



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA DUCENTÉSIMA TRIGÉSIMA OITAVA REUNIÃO ORDINÁRIA DO  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

Aos nove e dez dias do mês de outubro de dois mil e doze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omitton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Ducentésima Trigésima Oitava Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A reunião iniciou-se às 9h20 e a mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **Clóvis Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS e pelo Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira**. Após cumprimentar os presentes e os internautas que acompanhava a reunião em tempo real, a mesa procedeu ao primeiro item da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 238ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA 49ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA 237ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - Primeiro, conselheiro Clóvis Boufleur fez a leitura da pauta da reunião que foi aprovada com a exclusão do tema DST AIDS (item 3), que será pautado na próxima reunião do CNS (nesse item, deverá ser tratada também a questão das hepatites virais). Acordou-se que as atas seriam apreciadas posteriormente a fim de possibilitar aos conselheiros a avaliação do texto. **ITEM 2 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH/MEC – (Lei nº 12.550/2011)** - Composição da mesa: **Jeanne Liliane Marlene Michel**, diretora de Departamento de Gestão de Pessoas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH/MEC; **Arthur Goderico Forghieri Pereira**, Assessoria de Planejamento e Avaliação - EBSERH; **Janine Vieira Teixeira**, coordenadora geral da Federação de Sindicatos de Trabalhadores em Educação das Universidades Brasileiras – FASUBRA. Coordenação: conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, da Mesa Diretora do CNS. Composta a mesa, o representante da EBSERH, **Arthur Goderico Forghieri Pereira**, fez uma exposição detalhada sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH/MEC. Começou a sua apresentação explicando que os hospitais universitários federais são unidades de atendimento hospitalar, mantidas por universidades federais, que têm como objetivo garantir a formação dos profissionais de saúde e prestar assistência à saúde da população. Disse que são 46 hospitais universitários distribuídos nas cinco regiões do país: Sudeste (ES, MG, RJ, SP): 16; Nordeste (AL, BA, CE, MA, PB, PE, PI, RN, SE): 15; Sul (PR, RS, SC): 7; Centro-Oeste (DF, GO, MT, MS): 05; e Norte (AC, AM, AP, PA, RO, RR, TO): 3. Como marco histórico, recuperou que, em 2010, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que realizou diagnóstico e identificou problemas dos hospitais como dívidas, leitos desativados, gestão incipiente e precariedade na força trabalho: quantitativo e vínculo empregatício/contratos irregulares. Detalhou que o REHUF 2010/2011 tem por objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde. Destacou como resultados recentes do Programa: revisão do financiamento da rede, com aumento do aporte de recursos financeiros, melhorias na infraestrutura (R\$ 170 milhões) e parque tecnológico (R\$ 162 milhões); aumento na eficiência da gestão, com implantação de pregões para compras centralizadas e economia de R\$ 180 milhões; e desenvolvimento do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Em relação a recursos humanos, disse que, do total de 69.784 trabalhadores (profissionais de saúde), 37,12% (25.907) estão de forma irregular na rede. Explicou que os órgãos de controle têm tomado medidas para enfrentar a situação e destacou as seguintes: Acórdão TCU 1.520/2006; Acórdão TCU 2.731/2008; Acórdão TCU 2.813/2009; e Acórdão TCU 636/2012. Detalhou que o Acórdão do TCU 1.520/2006 trata da prorrogação, até 31/12/2010, dos prazos fixados por deliberações anteriores do TCU para a substituição de terceirizados por servidores concursados. O Acórdão do TCU 2.731/2008 define restrições ao relacionamento entre Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) e fundações de apoio. Fez um destaque também ao Acórdão 2.813/2009 que, após avaliar aspectos positivos, negativos e controversos conclui que deve ser construído um modelo institucional específico para os hospitais universitários, que: possibilite exercício da autonomia administrativa e gerencial; permita instituição de mecanismos de valorização institucional e gerencial; contenha mecanismos de responsabilização; e mantenha o vínculo acadêmico com as IFES, dadas as vertentes de ensino e pesquisa ínsitas aos hospitais universitários, e permita integração com a rede do SUS. Em 2012,

58 explicou que o Acórdão TCU nº. 636 autorizou a realização de auditoria nos hospitais universitários  
59 existentes no Brasil com enfoque nos controles administrativos da área de licitações e contratos,  
60 obedecendo ao critério mínimo de um hospital por Estado. Segundo o presidente do Tribunal, ministro  
61 Benjamin Zymler, a decisão foi motivada pela reportagem do programa Fantástico, da TV Globo, que  
62 filmou atos de corrupção explícita, com oferta de suborno, combinação de propostas e  
63 superfaturamento de preços, nas negociações do hospital universitário do Rio de Janeiro com  
64 dirigentes de quatro empresas. "Casos como esses são detectados com frequência indesejada nos  
65 trabalhos de fiscalização deste Tribunal", lamentou o ministro. (Agência Estado). Explicou que autorias  
66 estão ocorrendo e os resultados apontam a situação de fragilidade dos hospitais universitários. Diante  
67 da precariedade de recursos humanos nos Hospitais Universitários Federais, salientou que a solução  
68 apontada pelo governo federal foi a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH,  
69 Lei nº. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Detalhou que, nos termos da Lei n.º 12.550/2011, fica o  
70 Poder Executivo autorizado a criar empresa pública unipessoal, denominada Empresa Brasileira de  
71 Serviços Hospitalares - EBSERH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio,  
72 vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. Além disso, a lei define que  
73 a EBSERH terá seu capital social integralmente sob a propriedade da União. A EBSERH terá por  
74 finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médica-hospitalar, ambulatorial e de apoio  
75 diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de  
76 ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-  
77 aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207  
78 da Constituição Federal, a autonomia universitária. Também as atividades de prestação de serviços de  
79 assistência à saúde estarão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do SUS (Art. 3º, § 1º).  
