cargos das carreiras de Desenvolvimento
72 Tecnológico e de Gestão, Planejamento e Infraestrutura em Ciência e Tecnologia do Plano de
73 Carreiras da Lei nº 8.691/93 e também para a carreira de 2. Pesquisa em Ciência e Tecnologia e
74 criação de 1.129 cargos para o Instituto Nacional do Câncer - Vagas ofertadas no edital: 194 e
75 realização de concurso público com cadastro reserva; 2) concurso público: 392 cargos na Carreira de
76 Pesquisa e Investigação Biomédica em Saúde Pública para o Instituto Evandro Chagas e Centro
77 Nacional de Primatas no Pará. O resultado final para o concurso de nível médio já foi homologado, as
78 provas dos cargos de nível superior terão seus resultados finais divulgados em outubro. Sintetizou que
79 o total de vagas já ofertadas para concursos no Ministério da Saúde é de 14.292 e o total geral de
80 vagas com base no estudo de recomposição da força de trabalho do Ministério da Saúde é de 15.012
81 vagas. Acrescentou que o único concurso ainda não realizado, apesar das vagas já redistribuídas,
82 corresponde ao cargo de Analista Técnico de Políticas Sociais (720 vagas). Além disso, informou que
83 a CGRH aguarda autorização para realizar concurso público visando a substituição dos consultores
84 contratados por organismo internacional, de forma a atender ao Termo de Conciliação Judicial
85 assinado especificamente para este órgão (a intenção é realizar esse concurso ainda em 2010).
86 Continuando, o representante da CGRH/MS, **Rafael Agnello**, falou da política de remuneração do
87 Ministério da Saúde. Antes, destacou que o Ministério da Saúde foi o órgão da Esplanada que mais
88 conseguiu prover servidores público no âmbito da Administração Pública - 12 mil novos servidores.
89 Clarificou também que a contratação temporária por excepcional interesse público foi utilizada para
90 sanar os problemas diante das dificuldades de realização de concurso. Ressaltou que dos 12 mil
91 novos servidores do Ministério da Saúde, cerca de 500 são por contrato temporário. Sintetizou que a
92 terceirização/precariização de mão-de-obra caiu, com 15 mil vagas de novos concursados no âmbito
93 do Ministério da Saúde. Feitas essas considerações iniciais, passou a tratar da política de
94 remuneração do Ministério da Saúde. Ressaltou que, nos últimos anos, houve reajustes consideráveis
95 (300 a 400%), mas, para Brasília, o valor é considerado baixo, o que resulta em alta rotatividade de
96 servidores na capital. Como exemplo dessa evolução, citou a carreira da seguridade social e trabalho
97 (alteração de nome “Carreira da Previdência, da Saúde e do Trabalho”): Superior: R\$ 881,49, em
98 2002, para R\$ 3.500,00, em 2010; Nível médio - R\$ 580,00, em 2002, para R\$ 2.300,00, em 2010. A
99 respeito do salário de nível superior, disse que a proposta, ainda não encaminhada por conta do
100 período eleitoral, é de R\$ 4.500,00 (inicial) e R\$ 7.500,00 (final). Falou do Sistema de Negociação
101 Permanente da Administração Pública Federal – SINPEFEDERAL, destacando: a Criação do Núcleo
102 de Relações de Trabalho; e a Mesa Setorial de Negociação Permanente do Ministério da Saúde,
103 instalada no dia 25 de setembro de 2003 como parte da estratégia de implantação de um Sistema
104 Democrático de Relações de Trabalho. Destacou que a Mesa Setorial, desde a sua instalação,
105 realizou 26 reuniões nas quais foram debatidos e encaminhados diversos temas, tais como:
106 remuneração do servidor, capacitação, saúde do trabalhador, assédio no ambiente de trabalho,
107 cedência, concursos, entre outros. Acrescentou que em dezembro de 2005 foi instalada a Mesa Local
108 de Negociação Permanente do Ministério da Saúde no Distrito Federal – MLNP/MS-DF. A Mesa Local,
109 desde a sua instalação, realizou cinco reuniões nas quais foram debatidos e encaminhados diversos
110 temas, tais como: reforma do subsolo, capacitação dos servidores, assédio no ambiente de trabalho,
111 entre outros. Comentou também o processo de redistribuição dos servidores da FUNASA para o
112 quadro de pessoal do Ministério da Saúde. Com a instituição da Secretaria de Vigilância em Saúde
113 (SVS), a formulação de políticas no âmbito do SUS voltadas para a vigilância epidemiológica no país
114 passou para a competência do Ministério da Saúde. Desse modo, os servidores da FUNASA,
115 descentralizados para Estados e Municípios, ocupantes de cargos com atribuições voltadas para as
116 atividades de vigilância epidemiológica, foram redistribuídos para o Ministério da Saúde. Com essa
117 redistribuição, são 46.881 servidores cedidos. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra aos

118 conselheiros. **Manifestações.** Conselheiro **Alexandre Magno Soares** perguntou qual a política estatal
119 de gestão de pessoal do Ministério da Saúde – terceirização ou regime jurídico próprio? Conselheira
120 **Fernanda Lou San Magno** registrou a posição contrária das entidades sindicais à contratação por
121 processo seletivo e perguntou como fica essa questão. Conselheira **Maria Helena Machado** destacou
122 que a implantação do Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS demonstra o
123 compromisso do Ministério da Saúde com o processo de desprecarização. Também destacou que a
124 área administrativa do Ministério da Saúde é composta por servidores concursados. Por fim,
125 cumprimentou a CGRH pelo processo de redefinição da força de trabalho do Ministério da Saúde.
126 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** perguntou como fica a situação do CNS diante da
127 recomposição da força de trabalho do Ministério da Saúde, vez que é preciso evitar eventuais
128 prejuízos às atividades do Conselho diante da rotatividade de profissionais concursados e dispensa de
129 técnicos contratados, altamente capacitados. **Retorno da mesa.** O representante da CGRH/MS,
130 **Rafael Agnello**, frisou que a Política de Gestão de pessoal do Ministério da Saúde é regime jurídico
131 único (Lei nº. 8.112), ou seja, servidor público de carreira por meio de concurso público. Reiterou que,
132 das 12 mil vagas preenchidas no Ministério da Saúde, apenas 500 foram feitas por meio de processo
133 seletivo simplificado (contratação temporária por excepcional interesse público) para não ficar sem a
134 força de trabalho. Disse que, um ano e meio depois da contratação temporária, foi realizado um
135 concurso público. Também clarificou que o Decreto nº. 2.271/97 apresenta um rol de terceirizações
136 possíveis no âmbito da administração pública federal (motoristas, por exemplo). Por outro lado, a
137 terceirização da área administrativa, apesar de não ser permitida, era uma prática recorrente. Explicou
138 que, dos 1.300 funcionários de empresas terceirizadas, hoje há cerca 300 e o contrato com a
139 empresa, que se encerra em dezembro de 2010, não será renovado. Acrescentou que o Termo de
140 Ajustamento de Conduta prevê que a Administração Pública deve realizar a substituição da sua força
141 de trabalho e o Ministério da Saúde tem chances de alcançar o definido. Clarificou ainda que não será
142 necessário realizar novo processo seletivo para contratação temporária, porque foi realizado concurso.
143 A respeito do Conselho Nacional de Saúde, disse que a situação é similar a dos demais setores do
144 Ministério da Saúde: servidores públicos, terceirizados e consultores contratados por organismo
145 internacional. No caso dos consultores, disse que a intenção é realizar concurso para substituir esses
146 profissionais. A Coordenadora Substituta/CGRH/MS, **Heloísa Marcolino**, acrescentou que, por
147 determinação da SE/MS, os processos de terceirização devem ser analisados pela CGRH/MS, para
148 verificar se o posto é passível de terceirização ou não nos termos da lei. Conselheiro **Arnaldo
149 Marcolino** perguntou sobre a implantação dos 20% da gratificação de desempenho dos servidores
150 para completar o 100% do salário. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou como fica a situação da
151 força de trabalho do Ministério da Saúde diante dos concursos com contratação temporária por
152 apenas cinco anos. Conselheiro **Ubiratan Cassano** destacou que os servidores do Ministério da
153 Saúde em todo o país, e não somente os de Brasília, enfrentam dificuldades por conta dos salários
154 pagos. Ressaltou, por exemplo, a importância do aumento de salário para os servidores dos hospitais
155 federais do Rio de Janeiro. Ademais, perguntou sobre o percentual de aposentados entre 2006 e
156 2010. **Retorno da mesa.** A Coordenadora Substituta da CGRH/MS, **Heloísa Marcolino**, explicou que
157 os servidores públicos federais recebem oitenta pontos fixos da gratificação de desempenho e a
158 intenção é implantar, em janeiro de 2011, o restante da variação do desempenho (20 pontos) para
159 chegar a 100. Destacou que, em dezembro de 2010, será lançada a portaria de metas e a sistemática
160 de avaliação inicia-se em janeiro de 2011. Também esclareceu que o concurso público tem duração
161 de dois anos, podendo ser prorrogado por igual período. O contrato temporário é um processo seletivo
162 com duração de dois anos, podendo ser prorrogado por dois anos e a vigência do contrato pode
163 chegar a cinco anos. Com o concurso para analista, os aprovados serão convocados e será feita a
164 substituição progressiva dos contratos temporários. Concordou que o salário dos profissionais com o
165 nível superior é menor em relação a outras categorias de nível superior e, a propósito, informou que o
166 governo federal acenou para a melhoria desse salário e comprometeu-se, após a eleição, retomar
167 essa questão. Ressaltou que essa questão precisa ser revista, inclusive para evitar a saída do
168 profissional concursado. Informou ainda que o quantitativo de aposentados tem permanecido estável e
169 o abono de permanência tem contribuído para isso. O representante da CGRH/MS, **Rafael Agnello**,
170 informou que o Ministério da Saúde realizou estudo de recomposição da força de trabalho no Rio de
171 Janeiro e verificou que nas unidades de saúde há mais profissionais do que o necessário. Desse
172 modo, mesmo com a aposentaria, o número de profissionais é suficiente. Conselheira **Maria do
173 Espírito Santo Tavares** frisou a importância de trabalhar a questão da redução salarial por conta da
174 aposentadoria. O representante da CGRH/MS, **Rafael Agnello**, explicou que o Ministério da Saúde
175 está invertendo a lógica: pagar mais por vencimento básico e menos por gratificação, com isso, ao
176 aposentar-se, a perda salarial do servidor é menor. Disse que esse processo é feito gradativamente,
177 por conta do alto custo (a folha de pagamento do Ministério da Saúde é de quase R\$ 10 bilhões).
178 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** falou da sua preocupação com a possibilidade de, no mês de

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

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

301 **Denise Torreão** solicitou que a SE/CNS envie o relatório aos conselheiros com antecedência e anexo
302 o relatório de avaliação da comissão organizadora acerca da Conferência (até 30 de setembro de
303 2010). Se não for possível enviar com antecedência, apresentar o relatório na próxima reunião sem
304 deliberação. **Deliberação: pautar o relatório na próxima reunião do CNS; enviar o documento**
305 **com antecedência e anexo o relatório de avaliação da comissão organizadora acerca da**
306 **Conferência (até 30 de setembro).** Se não for possível enviar com antecedência, apresentar o
307 relatório na próxima reunião sem deliberação. Conselheira **Denise Torreão** também solicitou que a
308 comissão organizadora encaminhasse aos conselheiros um levantamento dos participantes da
309 Conferência de Saúde Mental – representação e estados de origem. f) - **COMISSÃO**
310 **ORGANIZADORA DA 14^a Conferência Nacional de Saúde – 14^a CNS – Composição da mesa:**
311 Conselheiro **Clóvis Boufleur**, da Comissão Organizadora da 14^a CNS; e **Rozângela Fernandes**
312 **Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. **Coordenação:** Conselheiro **Volmir Raimondi**, da Mesa
313 Diretora do CNS. Iniciando, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,
314 informou que a comissão organizadora da 14^a CNS elaborou uma proposta de tema central, de eixos
315 temáticos e de estrutura. Primeiro, apresentou a sugestão de tema central, definida após longo debate
316 da Comissão Organizadora: Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública,
317 patrimônio da vida. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que a Comissão Organizadora empenhou-
318 se para definir um tema que expressasse a ação inovadora da Conferência e convocasse a sociedade
319 brasileira para debate, com foco nos municípios. Além disso, destacou que a proposta de tema tenta
320 demonstrar a relação do povo brasileiro com o SUS para que todos se sintam participes do Sistema.
321 Também se buscou demonstrar o SUS na lógica da seguridade social, conforme previsto na
322 Constituição Federal e recuperar a idéia do SUS como patrimônio. Por fim, ressaltou que a proposta
323 de tema central expressa também o pensamento do Ministério da Saúde. Na seqüência, foi aberta a
324 palavra aos demais integrantes da Comissão Organizadora da 14^a CNS. Conselheira **Graciara Matos**
325 **de Azevedo**, da Comissão Organizadora da 14^a CNS, lembrou os debates das conferências
326 anteriores em relação a temário e destacou que a 12^a e a 13^a Conferências de Saúde apontaram a
327 importância de tratar da saúde e seguridade. Disse que a comissão organizadora promoveu uma
328 ampla discussão e propôs um tema contemplando a seguridade social no sentido de, inclusive, definir
329 uma agenda. Além disso, ressaltou que a idéia de SUS como patrimônio visa fortalecer os princípios e
330 diretrizes desse Sistema. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, da Comissão Organizadora da 14^a
331 CNS, destacou que o tema convoca a sociedade para o debate do SUS e enfatiza a importância de
332 pensar o SUS como tripé da seguridade social. Conselheira **Maria Thereza Antunes**, da Comissão
333 Organizadora da 14^a CNS, apresentou a seguinte proposta de adendo ao tema central: "Todos usam o
334 SUS. Você sabia?". Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, da Comissão Organizadora da 14^a
335 CNS, destacou que, após definição do tema, é essencial definir agenda de comunicação para envolver
336 a sociedade brasileira na Conferência. Conselheiro **Arnaldo Marcolino**, da Comissão Organizadora
337 da 14^a CNS, destacou a riqueza do debate da Comissão e frisou a importância do tema. Conselheiro
338 **Ronald Ferreira dos Santos** avaliou que, para mobilizar a sociedade em prol da defesa do SUS, o
339 CNS deve ir até o povo. Ressaltou que a 14^a Conferência deve chamar o povo à responsabilidade, na
340 lógica de mobilizar bilhões em torno do patrimônio (do povo) que é o SUS. Nesse sentido, apresentou
341 como proposta de tema central: "O SUS é seu e a saúde é sua, cuide!". Conselheiro **José Marcos de**
342 **Oliveira**, primeiro, ponderou que se corre o risco de reeditar algo que não deu certo, iniciando-se com
343 a definição de tema para depois pensar na conferência como um todo. Na sua avaliação, O Plenário
344 deve iniciar esse processo de preparação com um debate sobre o que politicamente se deseja da
345 conferência nacional de saúde: aprovar inúmeras propostas que, na prática, não são implementadas?
346 ou promover um debate mais qualificado na perspectiva da seguridade social? Conselheiro **Alexandre**
347 **Magno Soares** avaliou que é preciso estar "junto do povo" e opor-se à contra-reforma do Estado e do
348 Estado neoliberal. Nessa linha, propôs como tema: "Todos usam o SUS: dever do Estado, direito do
349 cidadão". Conselheira **Maria Natividade Santana** ressaltou que a 14^a CNS deve mostrar que no
350 município tudo deve acontecer com mais intensidade, pois muitas vezes os gestores não têm a
351 compreensão do que é o SUS. Além disso, destacou como papel da 14^a CNS, além de apresentar
352 propostas, educar os cidadãos sobre o SUS. Sintetizou que é momento de ressaltar os avanços
353 alcançados e mostrar à população os desafios para a defesa do SUS. Conselheiro **Manoel Messias**
354 **Nascimento Melo** justificou a sua ausência na reunião da comissão organizadora e colocou que a 14^a
355 é um espaço de disputa "do coração e da mente" da população brasileira em defesa do SUS vez que
356 há uma campanha midiática contrária ao Sistema. Nessa linha, disse que é preciso avançar no debate
357 com a população, os militantes do Sistema e os gestores a respeito dos gargalos do SUS.
358 Acrescentou que se faz necessário pensar em um mote para mostrar à população o que é o SUS e
359 como o Sistema é importante para a população. Por fim, disse que a linguagem não deve voltar-se
360 aos militantes do SUS, mas sim envolver efetivamente os usuários do Sistema. Conselheiro **João**
361 **Donizeti Scaboli** defendeu a elaboração de um plano de ação, resultado e prestação de contas da

362 14^a CNS. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, na lógica de fazer chegar a mensagem ao povo,
363 propôs como tema central: "O SUS é nosso, defenda-o!" Conselheiro **Arilson Cardoso** concordou que
364 é preciso trabalhar o tema com linguagem popular permitindo à população apropriar-se dele. Frisou
365 que a Conferência deve discutir temas centrais na lógica de superar os desafios do SUS que impedem
366 o avanço da gestão, dificultam o acesso do usuário e criam dificuldades para organização do Sistema.
367 Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** chamou a atenção para a riqueza do debate da
368 Comissão Organizadora na definição da proposta de tema central e de eixos temáticos. Em que pese
369 esse esforço, concordou que a proposta de tema não mobiliza a população e, nesse sentido,
370 defendeu um tema na lógica de que "o SUS é de todos". Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** disse
371 que o Pleno deve buscar uma mensagem capaz de mobilizar a população em torno de uma agenda e
372 provocá-la para o debate. Identificou que é consenso a necessidade de explicitar a idéia de
373 pertencimento e de universalidade do SUS e de mostrar o desafio da apropriação dessa política
374 pública pelo povo brasileiro. Portanto, deve-se discutir a forma e definir a melhor maneira para essa
375 chamada. Por outro lado, avaliou que não ficou clara a questão da seguridade social. Apesar da
376 importância da agenda da seguridade social, manifestou preocupação com a inclusão dessa questão
377 no "subtema" da Conferência, porque não se configura em uma agenda de discussão política do
378 movimento sanitário. Ademais, concordou que a seguridade social é uma questão relevante, mas não
379 ao ponto de impedir o avanço do debate. Nesse sentido, ponderou sobre a possibilidade de retirar o
380 termo "seguridade social" do tema e incluir nos eixos temáticos. Conselheira **Maria Natividade**
381 **Santana** informou que, segundo pesquisa da SGEP/MS, a grande maioria dos usuários do SUS está
382 satisfeita com o Sistema (mais de 80%) e também destacou a pesquisa do CONASEMS que
383 demonstra a aprovação dos usuários do SUS. Propôs, inclusive, em outra oportunidade, aprofundar o
384 debate sobre os resultados dessas pesquisas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** avaliou que
385 "Todos usam o SUS" deve ser o lema da 14^a Conferência, contemplando a idéia do SUS na
386 Seguridade Social. Lembrou a luta do CNS por um sistema de proteção social para a população
387 brasileira - saúde como qualidade de vida (e não apenas de ausência de doença) – com articulação
388 do SUS e SUAS. Nessa linha, defendeu a proposta construída pela Comissão Organizadora que é
389 resultado de um processo coletivo de construção, com melhoria, ser o caso, da forma (texto) por uma
390 equipe de comunicação. Conselheiro **José Carrijo Brom** avaliou que o conteúdo da 14^a CNS deve
391 possibilitar a repolitização do debate do SUS, envolvendo a população na defesa do Sistema.
392 Conselheiro **Clóvis Boufleur**, na tentativa de um consenso, apresentou uma sugestão de tema a
393 partir da convergência a respeito da idéia "todos usam o SUS": "Todos usam o SUS. A saúde pública
394 no cotidiano das pessoas." Como encaminhamento, propôs a votação da primeira parte "todos usam o
395 SUS" e a definição da segunda parte no dia seguinte. Também solicitou esclarecimentos sobre a
396 publicação do decreto de convocação da 14^a CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela**
397 **Fernandes Camapum**, clarificou que era preciso aprovar o tema na reunião, a fim de possibilitar a
398 publicação do decreto. Destacou que a não publicação do decreto em 2010 pode dificultar o
399 calendário aprovado. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** discordou da proposta do Conselheiro
400 Clóvis Boufleur, considerando que fora derrotada na reunião da Comissão Organizadora e defendeu a
401 discussão do tema como um todo, assegurando o debate coletivo dessa Comissão. Conselheira **Maria**
402 **de Lourdes Rodrigues** propôs a definição do tema na reunião ordinária do CNS de outubro e a
403 publicação do decreto no mesmo mês. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, primeiro, explicou que não
404 retomou a proposta que apresentara na reunião da Comissão Organizadora. Recuperou que foi
405 submetida à apreciação do Pleno uma proposta de consenso da Comissão Organizadora e as
406 intervenções dos conselheiros foram no sentido de valorizar a participação das pessoas na linha de
407 "todos usam o SUS. Diante dessa convergência, clarificou que propusera a votação do mérito "todos
408 usam o SUS". A respeito da seguridade social, disse que não houve consenso sobre a inclusão no
409 tema central. Em síntese, frisou que tentara apresentar uma proposta mediadora e não encerrar o
410 debate ou colocar a questão de forma simplista ou antidemocrática. Conselheira **Maria Natividade**
411 **Santana** defendeu a aprovação do tema central da 14^a CNS na reunião, a fim de evitar prejuízos ao
412 processo. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez uso da palavra para propor que a Comissão
413 Organizadora não destruísse o debate coletivo, em nome da individualidade e que se reunisse para
414 debater as sugestões de tema central e apresentar uma proposta no dia seguinte. Encaminhando,
415 Conselheiro **Volmir Raimondi** falou da urgência de definir o tema central naquela reunião e enumerou
416 as propostas de tema central apresentadas durante o debate: 1) **Proposta original: Todos usam o**
417 **SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio da vida.** 2) **O SUS é meu, seu e**
418 **nosso.** 3) **Todos usam o SUS: dever do Estado, direito do cidadão.** 4) **Todos usam o SUS, você**
419 **sabia? SUS na seguridade social – política pública, patrimônio da vida.** 5) **Todos usam o SUS. A**
420 **saúde pública no cotidiano das pessoas.** Diante dessas propostas, perguntou sobre a possibilidade de
421 construir consenso sobre o tema central. Caso não fosse possível, a Comissão Organizadora se
422 reuniria para definir uma proposta a ser submetida à apreciação do Pleno. Conselheiro **Manoel**

423 **Messias Nascimento Melo** propôs, como etapa seguinte, que especialistas em comunicação
424 trabalhem a idéia aprovada pelo Plenário do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela**
425 **Fernandes Camapum**, disse que é consenso no Pleno a proposta de trabalhar a idéia do tema central
426 por especialista em comunicação. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** propôs que as cinco
427 propostas fossem apresentadas a especialistas em publicidade com vistas à construção de um tema
428 central que contemplasse as sugestões. Conselheira **Maria Natividade Santana** solicitou que a
429 equipe de comunicação do CNS fosse consultada sobre a possibilidade de definir um tema central a
430 partir das sugestões. Em resposta, a equipe de comunicação disse não ser possível. Conselheiro
431 **Volmir Raimondi** perguntou se o Plenário tinha acordo em fazer uma consulta sobre as sugestões de
432 tema com vistas a identificar o mais aceito para ser trabalhado pela Comissão Organizadora.
433 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou cuidado do CNS para não transformar uma
434 questão política em marketing. Ressaltou que, primeiro, o CNS deve pactuar o que se pretende da 14^a
435 CNS (“mais do mesmo?”). Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** clarificou que priorizar a
436 comunicação não significa entregar as sugestões a uma equipe de comunicação para definir um tema,
437 vez que essa é uma decisão política que cabe ao CNS. Conselheiro **Artur Custódio de Souza**
438 concordou com a proposta de fazer consulta sobre os temas. Feitas essas considerações, a mesa fez
439 uma consulta sobre as cinco propostas para verificar a que serviria de referência. **1) Proposta**
440 **original: Todos usam o SUS! SUS na seguridade social - política pública, patrimônio da vida. 15**
441 **votos.** **2) O SUS é meu, seu e nosso. 4 votos.** **3) Todos usam o SUS: dever do Estado, direito do**
442 **cidadão. 2 votos.** **4) Todos usam o SUS, você sabia? SUS na seguridade social – política pública,**
443 **patrimônio da vida. 5 votos.** **5) Todos usam o SUS. A saúde pública no cotidiano das pessoas.** Essa
444 proposta foi retirada pelo proposito, Conselheiro Clóvis Boufleur. **Deliberação: diante desse**
445 **resultado, o Pleno definiu que a Comissão Organizadora se reuniria no final do dia para**
446 **trabalhar o tema central tendo como referência a proposta: Todos usam o SUS! SUS na**
447 **seguridade social - política pública, patrimônio da vida. Os conselheiros Ronald Ferreira dos**
448 **Santos, Maria Thereza Antunes, Alexandre Magno, autores das sugestões de temas,**
449 **participariam do debate da Comissão Organizadora.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu os
450 trabalhos para o almoço. Retomando, o Presidente do CNS falou das matérias veiculadas na Rede
451 Globo sobre práticas integrativas e complementares. **Deliberação: elaborar nota em resposta às**
452 **matérias veiculadas na Rede Globo sobre práticas integrativas e complementares; e pautar o**
453 **tema na próxima reunião da Comissão CNS de Práticas Integrativas e Complementares do SUS.**

454 A seguir, o Presidente do CNS informou que no dia 21 de setembro de 2010 o Fórum Nacional de
455 Defesa da ADIn contra as OSs terá audiência com o Ministro Carlos Aires Brito, relator de uma das
456 ADINs sobre OSs. Explicou que se reuniria com os integrantes do Fórum e, em seguida, iria para a
457 audiência, para a qual também fora convidado. Disse que a idéia é enviar orientação aos conselhos
458 estaduais para que também possam aderir ao Fórum. Informou que o Deputado Rosinha, do PT do
459 PR, apresentou projeto de lei na Câmara Federal propondo que nenhum serviço de saúde possa ser
460 transferido para OS. Nesse sentido, sugeriu que o CNS converse com o Deputado Rosinha e outros
461 parlamentares para verificar como avançar. Também informou o Pleno sobre a audiência com o
462 Ministro Alexandre Padilha da qual participaram Conselheiro Valdenir França, Conselheiro Jurandi
463 Frutuoso, Conselheiro Antônio Alves; Conselheira Nildes de Oliveira Andrade; e José Énio, do
464 CONASEMS. Disse que o Ministro mostrou-se aberto à agenda do CNS, comprometeu-se a verificar a
465 solicitação de audiência com o Presidente da República e acenou a possibilidade de mobilização, com
466 a participação direta do governo, em prol da regulamentação da EC nº. 29, após as eleições e de
467 audiência do CNS com o próximo presidente eleito. Antes de passar ao próximo item, registrou e
468 agradeceu a presença dos coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde na reunião.