80 Salientou que cada um dos HUF deverá ser capaz de prestar assistência de excelência no atendimento  
81 às necessidades de saúde da população na qual está inserido, de acordo com as orientações do SUS e  
82 oferecer condições adequadas para a geração de conhecimento de qualidade e para a formação dos  
83 profissionais dos diversos cursos da universidade a qual pertence. Detalhou que a implantação da  
84 EBSERH segue os seguintes passos: 1) adesão/contrato; 2) diagnóstico conjunto (IFES/EBSERH); 3)  
85 estabelecimento de metas para hospital; 4) escolha da equipe de governança; 5) treinamento da  
86 equipe; e 6) apoio e monitoramento. Em relação às equipes de governança, explicou que serão  
87 constituídas em comum acordo entre a universidade e a EBSERH, sendo que o superintendente do  
88 hospital será indicado pelo reitor. As equipes deverão ser constituídas após a assinatura do termo de  
89 adesão ao projeto e desempenharão três funções estratégicas: 1) proceder ao diagnóstico *in loco*,  
90 alimentando o sistema informatizado; 2) elaborar, em conjunto com a equipe da empresa, o projeto de  
91 mudança de modelo da gestão hospitalar; e 3) implantar o projeto. Disse que, até o mês agosto de  
92 2012, 25 hospitais universitários federais aderiram à EBSERH em 16 instituições. Por fim, destacou que  
93 os resultados esperados são modernização da gestão, reestruturação da força de trabalho física e  
94 tecnológica, qualificação da gestão financeira e orçamentária visando a excelência na atenção à saúde  
95 e na formação profissional. Na sequência, expôs sobre o tema a coordenadora geral da FASUBRA,  
96 **Janine Vieira Teixeira**, farmacêutica bioquímica do hospital universitário da UFES, militante da Frente  
97 Nacional contra a Privatização da Saúde. Começou explicando que, em 2005, foi iniciada no Espírito  
98 Santo uma campanha em prol dos hospitais universitários por conta da situação precária dessas  
99 instituições e da falta de solução por parte do MEC. Contextualizando, enumerou os seguintes marcos  
100 históricos que justificam a criação da EBSERH: 2004 – Portaria 1000 - certificação dos HU (entre outros  
101 aspectos, determinava o prazo de 2 a 4 anos para que não houvesse mais leitos privados, mas a  
102 Portaria não se cumpriu e os hospitais foram certificados); 2005 - tentativa de transferência da folha de  
103 pagamento do pessoal técnico-administrativo para a folha de pagamento do Ministério da Saúde e  
104 Projeto de Reforma Universitária que destaca a impossibilidade de manter pessoal técnico-  
105 administrativo nos hospitais universitários; 2006 - suspensão dos concursos para os Hospitais  
106 Universitários; TCU - Acordão 1.520/06 – determina a substituição dos terceirizados; 2007 - o governo  
107 apresenta a proposta de Fundação “Estatal” de Direito Privado (FEDP); 2008 e 2009: 1 - REHUF: a)  
108 Pagamento de Adicional de Plantão Hospitalar que ainda causa grande crise nos Hospitais; b) CTU -  
109 Contrato Temporário da União apenas para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, mas não  
110 aconteceu; c) Proposta de nova Carreira para os HU – não aconteceu. 2 - As FEDP: começam a ser  
111 implantadas nos Estados como Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe, Rio Grande do Sul, etc. 3 - Publicação  
112 da Portaria nº. 4 do MEC que criou as Unidades Gestoras dos HU. 2010: 1 - O governo realiza  
113 seminário internacional financiado pelo Banco Mundial para discutir novos modelos de gestão para os  