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

484 contemplar a Farmácia, contudo, essa decisão depende de conversa com o Ministro da Saúde e com
485 a Comissão designada por ele. Por fim, disse que está à disposição para abrir debate no CNS e definir
486 uma proposta de acordo com a realidade do país e do SUS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
487 disse que participou da reunião de instalação da Comissão Especial para elaboração de proposta de
488 carreira para o SUS e, nessa oportunidade, apresentou a posição do CNS de carreira única para todas
489 as profissões. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** perguntou se o representante do Ministério da
490 Educação no CNS enviou o balanço do MEC a respeito dos pareceres do CNS. Conselheira **Ruth**
491 **Ribeiro Bittencourt** explicou que entrará em contato com o conselheiro do MEC e tentará trazer o
492 balanço na próxima reunião do Conselho. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** avaliou que a instalação
493 oficial da Comissão Especial para elaboração de proposta de carreira para o SUS representa um
494 grande ganho. Portanto, agora, é preciso trabalhar para incluir todas as profissões da saúde.
495 Conselheira **Maria Helena Machado** clarificou que o foco da Comissão Especial é discutir a fixação
496 de profissionais de saúde nas regiões remotas do país. Também informou que o Professor Adib
497 Jatene participou da última reunião da CIRH para apresentar as experiências da Comissão de Ensino
498 Médico do MEC, presidida por ele, que avalia as condições das escolas médicas do país. Disse que o
499 professor colocou-se à disposição para tratar desse assunto em reunião do CNS. Além disso,
500 comunicou que a Universidade Federal de Sergipe solicitou autorização para extensão do curso de
501 Medicina no município de Lagarto. Nesse caso, solicitou a permissão do Plenário para uma visita da
502 CIRH/CNS de avaliação *in loco* visando o levantamento de subsídios para o parecer da Comissão.
503 Conselheiro **Clóvis Boufleur** manifestou satisfação com a proposta de visita *in loco* e solicitou que,
504 dentro das possibilidades, a Comissão adotasse esse procedimento como rotina. Encerrada essa
505 primeira parte, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou treze pareceres ao Plenário do
506 CNS: sete de autorização e seis de reconhecimento. Iniciou pelos processos de autorização: 1)
507 Referência: Processo nº. 201000020. Interessado: Faculdade de Ciências Médicas de Barretos Dr.
508 Paulo Prata. Curso: Autorização do Curso de Medicina. Parecer: insatisfatório. 2) Referência:
509 Processo nº. 200913862. Interessado: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Curso:
510 Autorização do Curso de Medicina. Parecer: insatisfatório. 3) Referência: Processo nº. 201002172.
511 Interessado: Faculdade Nobre de Feira de Santana. Curso: Autorização do Curso de Medicina.
512 Parecer: insatisfatório. 4) Referência: Processo nº 200913458. Interessado: Centro Universitário Ritter
513 dos Reis. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 5) Referência: Processo
514 nº 200913865. Interessado: Faculdade Maurício de Nassau de Salvador. Curso: Autorização do curso
515 de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 6) Referência: Processo nº. 200912977. Interessado: Faculdade
516 Norte do Paraná. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 7) Referência:
517 Processo nº. 200804601. Interessado: Faculdade São Francisco de Assis. Curso: Autorização do
518 curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. Em seguida, apresentou os pareceres relativos a
519 processos de reconhecimento: 1) Referência: Processo nº. 200909664. Interessado: Faculdade
520 Cathedral. Curso: Reconhecimento de Curso de Odontologia. Parecer: insatisfatório. 2) Referência:
521 Processo nº. 20070010163. Interessado: Universidade Potiguar. Curso: Reconhecimento do Curso de
522 Odontologia. Parecer: satisfatório. 3) Referência: Processo nº 201000128. Interessado: Instituto de
523 Ciências da Saúde. Curso: Reconhecimento do Curso de Medicina. Parecer: insatisfatório. 4)
524 Referência: Processo nº. 200907322. Interessado: Centro Universitário de Barra Mansa. Curso:
525 Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 5) Referência: Processo nº
526 200901871. Interessado: Faculdade Anhembi Morumbi. Curso: Reconhecimento do curso de
527 Psicologia. Parecer: insatisfatório. 6) Referência: Processo nº 200904211. Interessado: Faculdade
528 Católica Salesiano do Espírito Santo. Curso: Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer:
529 insatisfatório. **Deliberação: os pareceres foram aprovados em bloco, por unanimidade.** Na
530 seqüência, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou um informe sobre a preparação do
531 seminário de residência multiprofissional em saúde. Explicou que, no dia 13 de setembro,
532 representantes da CIRH e a SE/CNS reuniram-se com representantes do MEC e MS e, após debate,
533 acordou-se pela marcação de uma reunião com os atores envolvidos para discutir as questões
534 relativas à residência profissional em saúde e ouvir demandas. Depois desse encontro, serão
535 definidas a pauta e a data do seminário de residência multiprofissional em saúde. Conselheira **Maria**
536 **Helena Machado** disse que, nessa reunião, o MEC, responsável pela coordenação do processo,
537 reconheceu a necessidade de abrir o diálogo, incluindo outros atores nesse processo, de forma a
538 discutir o assunto e a proposta do seminário com um grupo ampliado. Conselheiro **Ubiratan Cassano**
539 sugeriu que o conselheiro Pedro Tourinho de Siqueira, representante da Associação Nacional de Pós-
540 Graduandos – ANPG, fosse convidado a participar do processo de organização do seminário.
541 **Deliberação: o Plenário aprovou a participação do Conselheiro Pedro Tourinho na organização**
542 **do seminário de residência multiprofissional.** Na seqüência, Conselheira **Ruth Ribeiro**
543 **Bittencourt** colocou em apreciação a proposta de visita *in loco* da CIRH/CNS à Universidade Federal
544 de Sergipe com a finalidade de avaliar as condições para extensão do curso de Medicina no município

545 de Lagarto. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** reconheceu que, nesse caso, é necessário visitar a
546 instituição de ensino para a emissão de parecer. Contudo, manifestou desconforto com a falta de
547 critérios para definir as visitas *in loco*. Na sua avaliação, é preciso rever o método de análise dos
548 processos, incluindo a possibilidade da visita como parte do processo de avaliação. Conselheira **Ruth**
549 **Ribeiro Bittencourt** informou que a proposta do Presidente do CNS está contemplada no processo
550 de definição da sistemática de avaliação. **Deliberação: aprovada visita *in loco* da CIRH/CNS à**
551 **Universidade Federal de Sergipe para avaliar as condições para extensão do curso de Medicina**
552 **no município de Lagarto.** **ITEM 5 – SITUAÇÃO ATUAL DA ASSISTÊNCIA SECUNDÁRIA E**
553 **TERCIÁRIA NO BRASIL** – **Composição da mesa:** **Josafá dos Santos**, Diretor Substituto do
554 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC/SAS/MS; **Maria Ângela de**
555 **Avelar Nogueira**, Coordenadora Geral de Média e Alta Complexidade – CGMAC/DAE/SAS/MS; e
556 **Maria Inez Gadelha**, diretora do DAE/SAS/MS. **Coordenação:** Conselheiro **Antônio Alves de Souza**,
557 da Mesa Diretora do CNS. De início, o Presidente do CNS explicou que esse tema foi pautado a partir
558 da necessidade de definir uma forma de diagnosticar a demanda reprimida por procedimentos
559 especializados. Feito essa consideração, a diretora do DAE/SAS/MS, **Maria Inez Gadelha**, fez uma
560 apresentação sobre a situação atual da assistência secundária e terciária no Brasil. Iniciou a sua fala
561 manifestando satisfação com a visão do CNS na proposição do tema, vez que, no SUS, costuma-se
562 chamar de secundário a média complexidade e terciário a alta complexidade. Explicou que a atenção
563 secundária e terciária do SUS depende intensamente da prestação de serviços privados, as estruturas
564 assistências do SUS são ambulatoriais e o sistema brasileiro possui mais de 210 mil estruturas
565 prestadoras de serviços. Salientou que a estruturação desse nível de atenção (mais de 70% das
566 unidades de natureza privada, não público – filantrópico, privado com fins lucrativos, privado sem fim
567 lucrativo) dificulta a gestão do Sistema, que, sendo de gestão pública, tem que conviver com portas
568 assistenciais que não estão na sua total governabilidade. Portanto, faz-se necessária uma consciência
569 de prestação de serviço público que nem todo prestador possui. Detalhou que, ao analisar o perfil
570 estrutural das situações existentes, vê-se que quanto mais privado, mais seletiva é a prestação de
571 serviço (exemplo: 89% do total de clínica especializada/ambulatório é de natureza privada). Ressaltou
572 que há um conflito de visão entre a gestão pública e o privado, pois o segundo tem a visão
573 característica do lucro. No que diz respeito à produção hospitalar e ambulatorial no Brasil, enfatizou
574 que o quadro também é conflituoso, porque as entidades de natureza pública produzem muito mais,
575 porém a distribuição do resarcimento entre público e privado é semelhante. Acrescentou ainda que a
576 maioria dos prestadores de serviço de natureza privada atende a dois sistemas: saúde suplementar e
577 saúde pública. Ressaltou que esse é o contexto vivido pelos gestores do SUS e que repercute no
578 acesso às portas assistenciais secundárias e terciárias. A respeito da Média e Alta Complexidade,
579 disse que o Ministério da Saúde possui duas macro ações: 1) formulação e implantação das políticas
580 (estratégicas) para atenção especializada (média e alta complexidade), otimizando e organizando a
581 atenção integral à saúde; e 2) organização, reestruturação e ampliação da rede de atenção
582 especializada e definição de investimentos para a média e alta complexidade. Detalhou que as
583 principais áreas temáticas da alta complexidade são: auditiva; cardiovascular; cirurgias eletivas;
584 fisioterapia; gastroplastia; implante coclear; lábio palatal; lipodistrofia; neurocirurgia; oftalmologia Olhar
585 Brasil; oncologia; ortopedia; patologia clínica; queimados; terapia nutricional; triagem neonatal; e
586 terapia renal substitutiva. Na sequência, passou a abordar algumas das áreas temáticas da alta
587 complexidade. A respeito da MAC – Saúde Auditiva, disse que há unidades para a atenção
588 secundária e para a atenção secundária e terciária que acompanham a distribuição populacional do
589 país, com concentração na Região Sudeste, Nordeste e Sul e dificuldade de oferta de serviços na
590 Região Norte. Em termos de produção, a evolução de série histórica é crescente. Na MAC
591 Cardiovascular, o perfil é o mesmo: mais oferta de serviço de atenção secundária e unidades mais
592 complexas (centros de assistência) em proporção menor. A distribuição acompanha a distribuição
593 populacional e a facilidade do gestor em ofertar e contratar serviço. Além disso, destacou que a
594 cardiologia possui uma rede ampla. A respeito da MAC-cirurgias eletivas, detalhou que a produção é
595 progressiva e o valor igualmente progressivo (R\$ 8 milhões a R\$ 613 milhões), sendo procedimentos
596 predominantemente ambulatoriais. Ainda sobre a produção cirúrgica no SUS, destacou, no período de
597 2000 a 2009, o aumento progressivo tanto de freqüência quanto de valor: de menos de 1,5 milhão de
598 procedimentos para mais de 17 milhões, com valor que saiu de R\$ 271 milhões para R\$ 4 bilhões.
599 Disse que os procedimentos catalogados como eletivos tiveram aumento substancial e estudo
600 comparativo entre o aumento do percentual da produção de procedimentos e o aumento percentual de
601 faixas etárias demonstrou que, na maioria dos casos, a produção foi maior que o crescimento da faixa
602 etária, com exceção das cirurgias de próstata. Por essa razão, o Ministério da Saúde lançou, em
603 outubro de 2009, a Política Nacional da Saúde do Homem. No que se refere ao MAC – Gastroplastia,
604 esclareceu que o acesso é dificultado e, diante do crescimento da obesidade no país, é necessária
605 intervenção no autocuidado. Nesse caso, disse que na análise da demanda reprimida deve-se

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

(ambulatórios 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 **Abraão 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 Boufleur** frisou que as três esferas

728 de gestão – federal, estadual e municipal - precisam melhorar o gerenciamento do Sistema.
729 Apresentou, para debate futuro, a proposta de reverter o recurso não gasto com internação, por conta
730 do investimento em atenção primária, como premiação para investimento na atenção primária.
731 Conselheiro **Arnaldo Marcolino** salientou que é preciso investir na atenção básica que é o ponto de
732 referência inclusive para a prevenção. Destacou ainda que as entidades podem ajudar na divulgação
733 dos hospitais privados que integram a rede do SUS, inclusive para dar conhecimento à população.
734 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, diante das informações colocadas, reforçou a sua
735 preocupação com a revogação de artigos importantes da Portaria nº. 1.034. Conselheiro **Francisco**
736 **Batista Júnior**, primeiro, informou que o Ministro da Saúde comprometeu-se em rever a Portaria nº.
737 1.034 no que foi alterada. No mais, convidou a equipe do Ministério da Saúde para fazer uma
738 apresentação sobre privatização na administração e gerência dos serviços no Seminário do CNS
739 sobre Relação público x privado no SUS. Disse que, na elaboração desse item da pauta foi definida a
740 participação do CONASS e CONASEMS nesse debate para apresentar a visão sobre esse processo e
741 não sabia porque não foi dessa forma. Como encaminhamento, defendeu a definição de um
742 instrumento que possibilite verificar a demanda reprimida por procedimentos no SUS. Disse que isso é
743 possível e citou como exemplo o Ministro da Previdência Social que recebe informações, em tempo
744 real, do INSS. **Retorno da mesa.** A respeito da disparidade na aplicação dos recursos, a diretora do
745 DAE/SAS/MS, **Maria Inez Gadelha**, explicou que, nos anos 90, fez um estudo pessoal de comparação
746 do gasto com tratamento do câncer do colo de útero e da prevenção e verificou que essa é tão cara
747 quanto aquele. Ressaltou que essa questão não pode ser reduzida a simples alocação de recurso e o
748 grande desafio é definir uma projeção de transmissão e de mudança no modelo, que possibilitasse
749 uma mudança na alocação de recurso. Também informou que poucos hospitais prestadores de
750 serviços ao SUS cumprem a exigência de divulgar na fachada que é uma unidade integrante do SUS.
751 Conselheiro **Jurandi Frutuoso** solicitou aparte para sugerir que uma das exigências para credenciar-
752 se ao SUS seja a divulgação de que é uma unidade integrante do SUS. A diretora do DAE/SAS/MS,
753 **Maria Inez Gadelha**, também avaliou que é um desafio a definição de um instrumento para identificar
754 a demanda reprimida, haja vista a gestão centralizada e a amplitude do Sistema. No seu ponto de
755 vista, o meio para resolver essa questão é a regulação. A Coordenadora da CGMAC/DAE/SAS/MS,
756 **Maria Ângela de Avelar Nogueira**, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição do CNS. O
757 Diretor Substituto do DRAC/SAS/MS, **Josafá dos Santos**, também colocou o Departamento à
758 disposição para maiores esclarecimentos. **Deliberação: o Plenário aprovou uma reunião do CNS**
759 **(COFIN)**, se possível antes da próxima Reunião Ordinária o CNS, com MS, CONASS e
760 CONASEMS para discutir a possibilidade de implementar um quadro em tempo real da
761 demanda reprimida por cirurgias eletivas. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** agradeceu a
762 presença dos convidados e encerrou a discussão desse item. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
763 **Santos** solicitou manifestação do Plenário sobre a publicação da Portaria nº. 1.034. Conselheiro
764 **Francisco Batista Júnior** explicou que a Mesa Diretora conversou com o Ministro da Saúde e a
765 Portaria foi republicada com algumas alterações, mas com pendências inclusive no que diz respeito a
766 acompanhamento e fiscalização dos conselhos de saúde. Diante disso, a Mesa Diretora solicitou ao
767 Ministro da Saúde nova publicação da Portaria com o teor solicitado pelo CNS. A Secretaria-Executiva
768 do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a Portaria está sendo reelaborada,
769 conforme as solicitações do CNS e será republicada. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
770 ressaltou que a publicação da Portaria está tendo resultados negativos em municípios e estados,
771 portanto, é preciso republicá-la o mais rápido possível. Na seqüência, a Secretaria-Executiva do CNS,
772 **Rozângela Fernandes Camapum**, retomou a discussão do item 3 da pauta. **(f) - COMISSÃO**
773 **ORGANIZADORA DA 14ª CNS** - A respeito da 14ª, propôs que os eixos temáticos e a estrutura
774 fossem debatidos na próxima reunião, reservando maior tempo para o debate. Para registro,
775 Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez a leitura da proposta da Comissão Organizadora para os eixos da
776 14ª CNS: Eixo I - Reafirmar os princípios e diretrizes do SUS garantidos na Constituição Federal e
777 Leis Orgânicas (8.080/90 e 8.142/90): O SUS legal e o SUS real; Eixo II - Participação da comunidade
778 no SUS - Controle Social; e Eixo III - Gestão pública do SUS. Pacto em defesa da saúde,
779 financiamento e modelo de atenção, relação público x privado. A Secretaria-Executiva do CNS,
780 **Rozângela Fernandes Camapum**, acrescentou que cada eixo terá vários sub eixos. **(G) Reunião de**
781 **comissões do CNS** – Diante do grande número de eventos organizados pelo CNS nos próximos
782 meses, a Secretaria-Executiva do CNS propôs a suspensão das reuniões das Comissões do CNS, de
783 20 de outubro a 6 de dezembro de 2010, com exceção daquelas com reuniões mensais. As reuniões
784 das comissões marcadas para esse período poderão ser antecipadas para até 19 de outubro de 2010.
785 **Deliberação: devido ao grande número de eventos nos próximos meses, o Plenário decidiu**
786 **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
787 para esse período poderão ser antecipadas para até 19 de outubro de 2010. **(H) - RESOLUÇÃO**

789 **435 – COMISSÕES** – A Secretaria-Executiva do CNS informou que a Resolução nº. 435 foi
790 homologada pelo Ministro da Saúde, portanto, o CNS poderia iniciar a reestruturação das suas
791 Comissões. Disse que a intenção é convocar uma reunião extraordinária para essa reformulação e o
792 Pleno deveria definir se esse processo seria feito em 2010 ou em 2011. Conselheiro **Francisco**
793 **Batista Júnior** propôs que a SE/CNS disponibilize um quadro da situação das Comissões do CNS e
794 que seja aberto prazo de sessenta dias para apresentação de demandas para participar das
795 Comissões. O consolidado dos pleitos seria debatido em uma reunião ordinária do CNS a partir de
796 critérios para definição das Comissões. Conselheiro **Clóvis Boufleur** ressaltou que, diante da
797 publicação da Resolução nº. 435, os conselheiros que participam de mais de duas Comissões
798 deveriam avaliar as suas participações para definição. A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela**
799 **Fernandes Camapum**, informou que enviará um mapa da participação dos conselheiros nas
800 Comissões do CNS. Também disse que várias entidades manifestaram interesse em participar das
801 Comissões e a informação dada a essas entidades é que procurem os conselheiros de saúde, pois a
802 indicação é feita pelo Plenário do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou que a SE/CNS
803 receba as demandas das entidades e socialize para o Plenário do CNS. Diante dessa proposta, a
804 Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, disse que divulgaria no site do CNS
805 que o CNS está reformulando as suas comissões. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** discordou
806 da divulgação no site e propôs que o CNS deixe em aberto para apresentação dos pleitos das
807 entidades. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** avaliou que as várias atividades previstas para os
808 próximos meses dificultam debate mais aprofundado sobre a função das comissões e a articulação
809 com o CNS. Concordou com as propostas de divulgar quadro da situação das comissões e de definir
810 um prazo para apresentação de demandas e propôs que na Reunião Ordinária de janeiro de 2011 o
811 CNS promovesse a recomposição das Comissões e avaliação da agenda do CNS. Conselheiro
812 **Geraldo Alves Vasconcelos** solicitou que o Plenário defuisse uma data para recompor as
813 Comissões do CNS. Conselheiro **Valdenir França** discordou da suspensão das reuniões da CISI
814 previstas para os próximos meses, haja vista a necessidade de acompanhar o processo de
815 implementação da Secretaria de Saúde Indígena. Após ponderações, Conselheiro **Valdenir França**
816 concordou com a antecipação da reunião da CISI/CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
817 perguntou como fica as Comissões que precisarem reunir-se diante de uma questão emergencial.
818 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a necessidade de reunião em uma situação de
819 premência e urgência será avaliada pelo Pleno. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou que,
820 no caso das Comissões cujos coordenadores sejam suplentes, a substituição da coordenação não
821 seja feita de imediato. Diante da presença da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, **Fabíola de**
822 **Aguiar Nunes**, a mesa suspendeu essa discussão para iniciar o debate da situação do SUS do
823 Distrito Federal. **ITEM extra pauta – SITUAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO DISTRITO**
824 **FEDERAL** – *Composição da mesa: Fabíola de Aguiar Nunes*, Secretária de Estado de Saúde do
825 Distrito Federal; e Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. De início, o Presidente
826 do CNS contextualizou que a ex-conselheira nacional e atual Secretária de Saúde do Distrito Federal,
827 Fabíola de Aguiar Nunes, assumiu a SES/DF no dia 10 de junho de 2010 e iniciou processo de
828 combate à precarização do trabalho, à corrupção, à terceirização, conforme defendido pelo CNS.
829 Disse que esteve com a Secretaria de Saúde e ofereceu um espaço no CNS para apresentar o quem
830 tem sido feito na SES/DF. Após essas considerações iniciais, passou a palavra à Secretaria de Saúde
831 do Distrito Federal, **Fabíola Nunes**, que iniciou agradecendo o apoio do Conselho e a oportunidade de
832 trazer informações sobre a saúde no DF. Na sua fala, fez uma abordagem sobre os problemas
833 encontrados ao assumir a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e as soluções adotadas. Disse que,
834 para assumir a Secretaria, estabeleceu a condição, aceita pelo Governador do DF, Rogério Rosso, de
835 trabalhar sem interferência político-partidária na política saúde. Aproveitou para registrar o empenho
836 do governador em mostrar à população que é possível mudar a situação da saúde no Distrito Federal.
837 Contextualizou que o DF possui 15 hospitais em funcionamento, 62 postos de saúde e uma pequena
838 cobertura da saúde da família. Detalhou que o primeiro problema enfrentado foi o desabastecimento
839 dessa rede. Explicou que como saída emergencial e temporária (o governo comprometeu-se a
840 revertê-la até a sua saída) para acelerar o processo de abastecimento, foi constituída uma secretaria
841 extraordinária para compra e logística. Detalhou que, nesse processo, foram elaboradas atas de
842 compra e a intenção é deixá-las para o próximo governo de forma a possibilitar a compra anual por
843 meio de licitação com preço negociável, resultando em economia para o DF. No sentido de garantir
844 maior autonomia aos diretores dos hospitais, ressaltou que foi elaborado um plano de
845 descentralização da saúde, com isso, um maior volume de recurso foi deixado nas mãos de diretores
846 regionais, em função da população atendida e dos faturamentos. Disse que a rede não está
847 completamente abastecida, mas as grandes queixas foram resolvidas. Ressaltou que a segunda
848 questão priorizada foi a organização do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Explicou que, em
849 parceria com os quatorze conselheiros do DF, foi elaborado um projeto de lei, que está sob análise

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

911 Medicina, forma dentro dos serviços e utiliza a metodologia problematizadora. Disse que a FEPECS,
912 cuja gestão foi reformulada, coordena os estágios e discute novo modelo assistencial, com ênfase na
913 atenção básica, em quatro linhas de cuidado, urgência/emergência, diabetes e hipertensão. Além
914 disso, explicou que está tentando organizar linhas de apoio (laboratório, apoio a diagnóstico,
915 assistência farmacêutica, informação e telemedicina). A propósito do apoio logístico, detalhou o
916 esforço à regulação, hospitais com registro eletrônico e transporte pelo SAMU. Para o próximo
917 governo, explicou que uma iniciativa importante foi a criação da Subsecretaria de Atenção à Saúde,
918 além da implantação das equipes e estruturação das pesquisas em saúde. Conselheiro **Francisco**
919 **Batista Júnior** ressaltou que o trabalho realizado pela Secretaria de Saúde do DF mostra que, apesar
920 das dificuldades enfrentadas pelo SUS, com respaldo político, é possível desenvolver as ações
921 defendidas pelo Conselho Nacional de Saúde. Disse que o CNS deve agradecer à Secretaria pela sua
922 atuação e pelo que tem feito, não apenas para o DF, mas para todo o Sistema Único de Saúde. A
923 Secretaria de Saúde do Distrito Federal, **Fabíola Nunes**, agradeceu novamente o espaço e também
924 ao DATASUS pelas auditorias realizadas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que
925 posteriormente o Pleno avaliaria a necessidade de pautar debate sobre a saúde no DF. Definido esse
926 ponto, a mesa suspendeu para o lanche. Retomando, foi reiniciado o debate da Resolução nº. 435 –
927 Comissões. **Deliberação: diante da homologação da Resolução nº. 434, o Plenário decidiu iniciar**
928 **o processo de reformulação das Comissões. Para isso, a SE/CNS encaminhará aos**
929 **conselheiros um quadro da situação das Comissões e os pleitos de participação deverão ser**
930 **enviados a essa Secretaria. As demandas recebidas pela SE/CNS serão apresentadas ao Pleno**
931 **para definição e reformulação, em reunião extraordinária, no dia 10 de dezembro de 2010.** A
932 seguir, a Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou novas datas
933 para os eventos do CNS, em virtude da dificuldade de conseguir espaço em Brasília: seminários
934 nacionais “Atenção Primária em Saúde” e “As relações público X privado no Sistema Único de Saúde”
935 - de 3 a 6 de novembro de 2010, em Brasília/DF; Plenária Nacional de conselhos de saúde – 17, 18 e
936 19 de novembro de 2010, em Brasília/DF. **Deliberação: aprovadas as datas sugeridas: seminários**
937 **nacionais “Atenção Primária em Saúde” e “As relações público X privado no Sistema Único de**
938 **Saúde” - de 3 a 6 de novembro de 2010, no Hotel Nacional, em Brasília/DF; e Plenária Nacional**
939 **de conselhos de saúde – 17, 18 e 19 de novembro, no Grande Oriente, em Brasília/DF.** A
940 SE/CNS está verificando local para realização do Seminário de Residência Multiprofissional. **ITEM 6 –**
941 **COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – Composição da mesa:**
942 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Coordenadora-Adjunta da COFIN; **Francisco Funcia**,
943 assessor da COFIN; **Ayrton Galiciano Martinello**, da SPO/MS. **Coordenação:** Conselheiro **José**
944 **Marcos de Oliveira**. Inicialmente, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, listou os temas a serem
945 tratados: prestação de contas do Ministério da Saúde relativa ao primeiro semestre de 2010; RAG
946 2009; LOA 2011; e proposta de oficina da COFIN/CNS. Primeiro, o representante da SPO/MS, **Ayrton**
947 **Galiciano Martinello**, apresentou estrutura do Relatório Trimestral de Prestação de Contas relativo ao
948 1º trimestre de 2010. Explicou que, após amplo debate, a SPO/MS elaborou uma proposta de formato
949 de relatório de prestação de contas que visa explanar a atividade orçamentária do Ministério da Saúde
950 e não apenas cumprir requisitos da lei. Disse que não se trata de uma proposta definitiva, podendo ser
951 aprimorada, mas a intenção é utilizá-la para elaborar os relatórios e apresentar ao CNS dentro dos
952 prazos. Feitas essas considerações iniciais, passou à apresentação do Relatório Trimestral de
953 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
954 Conceição; 2) Oferta e produção de serviços – rede própria; 3) Análise da execução física e
955 orçamentária das ações selecionadas (Foram selecionadas quatorze ações para a análise da
956 execução física e orçamentária. São ações consideradas estratégicas para o Ministério da Saúde e
957 sua dotação supera 68% de todo o orçamento da esfera federal. São elas: Ação 8585 - Atenção à
958 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
959 Saúde (SVS); Ação 6031 - Imunobiológicos para Prevenção e Controle de Doenças (SVS e
960 FIOCRUZ); Ação 20BA - Prevenção, Preparação e Enfrentamento para a Pandemia de Influenza
961 (SVS); Ação 8577 - Piso de Atenção Básica Fixo (SAS); Ação 20AD - Piso de Atenção Básica Variável
962 - Saúde da Família (SAS); Ação 4705 - Apoio para Aquisição e Distribuição de Medicamentos
963 Excepcionais (SCTIE); Ação 4370 - Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento
964 dos Portadores de HIV/aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (SCTIE); Ação 20AE -
965 Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde
966 (SCTIE); Ação 8934 – Atenção Especializada em Saúde Bucal (SAS); Ação 8761 – Serviço de
967 Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192 (SAS); Ação 8535 - Estruturação de Unidades de
968 Atenção Especializada em Saúde (SAS); Estruturação de unidades básicas; Ação 8933 - Serviços de
969 Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar (SAS); 4) Anexos: a) Auditorias do
970 Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar (SAS); 4) Anexos: a) Auditorias do
971

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 seqüência, 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 Custeiros 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 empênhado. 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 empênhados 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 réplica 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