114 HU; 2 – no final do ano foi editada a MP 520, criando a EBSERH, uma Empresa de direito Privado.  
115 2011 - Aprovada a criação da EBSERH. 2012 – Portaria nº. 442 – extinção da Coordenação dos  
116 Hospitais Universitários no MEC - funções transferidas para EBSERH. Destacou que, diante da  
117 extinção das coordenações, os hospitais universitários, mesmo não tendo aderido à EBSERH, só se  
118 relacionam com a empresa, o que é muito grave. Detalhou que, até a implantação da EBSERH, os  
119 principais pontos de debate no MEC eram: Qual a real dívida dos HU, e quais os motivos? (por conta

da falta de recursos, o hospital utilizava o recurso do SUS para pagamento de pessoal); Qual é o custo de manutenção de um HU (assistência – ensino)? Qual o tamanho ideal de um hospital escola: número de leitos, número de trabalhadores? E os valores pagos pelo SUS cobrem os custos dos procedimentos? Destacou que o caráter “público” da empresa pública de direito privado sustenta a farsa, porque não se trata de uma empresa pública, estatal, gratuita. Nessa linha, lembrou que, nos termos do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, empresa pública é entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criado por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito”. (Redação dada pelo Decreto-Lei nº 900, de 1969). Frisou que o atual governo segue a proposta do então Ministro Bresser Pereira de transferência dos serviços para iniciativa privada e, hoje, no Brasil, empresas públicas são criadas como Sociedade anônima, com 100% de capital do estado, mas são abertas à transformação futura em sociedades de economia mista. A personalidade é de direito privado e suas atividades se regem pelos preceitos comerciais. Acrescentou ainda que a EBSERH está pautada na Lei Orgânica da Administração Pública, elaborada pelo PT/MPOG. Sobre a EBSERH e as universidades, explicou que se trata de uma imposição, porque os hospitais que decidirem não aderir à empresa receberão apenas os recursos do REHUF, sem contratação de pessoal. Portanto, trata-se de um ataque à autonomia universitária e à indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. A respeito da EBSERH e a formação dos profissionais de saúde, destacou que a Empresa aprofunda o modelo de formação curativo e hospitalocêntrico e o imaginário de que saúde só se faz com o profissional médico. Salientou que o MEC, em nenhum momento, propõe uma mudança curricular com vistas à construção no SUS, de uma política de saúde preventiva e intersetorial. Acrescentou a essa questão o crescimento expressivo de faculdades privadas de Medicina no país. Sobre a EBSEH e o SUS, avaliou que, em muito breve, os hospitais universitários do país seguirão o modelo de criação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde parte dos serviços é entregue à iniciativa privada, ou seja, o patrimônio público dos hospitais universitários será entregue à empresa privada. Além disso, ressaltou que a administração será realizada por grupos e partidos políticos para atender interesses próprios e não o da coletividade. Ainda mais grave, frisou que a maior rede pública de média e alta complexidade do país será entregue a iniciativa privada, sem controle social. Explicou que o conselho consultivo da EBSERH possui apenas um representante dos usuários indicado pelo CNS e o conselho fiscal é composto apenas por representantes do governo. A respeito da EBSERH e seus trabalhadores, explicou que o regime será o da CLT, com fim do RJU, da estabilidade; ou seja, a empresa pode admitir e demitir quando quiser. A esse respeito, frisou que os profissionais que cuidam de vidas e da formação de profissionais de saúde necessitam da estabilidade no emprego e vínculo com a instituição para garantir a formação, a qualidade e a continuidade do exercício profissional. No seu modo de ver, outro problema refere-se à diferenciação salarial dos trabalhadores de nível superior, com salários de mercado, além da carreira de Médico e Enfermeiro, carreira dos demais profissionais de nível superior, carreira de nível técnico e nível médio. Salientou ainda que, nos termos do Regimento da EBSERH, o Conselho de Administração contará apenas um representante dos empregados e respectivo suplente, na forma da Lei nº. 12.353, de 28 de dezembro de 2010, e não participará das discussões e deliberações sobre assuntos que envolvam relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens, inclusive assistenciais ou de previdência complementar, hipóteses onde fica configurado o conflito de interesses, sendo tais assuntos deliberados em reunião separada e exclusiva para tal fim. No mais, disse que a progressão se dará por antiguidade e avaliação de desempenho e será definido posteriormente o sindicato que representará os empregados da EBSERH para quaisquer negociações relativas ao plano. A respeito da EBSERH e a terceirização, esclareceu que os setores dos hospitais universitários que já eram terceirizados como zeladoria, transporte, manutenção, nutrição e outros, permanecem terceirizados. Além disso, frisou que a inexistência de controle social garante que a Empresa tenha maior liberdade para intensificar esses processos de precarização do trabalho. Além disso, salientou que, nos termos do Regimento Interno da Empresa, o Conselho de Administração possui por competência, entre outras, deliberar, mediante proposta da Diretoria Executiva, sobre o regulamento de licitação; desobedecendo a Lei de licitações, 8.666/93. A respeito do concurso público, explicou que no início o ingresso de novos trabalhadores se dará por meio de processo seletivo simplificado e por contrato temporário de 2 anos, podendo ser prorrogado por igual período. Posteriormente, a diretoria executiva da EBSERH fará as normas do concurso. Para reflexão, perguntou se o problema que permeia a educação e a saúde é de gestão ou de financiamento. Na linha de tentar responder a esse questionamento, explicou que, em 2011, o gasto em saúde foi 4,07% dos recursos da União e, para 2012, os gastos se reduzem a 3,98%. Por outro lado, explicou que o Hospital de Clínica de Porto Alegre, em 2011, teve um orçamento público de R\$ 432.590.086,00 e perguntou se haverá este montante de recursos para todos os HU. Ainda em relação a financiamento, lembrou que o governo vetou a proposta de 10% de recursos da União para Saúde (EC nº. 29). Ressaltou também que até abril de 2012 a dívida do país consumiu R\$ 369 bilhões = 58% do gasto federal (R\$ 3 bi/dia).