1033 quando da apresentação dessa ressalva no RAG 2008, ou seja, discorda da posição da COFIN.
1034 Destacou ainda: dupla contagem de recursos próprios computados como dentro do limite da EC-29;
1035 desde 2000 estão sendo computados no montante de recursos mínimos os recursos próprios que são
1036 aqueles arrecadados como taxas de vigilância sanitária, venda de produtos da FIOCRUZ e outros,
1037 inclusive os recursos arrecadados com a venda de medicamentos da Farmácia Popular mais
1038 recentemente. A transferência do MF ao MS não é feita de forma automática; a maioria das
1039 transferências do MS a Estados e Municípios não tem as características típicas legais de serem fundo
1040 a fundo (regulares e automáticas); o MS não faz 50% das transferências a estados e municípios por
1041 quociente populacional - O MS não faz os outros 50% das transferências a estados e municípios pelos
1042 critérios legais da 8.080. Para os dois itens anteriores, a SPO reiterou os argumentos apresentados no
1043 RAG 2008 e informou que não há como obedecer ao critério de rateio per capita nesse percentual e
1044 que, diante dessa constatação, é preciso mudar a lei. Diante da sugestão da COFIN para que
1045 informasse, de forma consolidada, quais os critérios adotados e citados nas portarias que autorizam
1046 as transferências de recursos para Estados e Municípios, a resposta foi que essa informação não está
1047 consolidada e, portanto, não é possível responder no curto prazo. Acrescentou também: o MS não faz
1048 resarcimento a estados e municípios por serviços prestados de competência do MS; o MS não
1049 transfere o mínimo de 70% das transferências para os municípios. Segundo a SPO, a aplicação direta
1050 foi de 62%, porém há uma parcela destinada aos Municípios que é intermediada pelos Estados.
1051 Salientou que a COFIN solicitou a SPO que identifique esses casos de intermediação, inclusive se os
1052 valores repassados aos Estados teriam a identificação dos municípios beneficiários. Além disso, o MS
1053 não transfere 15% de seu orçamento per capita aos municípios para atenção básica. A SPO, para os
1054 dois itens anteriores, reiterou os argumentos apresentados no RAG 2008 e informou que não há como
1055 obedecer ao critério de rateio per capita nesse percentual e que, diante dessa constatação, é preciso
1056 mudar a lei. Diante da sugestão da COFIN para que informasse, de forma consolidada, quais os
1057 critérios adotados e citados nas portarias que autorizam as transferências de recursos para estados e
1058 municípios, a resposta foi que essa informação não está consolidada e, portanto, não é possível
1059 responder no curto prazo. Explicou que, na análise preliminar do cumprimento das metas e índices
1060 fixados no Plano Nacional de Saúde 2008-2011, foi possível constatar que não houve a consolidação
1061 entre as informações sobre o planejado e o realizado, inclusive com a indicação de muitas metas
1062 realizadas que não constavam do Plano Nacional de Saúde 2008-2011. Apresentou também aspectos
1063 destacados da análise do Relatório de Gestão do Fundo Nacional de Saúde (RG2009-FNS):
1064 recomendação de que o RAG 2009 seja consolidado com a visão de conjunto de todas as unidades
1065 do Ministério da Saúde; recomendação ao FNS e/ou a SPO que, quando da elaboração do RAG 2010,
1066 identifique os responsáveis que poderão avaliar ocorrências dessa natureza, inclusive em relação aos
1067 impactos decorrentes do Decreto de Contingenciamento; recomendação da apresentação dessas
1068 informações, contendo a movimentação financeira do Fundo Nacional de Saúde, a saber, o saldo
1069 anterior (em 31/12/2008), o detalhamento dos recursos ingressados (que está incompleto na página
1070 44), os desembolsos realizados fundo a fundo e outras modalidades (inclusive com a identificação dos
1071 Estados e Municípios), o saldo para o próximo exercício (em 31/12/2009) e os saldos a pagar tanto
1072 dos empenhos de 2009, quanto dos Restos a Pagar em 31 de dezembro de 2009, devidamente
1073 atualizadas para a execução orçamentária e financeira de 2010, na edição do RAG 2010; e
1074 recomendação de apresentar, na edição do RAG 2010, um quadro consolidado das providências
1075 apontadas pelo TCU devidamente atualizadas para a execução orçamentária e financeira de 2010,
1076 com o objeto da ocorrência, a finalidade da despesa, o Estado e/ou Município envolvido, o valor da
1077 ocorrência, a providência adotada pelo FNS e a situação em 31/12/2010. Por fim, disse que a
1078 conclusão é a seguinte: a COFIN/CNS cumpre a SPO/MS por apresentar o RAG do Ministério da
1079 Saúde, pela primeira vez, no prazo devido; o parecer da COFIN/CNS é pela aprovação do RAG 2009
1080 com as devidas ressalvas levantadas no parecer; a COFIN/CNS sugere ao CNS que recomende a
1081 SPO/MS que, na edição do RAG 2010, sejam contempladas as revisões e acréscimos decorrentes
1082 das ressalvas, observações e recomendações apontadas no parecer do RAG 2008 e neste referente
1083 ao RAG 2009; a COFIN/CNS recomenda ao CNS, reiterando o que foi sugerido na análise do RAG
1084 2008, objeto do respectivo parecer, que promova um entendimento da Mesa Diretora com o Ministério
1085 da Saúde para que os critérios legais do financiamento da saúde sejam debatidos com a contribuição
1086 de juristas e economistas visando chegar a uma interpretação comum dos dispositivos legais
1087 referentes ao financiamento da saúde. Concluída a apresentação, Conselheira **Ruth Ribeiro**
1088 **Bittencourt** reiterou os agradecimentos à SPO pela parceria com a COFIN e salientou que é preciso
1089 aprofundar o debate das ressalvas levantadas pela Comissão. Deliberação: aprovado o RAG 2009
1090 com as devidas ressalvas levantadas no parecer da COFIN e as seguintes recomendações: à
1091 SPO/MS que, quando da edição do RAG 2010, sejam contempladas as revisões e acréscimos
1092 decorrentes das ressalvas, observações e recomendações apontadas nos pareceres do RAG
1093 2008 e do RAG 2009; e ao CNS, reiterando o que foi sugerido quando da análise do RAG 2008,

1094 **objeto do respectivo parecer, que promova um entendimento da Mesa Diretora com o**
1095 **Ministério da Saúde para que os critérios legais do financiamento da saúde levantados pela**
1096 **Comissão sejam debatidos com a contribuição de juristas e economistas visando chegar a uma**
1097 **interpretação comum dos dispositivos legais referentes ao financiamento da saúde.** O
1098 representante da SPO desculpou-se por não poder permanecer até o final do debate e agradeceu a
1099 COFIN pela parceria. Na seqüência, o assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, apresentou os
1100 resultados da análise preliminar da PLOA 2011 – União - Ministério da Saúde/EC 29, realizada pela
1101 COFIN/CNS, no dia 15 de setembro de 2010. Iniciou explicando que a Comissão recebeu, no final do
1102 dia 1º de setembro, arquivo eletrônico com a PLOA 2011 e o material complementar após essa data.
1103 Portanto, a análise, de caráter preliminar, não pôde ser submetida aos membros da COFIN/CNS. Em
1104 sendo assim, a versão final dessa análise será encaminhada aos membros da COFIN até a 1ª
1105 semana de outubro, para apresentação na reunião do CNS do mesmo mês. Iniciando a exposição,
1106 apresentou um quadro que mostra os cenários de projeção e variação anual do PIB - 2005-2010 com
1107 três hipóteses: h1 – 12,26%; h2 - 13,41%; e h3 - 14,28%. Explicou que, adotando-se o cenário realista
1108 (h2 - 13,41%) para a projeção do PIB do 3º e 4º trimestre de 2010, será preciso acrescentar cerca de
1109 R\$ 780 milhões na programação orçamentária de Ações e Serviços de Saúde para 2011.
1110 Considerando que não há valor alocado para Emendas Parlamentares na Tabela Resumo elaborada
1111 pelo Ministério da Saúde/SPO, ressaltou que o referido valor representa o “espaço orçamentário” para
1112 a inclusão dessas Emendas, cuja execução em 2009 foi um pouco superior a R\$ 1 bilhão e a previsão
1113 para 2010 é um pouco superior a R\$ 900 milhões. Além disso, considerando que a SAS representa a
1114 maior parte do orçamento das Ações e Serviços de Saúde, foram considerados como critérios para os
1115 destaques preliminares alguns programas e ações dessa Secretaria em função: dos valores absolutos
1116 (em R\$) mais elevados; e/ou dos valores relativos (%) que superaram o crescimento de 12,13% da
1117 programação para 2011. Concluída a apresentação, a mesa passou aos encaminhamentos.
1118 **Deliberação: encaminhar os arquivos referentes à Lei Orçamentária 2011 aos conselheiros para**
1119 **análise e envio de contribuições à COFIN até o dia 27 de setembro. A Comissão consolidará as**
1120 **sugestões e apresentará ao Pleno do CNS na 214ª Reunião Ordinária.** Por fim, Conselheira **Ruth**
1121 **Ribeiro Bittencourt** apresentou proposta preliminar de programação de Oficina da COFIN sobre
1122 “Relatório Anual de Gestão-Instrumento de Controle Social”, no dia 19 de novembro de 2010, voltada
1123 aos conselheiros estaduais e conselheiros nacionais de saúde. **Deliberação: aprovada a proposta**
1124 **de Oficina da COFIN sobre “Relatório Anual de Gestão-Instrumento de Controle Social”**,
1125 **voltada a 27 conselheiros estaduais e dezoito conselheiros nacionais de saúde, no Plenário do**
1126 **Conselho Nacional de Saúde. A programação será concluída na reunião ordinária de outubro**
1127 **de 2010.** Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram
1128 presentes os seguintes conselheiros: **Titulares** - Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda,
1129 Antônio Alves de Souza, Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C.
1130 Miguel, Clóvis A. Boufleur, Denise Torreão Corrêa da Silva, Edemilson Canale, Fernanda Lou
1131 Sans Magano, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Geraldo Alves Vasconcelos,
1132 João Donizeti Scaboli, José Carrijo Brom, José Marcos de Oliveira, Manoel Messias
1133 Nascimento Melo, Maria Helena Machado, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Espírito
1134 Santo Tavares dos Santos, Maria Thereza Antunes, Marisa Fúria Silva, Nildes de Oliveira
1135 Andrade, Paulo Guilherme Romano, Ruth Ribeiro Bittencourt, Ubiratan Cassano Santos, Volmir
1136 Raimondi. **Suplentes:** Alexandre Magno Lins Soares, Arnaldo Marcolino, Conceição Aparecida
1137 Accetturi, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, Jovita José Rosa, José Eri Medeiros,
1138 Juares Pires de Souza, Laudeci Vieira dos Santos, Luiz Aníbal Vieira Machado, Luiz Alberto
1139 Catanoce, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Natividade G. S. T.
1140 Santana, Nelson A. Mussolini, Noemy Yamaghishi Tomita, Paulo César Augusto de Souza,
1141 Ronald Ferreira dos Santos, Rosane Maria Nascimento, Sebastião Geraldo Venâncio, Tânia
1142 Maria Onzi Pietrobelli, Valdenir Andrade França, Wanderley Gomes da Silva. Iniciando o segundo
1143 dia de reunião, a mesa retomou os itens pendentes do dia anterior. Indicação de representante do
1144 CNS para acompanhar a preparação do processo eleitoral do Conselho Municipal de São José de Rio
1145 Preto/SP. **Deliberação: os conselheiros Arnaldo Marcolino e José Marcos de Oliveira foram**
1146 **indicados para acompanhar o processo eleitoral do Conselho Municipal de São José de Rio**
1147 **Preto/SP.** Atividade em Rosário, na Argentina. **Deliberação: diante da impossibilidade de**
1148 **participação do Presidente do CNS, o Conselheiro José Marcos de Oliveira participará da**
1149 **atividade, representando o CNS.** **Indicações:** 1) II Seminário: AIDS, Prevenção e cidadania LGBT.
1150 Solicita o envio de uma representação. Data: 15 de outubro de 2010. 9h - Abertura política. 11h30 -
1151 Mesa: Controle social e a Participação popular da comunidade LGBT. Local: Pojuca, Bahia.
1152 **Indicação: Conselheira Maria de Lourdes Rodrigues.** 2) Comissão Organizadora do Seminário
1153 Regional de conselhos de Saúde da Região do Médio Paraíba – RJ. Solicita palestrantes do segmento
1154 dos usuários para tratar do tema: “Pacto pela Saúde e Regionalização”. Data: 10 de novembro de

1155 2010. Local: Rio de Janeiro. **Indicação:** Conselheiro Alexandre Magno Soares. *Informes:* 1)
1156 Consulta pública do CNS para revisão da Resolução CNS nº 347/2005. As sugestões deverão ser
1157 encaminhadas até o dia 31 de outubro de 2010 à Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de
1158 Saúde. 2) Inscrições abertas para nova turma do Programa de Formação de Conselheiros Nacionais.
1159 **Deliberação:** enviar ofício do CNS à Presidência da República solicitando que os próximos
1160 cursos de formação de conselheiros nacionais sejam abertos a todos os conselheiros,
1161 inclusive os que não têm curso superior. Na seqüência, a mesa retomou o debate do tema da 14ª
1162 Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro Alcides de Miranda informou que não houve reunião da
1163 comissão organizadora, mas os integrantes que foram consultados chegaram a consenso sobre o
1164 tema: Todos usam o SUS. SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro.
1165 Diante da presença dos convidados para o próximo item da pauta, acordou-se que esse debate seria
1166 retomado posteriormente. **ITEM 7 – PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS**
1167 **ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE** – *Composição da mesa:* Rafael Encinas,
1168 Auditor de Controle Externo do Tribunal de Contas da União; e Glória Maria Bastos, do TCU.
1169 *Coordenação:* Conselheiro Francisco Batista Júnior, Presidente do CNS. Inicialmente, o Presidente
1170 do CNS explicou que a intenção é ouvir os resultados da auditoria Operacional de Assistência
1171 Farmacêutica Básica, realizada pelo Tribunal de Contas da União e manifestar-se sobre eles. O
1172 Auditor de Controle Externo do Tribunal de Contas da União, Rafael Encinas, iniciou agradecendo a
1173 oportunidade e informando a presença de outros representantes do TCU: Marina de B. Ferraz
1174 Mendes; e Claiton Vasconcelos. Disse que a intenção é ouvir o controle social a respeito do que foi
1175 identificado pela auditoria Operacional de Assistência Farmacêutica Básica, vez que os gestores já
1176 foram ouvidos. Explicou que o objetivo da Auditoria Operacional Assistência Farmacêutica Básica foi
1177 analisar a implantação e operacionalização da assistência farmacêutica básica pelos três níveis da
1178 federação, avaliando a eficiência na gestão dos recursos pelos entes estaduais e municipais e os
1179 controles realizados pelo Ministério da Saúde. Detalhou que a auditoria norteou-se pelas seguintes
1180 questões: 1) A gestão do ciclo da assistência farmacêutica nos municípios/estados permite a
1181 otimização dos recursos, garante a oferta de medicamentos nas unidades básicas de saúde e evita os
1182 desperdícios? e 2) O Ministério da Saúde desempenha seu papel como coordenador e realiza o
1183 controle dos recursos repassados? Para contextualizar, citou a legislação da Assistência
1184 Farmacêutica Básica: 1) Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº 338/2004):
1185 “Art. 1º II - a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a
1186 formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência
1187 e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras,
1188 garantindo a intersectorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação
1189 envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde”; 2) Política Nacional de Assistência
1190 Farmacêutica (Resolução CNS nº 338/2004): “Art. 2º, III - qualificação dos serviços de assistência
1191 farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis
1192 de atenção; IV - descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes
1193 instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas
1194 desarticulados”; 3) Política Nacional de Medicamentos (Portaria MS 3.916/1998): “O Conselho
1195 Nacional de Saúde terá papel preponderante nesse processo, tendo em vista o acompanhamento da
1196 implementação da Política de Medicamentos, especialmente no tocante ao cumprimento das medidas
1197 pactuadas. A aquisição e a distribuição, pelo Ministério, dos produtos componentes da assistência
1198 farmacêutica básica serão substituídas pela transferência regular e automática, Fundo-a-Fundo, de
1199 recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica. O gestor estadual
1200 deverá coordenar esse processo no âmbito do estado, com a cooperação técnica do gestor federal, de
1201 forma a garantir que a aquisição realize-se em conformidade com a situação epidemiológica do
1202 município, e que o acesso da população aos produtos ocorra mediante adequada prescrição e
1203 dispensação”; 4) Política Nacional de Medicamentos – Competências: “Caberá ao Ministério da
1204 Saúde, fundamentalmente, a implementação e a avaliação da Política Nacional de Medicamentos,
1205 ressaltando-se como responsabilidades: a. prestar cooperação técnica e financeira às demais
1206 instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos;
1207 b. estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de Governo; r. destinar
1208 recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para estados e
1209 municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para o mesmo; s. criar mecanismos que vinculem a
1210 transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde; v.
1211 orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos
1212 essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para
1213 que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo; x. orientar e
1214 assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.”
1215 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 congênero, 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, informara 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