182 Acrescentou que os procedimentos de média e alta complexidade são realizados em hospitais privados  
183 e cada vez mais os serviços de saúde são repassados à iniciativa privada (OS, OCIPS, FEDP,  
184 EBSERH, etc). Ademais, cresce diariamente a demanda por exames especializados que,  
185 invariavelmente, são realizados pela iniciativa privada e falta um projeto de carreira para os  
186 trabalhadores do SUS. Em conclusão, disse que há uma crise relativa à gestão e financiamento que  
187 precisa ser enfrentada. Também salientou a participação dos trabalhadores e usuários nas diversas  
188 instâncias de construção do SUS (Comissões, mesas e grupos de trabalho do Ministério da Saúde) e  
189 construção de Políticas de Saúde, tais como: PCCS-SUS, Protocolo de Desprecarização, Protocolo de  
190 Cedência, etc. Finalizando, enumerou as propostas da FASUBRA acerca do tema: ADIn contra a  
191 EBSERH; luta contra a EBSERH nos conselhos universitários; mudança do modelo curricular dos  
192 cursos da área da Saúde com vistas à efetivação do SUS; mudança no modelo de atenção à saúde,  
193 com a prática de promoção à saúde e com as necessárias ações intersetoriais; implementação de um  
194 Plano de Carreira para o SUS, baseado nas diretrizes do PCCS-SUS; definição das políticas de  
195 educação e saúde como Políticas de Estado, e não de governos; e financiamento dos HU pelo MEC,  
196 Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia. Finalizando, disse que o CNS deve se  
197 insurgir contra a situação e defendeu uma posição contrária ao Conselho à EBSERH. Concluídas as  
198 intervenções, a mesa abriu o debate e os primeiros a intervir foram os representantes da Frente contra  
199 a Privatização do SUS. A representante da Frente, Inês, saudou o CNS e registrou os seguintes pontos  
200 do documento da FASUBRA sobre a EBSERH: a Empresa configura terceirização dos hospitais  
201 universitários, o que é inconstitucional; desrespeito material à autonomia universitária definida  
202 constitucionalmente e à característica nata dos HU de serem instituições de ensino vinculadas às  
203 universidades; ameaça ao caráter público dos serviços de educação e saúde; flexibilização dos  
204 vínculos de trabalho e abertura de precedente para a não realização de concurso público; e desrespeito  
205 ao controle social. A representante da Frente contra a Privatização do SUS, **Fátima**, salientou que o  
206 desfinanciamento resulta de uma política de destruição dos hospitais universitário e esclareceu que a  
207 UFRJ não decidiu aderir à Empresa, mas sim iniciar diálogo a respeito. Também ressaltou que a  
208 EBSERH poderá associar-se à iniciativa privada, o que causa grande preocupação e frisou que a  
209 proposta da Empresa não foi discutida democraticamente com as instituições de ensino e controle  
210 social. Por fim, disse que o MEC não deve insistir na proposta como uma solução, porque, entre outros  
211 aspectos, é contra deliberação da 14ª CNS. Conselheira **Jurema Werneck** manifestou a sua decepção  
212 com uma proposta que desrespeita a saúde pública e não foi discutida com as bases e os  
213 representantes da sociedade. Disse que o resultado das eleições e as recentes decisões do STF  
214 demonstram o descontentamento com a situação atual e apontam a necessidade de mudanças.  
215 Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** destacou que a ideia disseminada entre os gestores de que a  
216 administração direta é improdutiva é utilizada para justificar a criação de “inovações”. E como saída  
217 para essa situação, são definidas políticas de governo e não de Estado, sem a perspectiva de  
218 aprimorar a administração em seus instrumentos. Lembrou que, legalmente, uma empresa pública  
219 existe para explorar uma questão econômica e, no caso da EBSERH, perguntou qual a atividade  
220 econômica será explorada. Ainda na linha da reflexão, fez os seguintes questionamentos: Qual é a  
221 garantia de que o apoio não será utilizado para substituir trabalhador e professor da rede pública? Qual  
222 será o controle social sobre a Empresa? Quais seriam as instâncias de controle social da Empresa? Na  
223 sua avaliação, a Empresa utilizará a dupla porta como uma forma de exploração econômica e traz o  
224 risco de colocar o SUS na perspectiva de mercadoria e não de direito social. Nesses termos, para além  
225 de posicionamento claro do Plenário, sugeriu que o CNS apoie a ADIn contra a EBSERH. Conselheiro  
226 **Francisco Batista Júnior** classificou o momento como um dos mais graves da história recente do  
227 Brasil, por entender que está em debate o futuro do controle social do país. Lembrou que o CNS e as  
228 conferências nacionais de saúde manifestaram-se contra as fundações de direito privado e o MS  
229 liberou milhões para falida fundação de direito privado da Bahia para tentar salvá-la. Disse que está em  
230 foco o Estado que se deseja para o país e, a julgar pelas decisões do governo federal, o interesse é por  
231 um Estado a serviço do interesse privado em todas as áreas. Ressaltou que a proposta da EBSERH é  
232 autoritária, elaborada sem a participação do controle social e, por essas e outras, defendeu que o CNS  
233 se posicione em favor da ADIn a ser impetrada no Supremo. Lembrou que todos os espaços são contra  
234 a EBSERH e o governo continua a implementar a proposta. Estranhou que a moção contra a EBSERH,  
235 aprovada na última reunião, não tenha sido divulgada no site do CNS e que a transmissão da reunião  
236 não estivesse ocorrendo naquele momento (a propósito, foi esclarecido que, em virtude de problemas  
237 técnicos, a transmissão ocorria por outro canal). Por fim, informou que havia sido distribuída proposta  
238 de resolução a ser apreciada pelo CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** manifestou insatisfação  