1277 e Avaliação, explicou que o Decreto 7.135/2010 determina que à Secretaria de Gestão Estratégica e
1278 Participativa compete formular e coordenar a Política de Monitoramento e Avaliação da Gestão do
1279 SUS, por meio da análise de seu desenvolvimento, da identificação e disseminação de experiências
1280 inovadoras, produzindo subsídios para a tomada de decisões e a organização dos serviços. Ao
1281 Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS compete coordenar a Política de
1282 Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, a ser formulada e desenvolvida juntamente com as
1283 demais áreas do Ministério. Ao Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada compete articular
1284 os órgãos do Ministério no processo de avaliação de políticas, no âmbito do SUS. Além disso, o
1285 decreto determina que as atividades de controle, avaliação e auditoria, no âmbito do Ministério da
1286 Saúde, ficam organizadas da seguinte forma: I - o Departamento Nacional de Auditoria do SUS atuará
1287 no acompanhamento da programação aprovada da aplicação dos recursos repassados aos Estados,
1288 aos Municípios, ao Distrito Federal e na verificação da regularidade dos procedimentos praticados por
1289 pessoas físicas e jurídicas, mediante exame analítico, verificação in loco e pericial; e II - o
1290 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas atuará na implementação das
1291 atividades de controle e avaliação, mediante acompanhamento e monitoramento contínuo das ações e
1292 serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, sem prejuízo das atividades de controle e avaliação
1293 pertinentes a cada órgão ou entidade do Ministério. Esclareceu que, apesar das definições do referido
1294 Decreto, não há uma política de monitoramento e avaliação e os órgãos estão desarticulados. Por fim,
1295 apresentou as seguintes questões para o debate: 1. A utilização exclusiva do Relatório Anual de
1296 Gestão como instrumento de monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica básica é
1297 coerente com a PNAF e a PNM? 1.1 São necessários outros instrumentos de controle e transparência
1298 do programa? 1.2 Como aprimorar a utilização do RAG como instrumento de monitoramento e
1299 avaliação? 2. A pactuação das portarias da Assistência Farmacêutica Básica sem a participação ou
1300 apreciação do CNS está correta? 3. De que forma o Conselho Nacional de Saúde vê a falta de uma
1301 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
1302 externo do TCU é extremamente importante. Na sua visão, é preciso desmistificar a questão de que o
1303 RAG não pode ser rejeitado e avançar para outros instrumentos de controle, porque o Relatório não é
1304 suficiente. Conselheiro **Ronald Ferreira das Santos** explicou que, diante dessas e de outras questões
1305 apontadas, a Federação Nacional dos Farmacêuticos insistiu na necessidade de pautar a política de
1306 assistência farmacêutica no CNS e na importância da criação da Comissão de Assistência
1307 Farmacêutica. A respeito do RAG, disse que os relatórios da COFIN/CNS respondem ao
1308 questionamento colocado. A respeito do monitoramento, avaliou que talvez será possível avançar na
1309 transparência com o Projeto do Cartão SUS. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** elogiou o TCU
1310 pelo trabalho e destacou que o Relatório de Gestão serve para o balizamento da Política e não para
1311 monitoramento. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, primeiro, perguntou se o TCU teve acesso ao
1312 relatório das auditorias do DENASUS nos estados. Também avaliou que é preciso criar um
1313 instrumento mais contundente para saber como são aplicados os recursos da saúde. Sugeriu ainda
1314 que os departamentos do Ministério da Saúde citados e o TCU sejam convidados para debater as
1315 questões levantadas e avançar nesses aspectos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** ressaltou que, do
1316 ponto de vista de gestão, é preciso avançar nas três esferas de governo. Contudo, destacou que há
1317 controle no âmbito do Ministério da Saúde muito eficaz e citou como exemplo a farmácia popular.
1318 Nesse caso, perguntou se falta vontade política e concordou que o Cartão SUS pode servir de
1319 instrumento de controle. Conselheiro **Alexandre Magno Soares** cumprimentou o TCU pelo trabalho e
1320 destacou que o RAG representa um avanço, porque é uma tentativa de democratizar a informação,
1321 apesar de reconhecer que é preciso ir além. Também destacou que é preciso capacitar e politizar os
1322 cidadãos brasileiros na área contábil financeira. Por fim, manifestou preocupação com a
1323 desarticulação dos órgãos do Ministério da Saúde e a falta de uma política de monitoramento e
1324 avaliação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, primeiro, registrou a presença do Diretor DAF,
1325 **José Miguel**, no debate. Avaliou como utopia considerar que os Conselhos de Saúde podem cumprir
1326 100% do seu papel, não por falta de competência, mas sim pela complexidade do Sistema. Contudo,
1327 frisou que os conselhos de saúde devem cumprir, no mínimo, o básico. Ressaltou que o Relatório
1328 Anual de Gestão pode ser instrumento de monitoramento e acompanhamento, mas não o único.
1329 Explicou que a COFIN apresenta avaliação mensal quantitativa da execução orçamentária, porém,
1330 frisou que essa análise deve ser qualitativa. Explicou ainda que não é tarefa precípua do CNS
1331 acompanhar as portarias do Ministério da Saúde, mas aquelas que dizem respeito a políticas
1332 estruturantes ou que mudam aspectos importantes já aprovados pelo CNS devem ser do
1333 conhecimento desse Colegiado. Nessa linha, manifestou insatisfação com a publicação da
1334 3.237/2007, sem o conhecimento do CNS e, inclusive, propôs pautá-la no CNS. Diante da
1335 apresentação, salientou que as Comissões deverão avaliar periodicamente as políticas aprovadas,
1336 pois algumas não são implementadas devidamente nos estados ou são implementadas de forma

1338 diferente do que foi aprovado no CNS. **Retorno da mesa.** O auditor de Controle Externo do Tribunal
1339 de Contas da União, **Rafael Encinas**, respondeu que o TCU teve conhecimento da auditoria do
1340 DENASUS e os resultados serão considerados no relatório do Tribunal. Também destacou que a CGU
1341 vem apontando a falta de um instrumento de monitoramento dos recursos federais repassados Fundo
1342 a Fundo. Ressaltou que é complicado fazer um controle da assistência farmacêutica básica,
1343 considerando a gestão descentralizada. Apontou como um problema no Ministério da Saúde o
1344 compartilhamento do repasse de recursos, nesse sentido, ressaltou que é preciso consolidá-los.
1345 Também disse que Cartão SUS é um instrumento com informações diversas. Por fim, agradeceu a
1346 oportunidade de ouvir a posição do controle social a respeito desse assunto. Conselheira **Graciara**
1347 **Matos de Azevedo** cumprimentou os convidados e perguntou em que outras políticas da saúde, além
1348 da assistência farmacêutica, o TCU realizou auditorias. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
1349 solicitou ao TCU que disponibilize o relatório da auditoria tão logo seja concluído. A representante do
1350 TCU, **Glória Maria Bastos**, explicou que o Relatório, após seguir o trâmite oficial, é divulgado
1351 oficialmente e encaminhado aos órgãos competentes, interessados e afins. Além disso, esclareceu
1352 que um segundo momento do trabalho é o monitoramento da implementação das recomendações do
1353 Tribunal. Ressaltou que há um esforço para institucionalizar esse acompanhamento e frisou que é
1354 importante a parceria com a sociedade civil. Frisou que o relatório, tão logo seja concluído, será
1355 encaminhado aos gestores para comentários e a intenção é buscar parcerias com a gestão para
1356 implementar as propostas. Disse que a intenção é acompanhar a implementação e apresentar
1357 relatórios demonstrando como as recomendações foram implementadas. Desse modo, informou que o
1358 CNS também receberá os relatórios parciais do monitoramento. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1359 **Santos** solicitou ao TCU que disponibilize também o relatório da auditoria operacional dos
1360 medicamentos excepcionais. A representante do TCU, **Glória Maria Bastos**, dispôs-se a disponibilizar
1361 o relatório e informou que os relatórios de auditoria operacional estão disponíveis na página do TCU e
1362 podem ser acessados. O auditor de Controle Externo do TCU, **Rafael Encinas**, explicou que, há dois
1363 anos, o Tribunal elegeu a saúde como um tema de maior significância, portanto, o assunto tem sido
1364 tratado de forma mais aprofundada. Nessa linha, destacou que o TCU realizou várias auditorias na
1365 área da saúde – regulação assistencial; atenção básica (PSF); conformidade (contratos e licitações),
1366 farmácia população (ainda não foi julgado...) Também disse que o CNS pode sugerir assuntos para
1367 serem objeto de auditoria do TCU. Encaminhando, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu
1368 que a não aprovação do Relatório signifique reprovação. A representante do TCU, **Glória Maria**
1369 **Bastos**, solicitou a palavra para esclarecer que a não aprovação não significa reprovação, assim,
1370 propôs que o CNS vote esse entendimento. Acrescentou inclusive que a não aprovação serve como
1371 salvaguarda para que haja as consequências derivadas da reprovação não sejam tomadas. Diante
1372 dessa consideração, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** passou aos encaminhamentos.
1373 **Deliberação:** convocar, se necessário, uma reunião da Comissão de Assistência Farmacêutica
1374 para analisar as Portarias do Ministério da Saúde relativas à Assistência Farmacêutica; reiterar
1375 que as comissões do CNS devem avaliar periodicamente as políticas aprovadas pelo CNS de
1376 forma a verificar se foram implementadas e nos termos aprovados no Conselho; pautar debate
1377 do Relatório de Gestão, na lógica de que a não aprovação significa reprovação do documento;
1378 e solicitar formalmente os relatórios das auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas no setor
1379 saúde para serem enviados às Comissões do CNS na lógica de subsidiar os debates do CNS.
1380 Finalizando, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que o CNS está empenhado em
1381 fortalecer os conselhos de saúde, contudo, essa é uma tarefa difícil. Em sendo assim, frisou que
1382 parceiros como TCU são fundamentais nesse processo. Dito isso, agradeceu os convidados e
1383 encerrou esse item. **ITEM 8 – DECRETO Nº 7.082, DE 27 DE JANEIRO DE 2010 – HOSPIITAIS**
1384 **UNIVERSITÁRIOS – Composição da mesa:** Celso Fernando Ribeiro de Araújo, Coordenador Geral
1385 de Hospitais Universitários – CGHU/MEC; Paulo Henrique, da Federação dos Sindicatos dos
1386 Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras – FASUBRA; Alexandre Magno Lins Soares,
1387 GT do CNS Hospitais Universitários; Conselheiro José Rubens Rebellato, diretor do Departamento
1388 dos Hospitais Universitários e Residências em Saúde. **Coordenação:** Conselheira Ruth Ribeiro
1389 Bittencourt, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que
1390 a intenção, ao pautar esse debate, é tomar conhecimento dos desdobramentos do Decreto nº 7.082,
1391 de 27 de janeiro de 2010 e da MP que trata da autonomia dos hospitais e também poder contribuir no
1392 processo de reformulação dos hospitais universitários. Feita essa introdução, passou a palavra ao
1393 Conselheiro **José Rubens Rebellato**, diretor do Departamento dos Hospitais Universitários e
1394 Residências em Saúde/MEC, que falou do contexto político de revitalização dos hospitais
1395 universitários. Antes de iniciar, agradeceu o espaço para apresentar a proposta de reestruturação dos
1396 hospitais universitários. Explicou que o Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010 consolida um
1397 trabalho iniciado anteriormente. Relatou que, na reformulação interna do Ministério da Educação, foi
1398 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 muniциado 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 outros 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-se
1427 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 possuem 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 seqüência, 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. Segundo, 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. Concordou 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 universitárias 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 universitárias. Assim, unidades de
1645 referência na formação profissional, geração do conhecimento e assistência deixaram de sé-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