239 com a não inclusão da moção contra a EBSERH, aprovada na última reunião, no site do CNS e  
240 lastimou a ausência do presidente a Empresa, lembrando que o debate foi adiado a fim de garantir a  
241 participação dele naquela reunião. Também destacou que o fundamento para criação da Empresa foi a  
242 precariedade dos recursos humanos dos HU e perguntou por que a saída não foi investir nos hospitais  
243 com aplicação de recursos. Considerando que a lógica de mercado é o lucro, perguntou como o

mercado irá operar o direito à saúde e à educação. Também salientou que a “adesão” à EBSERH é obrigatória porque os Hospitais que não aderirem não terão condições de continuar funcionando. Frisou que é hora de o Conselho optar por uma saúde como direito ou como mercadoria e lembrou que o CNS foi incluído no conselho consultivo da Empresa sem consulta prévia. Também registrou que a operadora AMIL foi comprada por grupo internacional, o que vai de encontro à Constituição Federal. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** avaliou que a proposta não é uma inovação, mas sim a execução do projeto neoliberal iniciado no governo Bresser, em 1997 e frisou que a ação do controle social é essencial no enfrentamento da tentativa do capital estrangeiro de privatizar os hospitais, como ocorre na América como um todo. Avaliou que a crise na saúde do país é reflexo do pouco investimento do setor público, que é menos de 4%, portanto, o problema é falta recurso, além de gestão comprometida. No mais, disse que a atuação do mercado levará à extinção da isonomia e trará o risco transformar as vagas de estágios nos HU em balcão de negócios como já ocorre nos campos clínicos de prática. Conselheira **Lorena Baía** registrou a sua indignação com o desrespeito às deliberações do CNS e destacou a moção de repúdio à EBSERH, aprovada na última reunião. Avaliou que a EBSERH é uma empresa privada revestida de pública, com foco nos profissionais médicos e enfermeiros, o que leva ao enfraquecimento da equipe multiprofissional. Também chamou a atenção para a falta da prevenção quaternária nos locais administrados pela EBSERH, expondo o usuário a risco desnecessário, além de medicalização. Conselheira **Maria Crishina Pedro Biz** destacou que a busca deve ser por serviços de eficiência e qualidade, mas isso não deve ser o fim. Também citou um trecho do artigo de Eric Hobsbawm por considerar que havia relação com o debate: “É preciso convicção que o crescimento econômico é um meio e não um fim...o fim é o que faz a vida, as oportunidades de vida e esperanças das pessoas... A prova de uma política progressista não é privada, mas pública, não só de renda crescente e consumo para indivíduos, mas que amplie as oportunidades”. A representante da Frente, **Valéria**, ressaltou que a EBSERH aprofunda a precarização e defendeu o acordo com o TCU, em 2006, pela realização de concurso público, pelo Regime Jurídico Único. Também solicitou que o CNS se posicione sobre a Portaria 442, que institui a EBSERH dentro do MEC, contrariando as deliberações inclusive do CNS. No mais, destacou que a Universidade do Paraná rejeitou a proposta da Empresa e outras possuem apenas carta de intenção do reitor. Também informou que no dia 3 de outubro foi realizada manifestação no país contra a EBSERH (dia nacional de luta contra a Empresa). Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** disse que a Empresa é uma “maquiagem” do que existe hoje e citou que no HU da Paraíba em uma área destinada à Empresa de saúde funciona um banco. Disse que a FASUBRA vem lutando contra a proposta desde a publicação da MP nº. 520/2012 e destacou que a mercantilização na saúde reflete em outros espaços – formação, estágio, entre outros. Também salientou que merecem a atenção o adoecimento dos profissionais de saúde que trabalham nos hospitais universitários e os prejuízos ao atendimento à população. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** registrou a presença da representação da ANDES. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** avaliou que há um movimento intencional de precarização dos HU para justificar a terceirização e marcou posição contrária a qualquer forma de privatização, além de defesa do concurso público e cuidado aos trabalhadores. Além disso, salientou a importância de garantir o direito de o trabalhador escolher a que entidade se filiar e reiterou a necessidade de apoiar a proposta de ADIn. Conselheiro **João Rodrigues Filho** disse que acompanhou o debate sobre a EBSERH em diversos espaços, manifestando posição contrária e, no debate do CNS, propôs moção de repúdio contra a criação da Empresa, que foi aprovada. Também aproveitou para reiterar os protestos contra a Empresa. Também dividiu o seu tempo com a representante da ANDES, Terezinha, que manifestou preocupação com a privatização dos HU e perguntou como ficará a questão pedagógica dessas unidades, que também são escolas, diante da privatização. Conselheiro **Willen Heil e Silva** salientou que o estado de direito consequário de igualdade não pode viver com o estado de miséria e acrescentou que mais miserável do que os miseráveis é a sociedade que não consegue acabar com a miséria. Disse que é preciso fazer valer as resoluções do CNS que solicitam a revogação dos dispositivos contra privatização de atividades fins como a EBSERH e outras. Também perguntou como ter sucesso quando os resultados das ações não ocorrem e quando o CNS será incluído no processo de elaboração de políticas, programas, colocando-as em consultas antes da publicação. Reiterou que o Conselho espera contribuir para que o SUS dê certo e perguntou até quando situações como essa irá acontecer. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** registrou que Federação é contra a EBSERH por entender que significa a captura do direito da saúde pelo mercado. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** registrou a sua indignação com o desrespeito às deliberações do CNS e avaliou que o CNS deve somar-se ao movimento em favor da ADIn contra a Empresa. Também sentiu falta da representação do MEC, do Presidente da EBSERH e do Presidente do CNS nesse debate, o que, na sua visão, também configura desrespeito a todos os presentes. A representante da Frente Contra a Privatização, **Vânia Machado**, lembrou que uma das justificativas para criação da EBSERH foi a não demissão dos trabalhadores fundacionais, mas esses profissionais não têm garantia de emprego com a Empresa. Também destacou que o contrato de trabalho não garante a eficiência e os serviços, haja

vista o que ocorre nas empresas privadas. Salientou que o regime jurídico único não é o problema, mas sim, uma política nefasta do governo. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** começou salientando que é preciso criar condições para que as universidades públicas formem profissionais de saúde. Disse que os Ministros da Saúde e da Educação deveriam estar ali para encarar aquele debate com a sociedade uma vez que, pelo demonstrado, a intenção é entregar o patrimônio público ao setor privado. O representante da Coordenação Nacional da Executiva de Farmácias, Joao Vitor, registrou a indignação da juventude com a proposta e a posição contrária das Executivas de Saúde à EBSERH. Ressaltou que a juventude continuará a lutar por uma saúde pública, gratuita e de qualidade. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** avaliou que a proposta aplica a norma neoliberal que parte do princípio esdrúxulo de que o progresso parte da redução de direitos. Salientou que é evidente a necessidade de melhorias na gestão dos hospitais, mas a opção política de retirar dos funcionários a garantia do regime jurídico único reflete a lógica neoliberal com a qual não se deve concordar. Avaliou que a posição do CNS deve ser de combate à proposta da EBSERH, com apoio à ADIn e acompanhamento das unidades que se recusam a aderir à Empresa. Também disse que o Conselho deve condenar a dupla porta de hospitais de clínicas de Porto Alegre e solicitar formalmente ao MEC informações sobre a verba de cada um dos HU, quantidade de leitos e total de verba por eleito. Finalizando, frisou que é preciso acompanhar o debate e o CNS deve se colocar à altura da realidade política do país. Conselheira **Eliane Aparecida do Cruz** começou a sua fala esclarecendo as seguintes questões colocadas nas falas dos conselheiros: a representação dos trabalhadores é de opção do próprio trabalhador; a Presidente da República não vetou a proposta de 10% da saúde e o tema está em debate; ADIn – as entidades possuem as suas posições políticas e, de um modo geral, esse tipo de Ação não é feita por meio do CNS; leitos e dupla porta de entrada nos hospitais – é consenso a posição contrária a esse respeito e, em agosto, o CNS aprovou resolução contra a privatização de leitos públicos (essa posição contribui para impedir a privatização de 25% dos leitos públicos de São Paulo); conselho consultivo da EBSERH – o CNS pode solicitar a exclusão de representante do Colegiado. Feitos esses esclarecimentos, defendeu que o CNS aprofunde o debate sobre marco regulatório de gestão, considerando questões já aprovadas e em funcionamento e temas como RJU, Lei de Responsabilidade Fiscal, entre outros. Conselheiro **Ubiratan Cassano** destacou que a EBSERH fere a autonomia das universidades, pois se os conselhos universitários não aprovarem a proposta, os HU dessas instituições ficarão sem recursos. Salientou que esse fato tem causado pressão à comunidade acadêmica. Além disso, salientou que não se deve recuar em relação ao sistema de RJU, pois essa foi uma conquista do movimento brasileiro de saúde e uma conquista do povo brasileiro. Portanto, disse se tratar de uma agressão à saúde pública e, se for mantida, os principais prejudicados serão os usuários do SUS. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** registrou que mais uma vez são apresentadas iniciativas de governo que vão de encontro aos interesses dos usuários do SUS e às deliberações do Conselho. Portanto, avaliou que o CNS deve ocupar os espaços da justiça para fazer ouvir as suas deliberações. No que diz respeito à proposta da EBSERH, disse que a principal questão é que fere a Constituição Federal no que diz respeito ao desenvolvimento de atividade fim. Também destacou a importância dos hospitais universitários na formação profissional, realização de pesquisa e atendimento aos usuários. Conselheiro **Diego de Faria Torres** registrou a sua preocupação com políticas públicas baseadas em princípios do mercado e avaliou que o governo deve prezar pelo concurso público e pela estabilidade profissional. Também manifestou satisfação com a participação do movimento estudantil e operário nesse debate, em prol de um objetivo comum. Disse que é necessário buscar desenvolvimento sustentável que não seja focado no mercado. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** lembrou que o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, apesar de importante para o SUS, apresenta vários problemas, como dupla porta de entrada e, nesse caso, o usuário do SUS é o principal prejudicado. Disse que o movimento social entrou com ação para acabar com a dupla porta de entrada na unidade, mas houve indeferimento e o recurso apresentado não foi respondido. Além disso, explicou que o Conselho Estadual de Saúde solicitou informações ao hospital sobre essa questão, mas a instituição não respondeu. Conselheiro **Cid Roberto Bertozzo Pimentel** destacou a antítese entre hospital e empresa e gestão de saúde e de negócios e, do outro lado, enfatizou a criação da EBSERH. Salientou que a gestão de risco e agravos à saúde do trabalhador e a saúde do trabalhador em saúde vive um momento particular e destacou o crescimento exponencial dos riscos e agravos ao trabalhador em saúde, ultrapassando a construção civil, ocupando a primeira posição no ranking relativo à accidentalidade. Salientou que a diminuição dos acidentes, dos riscos e a fiscalização dos agravos dependem da atuação firme dos trabalhadores. Compartilhou com a preocupação da juventude e salientou que o CNS deve tomar posição contundente em relação aos agravos colocados. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** destacou, de um lado, a posição contrária das bases à EBSERH e, de outro, a insistência do governo em colocá-la em prática. Salientou que a proposta, entre outros aspectos, causa instabilidade em relação às pessoas que trabalham nos hospitais e, a esse respeito, perguntou o que será feito com o passivo trabalhista dos HU. Manifestou preocupação com o cenário e a fonte para a execução da proposta, considerando as decisões do CNS e das conferências de saúde contra a