1704 visando sanar os problemas colocados. Apresentou a sua proposta de, no processo de emissão de
1705 pareceres, possibilitar ao interessado no processo requerer à Presidência do CNS ou à Mesa Diretora
1706 do CNS uma visita *in loco*, sendo que as solicitações seriam encaminhadas à CIRH para avaliação.
1707 Além disso, explicou que a intenção é rediscutir a Resolução nº. 350. Conselheiro **Alcides Silva de**
1708 **Miranda** esclareceu que essa problemática é antiga no CNS e as visitas *in loco* são complexas.
1709 Concordou com as preocupações levantadas pelo Presidente do CNS e frisou que é preciso rediscutir
1710 os critérios e definir variáveis e critérios para fundamentar os pareceres. Também ponderou que os
1711 recursos pontuais trarão um sobrecarga de trabalho para o CNS. Por fim, perguntou se o CNS deve
1712 continuar a emissão de pareceres da forma como vem sendo feita ou suspender até a redefinição do
1713 processo de avaliação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** respondeu que o CNS, por meio da
1714 CIRH, deve continuar a emissão de pareceres. Além disso, destacou que o recurso será enviado à
1715 CIRH que avaliará a necessidade ou não da visita *in loco*. Conselheiro **Volmir Raimondi** concordou
1716 com a proposta e perguntou se é necessário aprovar uma resolução com essa regra. Conselheiro
1717 **Francisco Batista Júnior** sugeriu encaminhar essa demanda à CIRH para definir a forma de
1718 normatizar essa questão. Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez uso da palavra para manifestar sua
1719 concordância com o encaminhamento. Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH,
1720 frisou que a Comissão não vê problema em rever a sua dinâmica de trabalho. Disse que a Comissão
1721 não trabalhou com a possibilidade de visitas com o receio de passar a fazer apenas visitas. Destacou
1722 que é preciso verificar a capacidade da CIRH e identificar o objetivo das visitas do CNS. Clarificou
1723 que, hoje, as visitas são feitas quando há dúvidas em relação a aspectos do processo. **Deliberação: o**
1724 **Plenário decidiu incluir visitas da CIRH a instituições de ensino no processo de emissão de**
1725 **pareceres. Os recursos dos interessados no processo serão encaminhados à CIRH que**
1726 **analisará a necessidade ou não da visita in loco. De acordo com essa definição, as solicitações**
1727 **de visita in loco à Faculdade de Ciências Médicas de Barretos Dr. Paulo Prata e à Faculdade de**
1728 **Medicina de Campinas São Leopoldo Mandic serão encaminhadas à CIRH/CNS para avaliação.**
1729 Em sendo assim, o parecer da Comissão relativo à Faculdade de Ciências Médicas de Barretos
1730 Dr. Paulo Prata, aprovado no primeiro dia de reunião do CNS, torna-se sem efeito até posição
1731 **definitiva desse colegiado.** Definido esse ponto, a mesa retomou o debate do Tema da 14ª CNS. A
1732 Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que, após debate, chegou-
1733 se a consenso sobre o seguinte tema: “Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social. Política
1734 Pública, patrimônio do Povo Brasileiro.” Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, na tentativa de tornar
1735 o tema com uma linguagem mais popular e chamar a população, sugeriu: “Todos usam o SUS. SUS
1736 patrimônio do Povo Brasileiro.” Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que, após amplo
1737 debate no primeiro dia de reunião e da reunião do grupo, chegou-se ao tema: “Todos usam o SUS.
1738 SUS na Seguridade Social. Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro.” Dessa maneira, avaliou
1739 que não era o momento de discutir novas propostas. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, em
1740 que pese o rico debate da Comissão Organizadora, avaliou que o tema “Todos usam o SUS. Política
1741 Pública, patrimônio do Povo Brasileiro.” poderia facilitar o consenso. Além disso, informou que a
1742 reunião da Comissão Organizadora da 14ª CNS no final do dia anterior não ocorreu porque coincidiu
1743 com outras reuniões. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que, no dia seguinte, o
1744 Plenário definiu o tema e deliberou por aprimorá-lo. Portanto, avaliou que essa é uma questão
1745 vencida. Conselheiro **Volmir Raimondi** recuperou que, no dia seguinte, foi feita uma consulta sobre
1746 as propostas, assim, propôs a votação final da proposta de tema ou um novo debate a esse respeito.
1747 Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** explicou que, no dia seguinte, o Pleno fez uma consulta sobre
1748 as sugestões de tema e decidiu retomar a discussão naquele dia. Conselheiro **Francisco Batista**
1749 **Júnior** explicou que, no dia anterior, o Pleno votou as sugestões de tema e definiu que o Grupo se
1750 reuniria para analisar as proposta na tentativa de construir um consenso, que seria submetido à
1751 apreciação do Pleno. Desse modo, consultou o Pleno sobre o encaminhamento apresentado pelo
1752 Conselheiro Volmir Raimondi. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** reiterou que, no dia anterior, foi
1753 feita uma consulta sobre as sugestões de tema e não houve deliberação. Conselheiro **Francisco**
1754 **Batista Júnior** frisou que está em debate a seguinte questão: o Plenário acata ou não a proposta
1755 construída pela comissão organizadora no final do primeiro dia de reunião. Conselheiro **Clóvis**
1756 **Boufleur** fez uso da palavra para informar que a Comissão Organizadora não se reuniu no final do
1757 primeiro de reunião. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** declarou que não se sentia confortável
1758 para votação e, por essa razão, apresentou a seguinte Questão de Ordem: a reunião da comissão
1759 organizadora ocorreu ou não. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que na noite do dia
1760 anterior houve várias reuniões e, por volta das 21h, procurou os integrantes da Comissão
1761 Organizadora que estavam no CNS. Disse que seis integrantes da Comissão se reuniram e houve
1762 acordo sobre a proposta: “Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social. Política Pública, patrimônio
1763 do Povo Brasileiro”. Ressaltou que consultara vários integrantes da Comissão Organizadora sobre o
1764 tema. Conselheiro **Clóvis Boufleur** 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 Secretaria-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 Secretaria-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, accordou-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 Publico – 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

1826 contemplar todos os segmentos nas indicações para o seminário. Conselheiro **Francisco Batista**
1827 concordou em enviar ofício aos conselhos estaduais e à Plenária Nacional de Conselhos com
1828 menção à necessidade de contemplar todos os segmentos nas indicações para o seminário. Na
1829 seqüência, a Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou a
1830 programação do Seminário, iniciando-se pela parte relativa à “Atenção Primária em Saúde”: 3 de
1831 Novembro de 2010. 8h - Credenciamento. 9hs - 10hs. Mesa de Abertura: CNS, Ministério da Saúde,
1832 CONASS, CONASEMS, Senado Federal e Câmara dos Deputados. 10hs - 11h30 - Conferência
1833 Magna “Visão da Atenção Primária em Saúde no Canadá”. Coordenação: CNS. Palestrante: Prof.
1834 Michael M. Rachlis – Canadá. 11h30 – 13h30 – Almoço. 13h30 – 18hs - Mesa 1. 13h30 – 15h -
1835 “Panorama da Atenção Primária à Saúde no Brasil”. Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS,
1836 CONASS, Ministério da Saúde. 15h – 17h30 – Debate. 4 de Novembro de 2010. 8h30 – 12h - Mesa 2.
1837 8h30 – 10h - “Desafios da Gestão na atenção primária na perspectivas dos princípios e diretrizes do
1838 SUS”. Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS, CONASS, MS. Debatedoras: Dra. Maria Inês de
1839 Sousa Bravo e Lígia Bahia. 10h – 12h – Debate. 12h - 14h – Almoço. 14h - 16h - Mesa 3. 14h - 15h -
1840 “Controle Social como Garantia para a qualidade e resolutividade da Atenção Primária em Saúde”.
1841 Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS. Debatedoras: Jurema Werneck e Maria Helena
1842 Baugarten. 15h – 16h – Debate. 16h - 16h30 – Intervalo. 16h30 - 18h30. Mesa 4 - Propostas para a
1843 Atenção Primária em Saúde. Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS, CONASS, CNS e MS.
1844 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou a dinâmica de definição das mesas: 1ª mesa –
1845 panorama e diagnóstico; 2ª mesa – desafios da gestão; 3ª mesa – participação do controle social; e
1846 última mesa – propostas para a atenção primária em saúde. Considerando a importância da visão dos
1847 gestores, destacou que as representações do CONASEMS, CONASS e MS foram contempladas em
1848 todas as mesas. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** sugeriu que a programação do seminário
1849 conte com debate sobre a gestão da atenção primária entregue a entidades do terceiro setor e
1850 entidades privadas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que esse assunto está
1851 contemplado na parte do seminário sobre a relação público x privado. Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1852 sugeriu substituir “conferência magna” por “conferência de abertura”. Conselheiro **José Marcos de**
1853 **Oliveira** recuperou que o seminário foi pensado para discutir os avanços e desafios da atenção
1854 primária em saúde no Brasil. Desse modo, estranhou que a conferência magna trate da visão da
1855 atenção primária em saúde no Canadá. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a
1856 representação do CONASS propôs convidar o Prof. Michael M. Rachlis, que é uma autoridade na
1857 questão da atenção básica, para apresentar a experiência do Canadá de reestruturação desse nível
1858 de atenção que pode subsidiar o debate. Disse que o CONASS dispôs-se a financiar a vinda do
1859 convidado, diante da impossibilidade do Conselho em fazê-lo. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**
1860 avaliou que a conferência de abertura deveria tratar dos desafios da atenção básica no Brasil.
1861 Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** avaliou que o seminário, da forma como foi organizado, aponta
1862 que somente os organismos governamentais têm proposta para a atenção básica, o que não é
1863 verdade. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que o objetivo do seminário é fazer um
1864 diagnóstico da situação da atenção básica no país e apresentar propostas para esse nível de atenção.
1865 Conselheira **Maria Natividade Santana** sugeriu que a conferência magna seja feita por um
1866 conselheiro nacional representante dos usuários do SUS. A seguir, houve outras falas que evoluíram
1867 para as seguintes propostas: 1ª mesa - Panorama da Atenção Primária no Brasil – visão do usuário,
1868 trabalhador e gestor (CONASEMS); 2ª mesa – Experiências Internacionais – Canadá e mais dois
1869 países do MERCOSUL e UNISUL. **Deliberação: aprovada a parte da programação do seminário**
1870 **relativa à “Atenção Primária em Saúde”, com as seguintes alterações:** 1ª mesa - Panorama da
1871 atenção primária no Brasil – visão do usuário, trabalhador e gestor (CONASEMS); 2ª mesa –
1872 Experiências Internacionais – Canadá e mais dois países do MERCOSUL e UNISUL. As
1873 secretarias do Ministério da Saúde - SGEP e SGTES, junto com o SAS - verificarão a
1874 possibilidade de custear a vinda dos convidados internacionais. Diante da presença da
1875 convidada para o último item da pauta, acordou-se que a segunda parte da programação
1876 relativa a “As relações público X privado no Sistema Único de Saúde”, seria discutida
1877 posteriormente. **ITEM 10 – A POLÍTICA DE REABILITAÇÃO VISUAL – Composição da mesa:** **Érika**
1878 **Pisaneschi**, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS; **José Luis**
1879 **Telles**, Diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE/MS; Conselheira
1880 **Maria Fúria Silva**, da Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência. Coordenação:
1881 Conselheiro **Volmir Raimondi**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, Conselheiro **Volmir Raimondi**
1882 contextualizou que, em 2008, a Política de Reabilitação Visual foi aprovada no CNS e o assunto não
1883 foi retomado nesse colegiado. Em sendo assim, disse que a intenção é conhecer como está a
1884 implantação dessa Política. O Diretor do DAPE/MS, **José Luis Telles**, iniciou com destaque ao
1885 avanço dessa agenda, inclusive, com reconhecimento, pela ONU, do avanço do Brasil no que diz
1886 respeito ao direito das pessoas com deficiência. Destacou também a criação, nesse ano, da

1887 Secretaria de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência e o investimento do Ministério da
1888 Saúde na conformação de uma rede especializada de serviços (art. 25 da Convenção Internacional).
1889 Ressaltou que a intenção é apresentar os avanços nessa área e os desafios da Política, com
1890 destaque à importância do movimento social na garantia de mais recursos e na aplicação conforme as
1891 prioridades definidas. Na seqüência, a Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com
1892 Deficiência/MS, **Érika Pisanesch**, fez uma apresentação sobre as Redes Estaduais de Atenção à
1893 Deficiência Visual no SUS. Começou explicando que, segundo o Censo Demográfico – 2000, são 24,6
1894 milhões de pessoas com incapacidade, representando 14,5% da população. Disse que, dessa
1895 população com deficiência: 48,1% com deficiência visual, 26,9% com deficiência motora/física, 16,7%
1896 com deficiência auditiva e 8,3% com deficiência intelectual. Explicou que o Ministério da Saúde
1897 aguarda os dados do Censo que apresentará dados mais precisos nessa área. Destacou que, para
1898 essa parte da população, foi elaborada a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, nos
1899 termos da Portaria MS/GM nº 1.060 de 05 de junho de 2002. Detalhou que são propósitos da Política
1900 Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar
1901 a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a
1902 sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinam o aparecimento
1903 de deficiências. Explicou que a Política possui seis eixos e destacou a organização e funcionamento
1904 dos serviços ou serviços especializados. Acrescentou que os serviços especializados levam em conta
1905 as ações básicas de reabilitação: as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde,
1906 sob gestão dos municípios, constituem principal estratégia da Política de Atenção Básica; e os
1907 Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, para suporte atuação conjunta com ESF e AC. No que
1908 se refere à atenção especializada, explicou que, desde 2001, o Ministério da Saúde trabalha a
1909 implantação das redes temáticas de serviços de reabilitação. Disse que, em 2001, foram organizadas
1910 as redes de organização física (serviços especializados com atendimento multiprofissional). Ressaltou
1911 que nessas unidades de referência as pessoas com deficiência têm acesso a ajudas técnicas, entre
1912 elas, as órteses e próteses, fundamentais no processo de reabilitação. Em 2002, estruturou-se a rede
1913 de deficiência intelectual. Em 2004, a política voltada ao atendimento às pessoas com deficiência
1914 auditiva. Em 2008, foi publicada normatização sobre a área de reabilitação visual. Além disso, nesse
1915 ano, o Ministério da Saúde trabalhou normas específicas para assistência a doenças
1916 neuromusculares. Em 2009, trabalhou-se o atendimento a pessoas ostomizadas. Falou do avanço na
1917 implantação das Redes Temáticas, sendo: 74% Rede de Reabilitação Física (160 Serviços de 216 +
1918 intermunicipais + 2.436 fisioterapia) - Fisioterapeutas: 29.120 - Terapeuta Ocupacional: 5.883; 93%;
1919 Rede de Reabilitação Auditiva (144 Serviços de 155 + 402 fonoterapia DA + fonoaudiologia.) -
1920 Fonoaudiólogos: 9.608 - Psicólogo: 23.245; 14% Rede de Reabilitação Visual (11 Serviços de 75 +
1921 Oftalmologia); Deficiência Intelectual (1000 Serviços). A respeito das Redes Estaduais de Serviços de
1922 Reabilitação Visual, explicou que a Portaria GM/MS nº 3128, de 24 de dezembro de 2008, estabelece
1923 normas para implantação de Serviços e diretrizes de atendimento e a Portaria SAS/MS nº 3129, de 24
1924 de dezembro de 2008 estabelece recursos financeiros para SES, SMS e DF para atendimento em
1925 reabilitação visual (impacto/ano: R\$ 39.160.835,50). Disse que o Ministério da Saúde aguarda o envio
1926 dos processos, pelas Secretarias Estaduais e a intenção é conseguir o máximo de habilitações em
1927 2010 e 2011. Falou da prevalência da deficiência visual, explicando que no mundo são mais de 161
1928 milhões de pessoas das quais 124 milhões com baixa visão e 37 milhões cegas. Para cada pessoa
1929 cega, 3,7 pessoas com baixa visão. No Brasil, a baixa visão na população geral é de 1,7% e a
1930 cegueira 0,3%. Acrescentou que a prevalência de doenças oculares que levam ao comprometimento
1931 da resposta visual cresce com o avanço da idade e taxas maiores de cegueira e baixa visão são
1932 observadas com o aumento da vida média da população. Na população com mais de 50 anos de
1933 idade, as principais causas de cegueira são: a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética e a
1934 degeneração macular relacionada à idade. Explicou que a Portaria define as Responsabilidades da
1935 Área da Saúde e de outras áreas. Destacou que o serviço prevê acompanhamento com equipe
1936 multiprofissional responsável por diagnóstico, terapêutica especializada, seleção/adaptação e
1937 concessão de recursos ópticos, habilitação/reabilitação visual, estimulação precoce e orientação e
1938 mobilidade. Disse que foram incluídos procedimentos novos com recursos novos via FAEC, sendo:
1939 treino de orientação e mobilidade, avaliação multiprofissional em deficiência visual e
1940 atendimento/acompanhamento em reabilitação visual. Explicou que o SUS oferece onze novos
1941 recursos ópticos, para atender as necessidades da população. Ressaltou que serão 75 serviços no
1942 país na lógica de referência e da participação da rede para atenção integral. Lembrou que, em 2006, o
1943 CNS solicitou a inclusão da área da pessoa com definição nas prioridades do Pacto pela Saúde.
1944 Nesse sentido, destacou que, em 2007/2008, as foram relativas à habilitação dos serviços de saúde
1945 auditiva. Em 2010/2011, as metas referem-se aos serviços de reabilitação visual. Lembrou que as
1946 metas dispostas no Pacto pela Saúde, acordadas com os gestores estaduais são 27 serviços
1947 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 Boufleur** 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