368 EBSERH. Destacou que a solução para o definido pelo Tribunal deve ser construída com as bases, se  
369 não, o CNS deve apoiar a ADIn. **Retorno da mesa.** A diretora **Jeanne Liliane Marlene Michel** disse  
370 que naquele momento representava o Presidente da EBSERH/MEC que não pode comparecer porque  
371 se encontrava em audiência com o Ministro da Educação. Primeiro, explicou que há mais de 30 anos  
372 milita na atenção à saúde pública e no ensino público de saúde, sendo servidora do Estado há mais de  
373 20 anos. Esclareceu que a direção da EBSERH/MEC é composta por docentes e profissionais de  
374 saúde de todas as áreas, inseridos no âmbito do MEC, com trajetória no ensino e na atenção à saúde  
375 pública do país. Em relação às falas, primeiro, esclareceu que houve debate no Congresso Nacional,  
376 Casa do Povo, para construção da proposta e foi aprovada lei que criou a Empresa. Disse que a  
377 EBSERH/MEC é uma empresa pública instituída para gerenciar instituições públicas, configurando-se  
378 em um modelo de gestão para melhorar as condições de trabalho nos hospitais universitários. Disse  
379 que o modelo de contratação por CLT é feito por meio de concurso público e, no caso de licitações,  
380 lembrou que todas as empresas públicas devem obedecer ao definido na Lei nº. 8.666/1993. Reiterou  
381 que a lei de criação da Empresa define como objetivo da EBSERH/MEC apoiar os hospitais na  
382 reestruturação. Essas unidades devem atender 100% SUS e, considerando o consenso sobre a  
383 posição contrária à dupla porta, não existe possibilidade de trabalhar com leitos que não sejam 100%  
384 SUS. Ressaltou que não há de se falar de terceirização porque se trata do governo gerenciando um  
385 órgão de governo. Destacou que os hospitais universitários têm problemas, conforme demonstrado pelo  
386 TCU, e o Tribunal aponta a EBSERH como uma solução adequada para a situação. Aproveitou para  
387 esclarecer que no Espírito Santo a adesão à EBSERH/MEC é mediada por TAC. Disse que é preciso  
388 encontrar um mecanismo de gestão que possibilite gerir os hospitais, utilizando mecanismos legais,  
389 mas com facilidades como, por exemplo, a CLT que possibilita a realização de contratos, concursos  
390 temporários para cobrir licenças, atualização de salários... Ressaltou que é preciso oferecer boas  
391 condições de trabalho, boa infraestrutura e mecanismos de gestão que possibilitem aos hospitais  
392 garantir assistência, ensino e pesquisa. Também reiterou que a EBSERH é um órgão do MEC e prioriza  
393 a qualificação dos hospitais para oferecer condições para formação adequada nos hospitais de ensino  
394 e realização de pesquisas de interesse para o SUS. A Coordenadora Geral da FASUBRA, **JANINE**  
395 **VIEIRA TEIXEIRA**, cumprimentou o CNS pelas manifestações e discordou da afirmação, por parte da  
396 diretora da EBSERH, que houve debate sobre a Empresa, lembrando que, primeiro, a MP caiu por  
397 decurso de prazo e o PL entrou na pauta em regime urgência, não sendo possível apresentar nem  
398 mesmo emenda. Além disso, rebateu a colocação de que há uma visão distorcida do que é  
399 privatização. Também esclareceu que o Estado do Espírito Santo decidiu conhecer a proposta da  
400 Empresa e não aderir a ela e, por outro lado, discordou que não é possível ajustar salário com o RJU e  
401 que esse regime é incompatível com a prática hospitalar. Arrebatou a ideia disseminada que o  
402 funcionário público não trabalha e lembrou que as pessoas que faltam ao trabalho, muitas vezes por  
403 doença, são demitidas sumariamente. Também manifestou preocupação com a ideia de modernização  
404 da Emenda quando a iniciativa significa entregar o público para ser gerido pelo privado. No mais, disse  
405 que o MEC deve debater questões amplas e avaliou que o interesse do Ministério parece ser a  
406 manutenção do modelo atual de foco no médico e no hospital. Frisou ainda que é lamentável a posição  
407 do Ministério de optar por uma política de pressão autoritária e que proposta fere diretamente o SUS.  
408 Conclamou a todos a participar da luta nos Estados contra a EBSERH e solicitou que o CNS se  
409 posicione de forma clara para se ter mais um instrumento contra a privatização dos hospitais  
410 universitários. Finalizadas as falas, conselheiro **Jorge Alves Venâncio** sintetizou os seguintes  
411 encaminhamentos, considerando os acréscimos do conselheiro Alcides de Miranda e Ruth Bittencourt:  
412 enviar consulta ao MEC sobre total de leitos, de verbas e média por leito dos hospitais universitários e  
413 qual será a atividade econômica a ser explorada pela EBSERH/MEC; apoiar formalmente a ADIn e a  
414 luta da Frente contra a Privatização do SUS; e realizar seminário para debater marco regulatório de  
415 gestão, com formação de um GT para preparar essa atividade. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**  
416 esclareceu que o CNS não poderia apresentar ADIn, cabendo às entidades, se for o caso, fazê-lo.  