2009 www.saude.gov.br/cidadao/pessoacomdeficiencia). A respeito da reabilitação em hanseníase, frisou
2010 que a reabilitação visual é importante e faz-se necessária articulação com a média e alta
2011 complexidade para avançar. Na área de reabilitação física, destacou que é preciso garantir acesso
2012 aos equipamentos, com qualidade. Informou que o Ministério investe na implantação de oficinas
2013 ortopédicas para adaptar os equipamentos fornecidos ou fabricá-los. Ressaltou que, a princípio, serão
2014 implantadas dez oficinas, com prioridade para as Regiões Norte e Nordeste do país. Disse que a
2015 intenção é trabalhar em articulação com a área de hanseníase e, nessa linha, solicitou o apoio à
2016 iniciativa. Também destacou que é necessário formar e qualificar ortesistas e protesistas. A respeito
2017 da intersetorialidade, explicou que a agenda social, coordenada pela SDH, reúne os ministérios que
2018 desenvolvem políticas públicas para pessoas com deficiência e prioriza em cada Ministério a ação a
2019 ser desenvolvida até 2010. Destacou que a implantação das oficinas ortopédicas e a ampliação do
2020 fornecimento de órteses e próteses são metas da saúde. Também disse que há programas
2021 intersetoriais em desenvolvimento, a exemplo do Programa Interministerial BPC na escola, implantado
2022 pelo governo federal, que trabalha com a população de 0 a 18 anos que recebe benefício de
2023 prestação continuada (benefício LOA). **Manifestações.** Conselheira **Maria Thereza Antunes**
2024 cumprimentou o Ministério da Saúde pela Política que representa um avanço. Conselheiro **Volmir**
2025 **Raimondi** solicitou à Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS que
2026 disponibilize a lista dos centros de referência habilitados para enviar aos conselheiros. Conselheira
2027 **Marisa Fúria Silva** cumprimentou a coordenadora pelo avanço das ações na área das pessoas com
2028 deficiência e falou da questão dos produtos e medicamentos importados – colírios, pomadas, por
2029 exemplo – que são caros e de baixa durabilidade. Assim, perguntou de que maneira o Ministério da
2030 Saúde pode regular essa questão. A Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com
2031 Deficiência/MS, **Érika Pisaneschi**, frisou que é fundamental procurar as Secretarias de Saúde
2032 Municipais e Estaduais para saber dos centros de referência. Além disso, comprometeu-se a enviar
2033 lista dos centros de referência implantados (saúde auditiva, saúde visual e reabilitação física).
2034 Explicou que os serviços de reabilitação têm relação com a rede de oftalmologia, mas essa parte de
2035 tratamento oftalmológico clínico não é acompanhada pela Área Técnica. Conselheiro **Volmir**
2036 **Raimondi** agradeceu a Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS
2037 pelas informações e passou aos encaminhamentos. Conselheiro **Artur Custódio de Souza**
2038 apresentou os seguintes encaminhamentos: inserir o tema (atenção integral à saúde da pessoa com
2039 deficiência) no seminário de atenção básica do CNS; e propor oficina do CNS, da SAS e da SGEP
2040 com os sapateiros para discutir a questão voltada à reabilitação (sapatarias – profissão de sapateiro
2041 como auxiliar na saúde). A Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS,
2042 **Érika Pisaneschi**, disse que é fundamental incorporar o debate sobre saúde atenção integral à saúde
2043 da pessoa com deficiência no seminário de atenção primária, vez que é preciso avançar nesse nível
2044 de atenção. A respeito da oficina, sugeriu a incorporação dos sapateiros, ortesistas e protesistas.
2045 Conselheiro **Volmir Raimondi** lembrou que, na reunião ordinária de novembro de 2010, o GT de
2046 Órteses e Próteses apresentará o relatório do seu trabalho e muitas das questões colocadas serão
2047 respondidas. A propósito, sugeriu que a proposta de oficina seja discutida no GT e na reunião
2048 ordinária de novembro. Além disso, propôs enviar à Mesa Diretora, para apreciação na próxima
2049 reunião, da proposta de inserir o tema “saúde integral da pessoa com deficiência” no seminário de
2050 atenção básica do CNS. Por fim, propôs que o CNS recomende ao CONASS e ao CONASEMS que
2051 trabalhem essa questão com os gestores para implantar essa Rede de reabilitação. **Deliberação:**
2052 **apreciar na reunião da Mesa Diretora a proposta de inserir o tema “saúde integral da pessoa**
2053 **com deficiência” no seminário de atenção básica do CNS; e recomendar ao CONASS e ao**
2054 **CONASEMS que trabalhem essa questão com os gestores para implantar essa Rede de**
2055 **reabilitação.** Finalizando, Conselheiro **Volmir Raimondi** agradeceu a Coordenadora da Área Técnica
2056 de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS e manifestou o anseio pela efetivação da política. Diante da
2057 exigüidade de tempo, o Plenário transferiu o debate da Resolução nº. 333/03 para a próxima reunião
2058 do CNS. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** apresentou a seguinte sugestão de pauta para a próxima
2059 reunião do CNS: avaliação da triagem neonatal ou efetividade da atenção à doença falciforme.
2060 Conselheiro **José Carrijo Brom** justificou que não poderá participar da próxima reunião do CNS por
2061 conta da eleição da Federação Interestadual dos Odontologistas - FIO no dia 6 de outubro de 2010.
2062 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** solicitou informe da campanha contra a hanseníase, parceria
2063 CNBB e Ministério da Saúde. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** informou que no dia 10 de
2064 outubro de 2010 a CNBB realizará ato contra a hanseníase e está negociação o anúncio informativo
2065 desse ato na TV Globo. Considerando se tratar de uma articulação feita via CNS, consultou o Plenário
2066 sobre a possibilidade de inclusão da logomarca do Conselho, junto com as demais parceiras, no final
2067 do anúncio na TV Globo. Também informou que haveria um ato de abertura na semana do dia 10 de
2068 outubro e solicitou a presença do Presidente do CNS e uma declaração para incluir no release para a
2069 imprensa. **Deliberação: a proposta foi acatada.** Na seqüência, a mesa retomou o debate do

2070 Seminário Nacional de Atenção Primária em Saúde e sobre As Relações Público X Privado no
2071 Sistema Único de Saúde, de 3 a 6 de Novembro de 2010. Primeiro, a Secretaria-Executiva do CNS
2072 recuperou que o Plenário aprovou a parte da programação do seminário relativa à “*Atenção Primária*
2073 *em Saúde*”, com as seguintes alterações: 1ª mesa - Panorama da atenção primária à saúde no Brasil
2074 – visão do usuário, trabalhador e gestor (CONASEMS); 2ª mesa – Experiências Internacionais –
2075 Canadá e mais dois países do MERCOSUL e UNISUL. As secretarias SGEP e SGTES, junto com o
2076 SAS, verificarão a possibilidade de custear a vinda dos convidados internacionais. Nesse momento, foi
2077 retomado o debate da primeira mesa e foi sugerida a inclusão do CONASS e Ministério da Saúde.
2078 **Deliberação:** *Após debate, o Pleno aprovou a parte da programação do seminário relativa à*
2079 *“Atenção Primária em Saúde”*, com alterações, nos seguintes termos: Dia 3 de novembro: Mesa
2080 de abertura; 10 às 13h - 1ª mesa - Panorama da atenção primária no Brasil – visão do usuário,
2081 trabalhador, Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS; período da tarde - 2ª mesa –
2082 Experiências Internacionais (verificar quantas experiências a partir da disponibilidade de
2083 tempo. Sugestões: experiência do Canadá e de mais dois países do MERCOSUL e UNISUL). 4
2084 de Novembro de 2010. 08h30 – 10h - Desafios da Gestão na atenção primária na perspectivas
2085 dos princípios e diretrizes do SUS. Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS, CONASS e
2086 Ministério da Saúde. Debatedoras: Dra. Maria Inês de Sousa Bravo e Ligia Bahia. 10h – 12h
2087 Debate. 12h - 14h Almoço. 14h - 15h - Controle Social como Garantia para a qualidade e
2088 resolutividade da Atenção Primária em Saúde. Coordenação: CNS. Palestrante: CONASEMS.
2089 Debatedoras: Jurema Werneck e Maria Helena Balgarten. 15h – 16h – Debate. 16h - 16h30 –
2090 Intervalo. 16h30 - 18h30 - Propostas para a Atenção Primária em Saúde. Coordenação: CNS.
2091 Palestrante: CONASEMS, CONASS, CNS e Ministério da Saúde. As secretarias SGEP e SGTES,
2092 junto com o SAS, verificarão a possibilidade de custear a vinda dos convidados internacionais,
2093 pois o CNS não dispõe de recurso para esse fim. Conselheiro Volmir Raimondi recuperou que no
2094 debate do item anterior (Item 10 – A Política de Reabilitação Visual) o Plenário deliberou por incluir
2095 debate sobre a atenção à saúde da pessoa com deficiência no seminário. **Deliberação:** acordou-se
2096 que o tema “saúde integral da pessoa com deficiência” no seminário de atenção básica do CNS
2097 deverá ser contemplado no debate geral, vez que não serão contemplados debates de questões
2098 específicas no seminário. Na sequência, a Secretaria-Executiva do CNS apresentou a segunda
2099 parte da programação do seminário “As relações público X privado no Sistema Único de Saúde”.
2100 **Deliberação:** a segunda parte da programação do seminário relativa a “As relações público X
2101 privado no Sistema Único de Saúde” foi aprovada, com sugestões, nos seguintes termos: 5 de
2102 Novembro de 2010. 9h - 10h - Conferência “Discutir as relações público x privado no Sistema
2103 Único de Saúde – SUS”. Coordenação: Conselheiro Francisco Batista Junior. Palestrantes:
2104 Márcio Pochemamm ou Sara Granemann ou Carlos Neder. 10h - 12h30. Mesa - 10h – 11h30 - Os
2105 Desafios da Relação Público x Privado nas ações e serviços do Sistema Único de Saúde.
2106 Coordenação: CNS. Palestrantes: CONASEMS, CONASS e Ministério da Saúde. Debatedores:
2107 Tribunal de Contas da União e CNS. 11h30 - 12h30 Debate. 12h30 - 14h Almoço. 14h – 16h -
2108 Mesa 14h - A Relação Público X Privado na Gestão de Serviços de Saúde. Coordenação: CNS.
2109 Palestrantes: CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde. Debatedores: Ministério Público da
2110 União e CNS. 16h - 18h – Debate. 6 de Novembro de 2010. 9h – 10h30 – Gestão do trabalho em
2111 saúde – avanços e desafios. Coordenação: CNS. Palestrantes: CONASS, CONASEMS,
2112 Ministério da Saúde. Debatedores: Controladoria Geral da União e CNS. 10h30 - 12h Debate.
2113 12h - 14h – Almoço. 14h - 17h – Encaminhamentos. A Secretaria-Executiva do CNS, Rozângela
2114 Fernandes Camapum, reiterou a solicitação de que a representação do Ministério da Saúde no CNS
2115 busque financiamento para a participação dos convidados internacionais. Conselheiro Geraldo Adão
2116 Santos propôs que, nesse seminário, seja reservado espaço para apresentação de atores populares
2117 que falam sobre o SUS. Conselheiro Volmir Raimondi registrou a denúncia de falta de medicamento
2118 para esclerose múltipla em São Paulo (em agosto, faltou por 20 dias e, em setembro, falta por 14 dias)
2119 e solicitou providências dos órgãos responsáveis a esse respeito. Conselheiro Francisco Batista
2120 Júnior destacou que essa questão pode e deve ser aprofundada no CNS. Inclusive, informou que a
2121 Conselheira Rosângela Santos propôs articulação com os conselhos afins para mobilização em prol
2122 da audiência com o Deputado Michel Temer, Presidente da Câmara dos Deputados, para tratar da
2123 alteração do PL sobre assistência farmacêutica. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, o
2124 Presidente do CNS encerrou os trabalhos agradecendo a presença de todos e aos que
2125 acompanharam a reunião em tempo real. Estiveram presentes no segundo dia de reunião: Titulares -
2126 Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M.
2127 de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Edemilson Canale, Fernanda Lou Sans Magano,
2128 Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Geraldo Alves Vasconcelos, João Donizeti
2129 Scaboli, José Carrijo Brom, José Marcos de Oliveira, José Rubens Rebelatto, Manoel Messias
2130 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, Juares 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.**