417 Também retomou a proposta, feita durante a sua fala, de promover debate sobre marco regulatório de  
418 gestão, com formação de um GT para preparar essa atividade. Também remeteu ao ano de 2007  
419 quando foi realizado seminário sobre modelo de gestão e lembrou que o governo não assumiu o  
420 resultado do debate. Após essa intervenção, conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez a leitura da  
421 minuta de recomendação, para ser apreciada pelo Plenário: I - Ao Poder Executivo e ao Congresso  
422 Nacional que revogue a Lei nº. 12.550/2011 que cria a EBSERH; e II - ao MEC e ao MS que firmem  
423 contratos de gestão diretamente com as Universidades, visando dotar os Hospitais Universitários de  
424 Autonomia administrativa e financeira com recursos financeiros adequados ao seu funcionamento e  
425 imediata recomposição de seu quadro funcional através de concursos públicos pelo Regime Jurídico  
426 Único. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu que fosse feita a entrega formal da  
427 recomendação do CNS ao Congresso Nacional. Considerando não haver divergências entre a minuta e  
428 as propostas de encaminhamento que emergiram do debate, a mesa colocou em votação a  
429 recomendação. **Deliberação: aprovada, com três votos contrários, recomendação do CNS ao**

430 Poder Executivo e ao Congresso Nacional que revogue a Lei 12.550/2011 que cria a EBSERH e  
431 ao MEC e MS que firmem contratos de gestão diretamente com as Universidades, visando dotar  
432 os Hospitais Universitários de Autonomia Administrativa e Financeira com recursos financeiros  
433 adequados ao seu funcionamento e imediata recomposição de seu quadro funcional através de  
434 concursos públicos pelo Regime Jurídico Único. Em seguida, a mesa colocou em votação a  
435 seguinte proposta oriunda do debate, que foi aprovada: enviar consulta ao MEC sobre total de  
436 leitos, de verbas e média por leito dos hospitais universitários e qual será a atividade econômica  
437 a ser explorada pela EBSERH/MEC. Após, conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez leitura de  
438 proposta de resolução onde o CNS resolve deliberar que o Ministério da Saúde não reconheça a  
439 EBSERH e os Hospitais Universitários e de Ensino Federais que venham a ser administrados pela  
440 EBSERH, de acordo com as moções e deliberações já aprovadas no Conselho e na 14ª Conferência  
441 Nacional de Saúde. Conselheiro **Clóvis Boufleur** manifestou preocupação com a possibilidade de ser  
442 aprovada resolução onde o CNS delibera que o MS não cumpra uma lei, no caso, a Lei nº.  
443 12.550/2011. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a minuta visa assegurar que o MS  
444 não reconheça a EBSERH e os Hospitais Universitários e de Ensino Federais que venham a ser  
445 administrados pela Empresa. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** manifestou preocupação com a  
446 proposta de resolução, lembrando que o MS já tem relação com a EBSERH e romper significa rever o  
447 processo já aprovado no Congresso Nacional. Como alternativa, sugeriu que o CNS paute debate  
448 sobre marco regulatório de gestão e aponte soluções para a situação atual. Conselheiro **Francisco**  
449 **Batista Júnior** concordou com a proposta de debater marco regulatório da gestão, mas, para além  
450 desse debate, defendeu que o CNS apoie a luta contra a EBSERH e não aceite mais ser desrespeitado  
451 pelo governo. Também assumiu que esse debate, assim como outros, é ideológico e parece diferente  
452 da ideologia do governo da Presidente Dilma. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencour** defendeu a  
453 proposta de resolução, considerando como princípio o caráter inconstitucional da Lei nº. 12.550/2011  
454 Concordou com a proposta de aprofundar o debate sobre o tema, todavia, lembrou que já houve  
455 debates, inclusive com realização de seminário, e nada foi feito. Sendo assim, defendeu que o CNS  
456 marcasse sua posição naquele momento. Conselheiro **Mozart Júlio Tabosa Sales** salientou que a  
457 EBSERH foi constituída segundo o marco regulatório do país e foi aprovada no Congresso Nacional.  
458 Assim sendo, destacou que o SFT é o fórum adequado para que as entidades apresentem  
459 questionamento sobre a constitucionalidade da proposta. Salientou que a situação dos hospitais  
460 universitários é grave e a Empresa, entre outras questões, apresenta solução para a questão do  
461 financiamento em relação a pessoal dos HU e o REHUF garante mais recursos para reestruturação  
462 desses hospitais. Destacou que os resultados esperados desse processo são modernização da gestão,  
463 reestruturação da força de trabalho física e tecnológica, qualificação da gestão financeira e  
464 orçamentária visando a excelência na atenção à saúde e na formação profissional. Por fim, avaliou que  
465 o CNS não deve defender a suspensão de financiamento dos HU, por parte do MS, e não desconhecer  
466 a estrutura estabelecida no marco legal. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** salientou que o CNS deve  
467 refletir sobre as consequências das suas decisões e, nesse debate específico, avaliou que o Conselho  
468 deveria registrar a sua posição contra a EBSERH e apoiar os movimentos contrários à Empresa, mas  
469 não propor corte de verbas dos hospitais universitários que aderissem à proposta, porque essa ação  
470 prejudicaria a população atendida nesses estabelecimentos. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**  
471 apelou ao CNS que não aprovasse a resolução apresentada, por considerar que o mérito não traz  
472 avanços e defendeu que o Colegiado aprofundasse o debate sobre marco regulatório na linha de  
473 buscar saídas. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** manifestou preocupação com a minuta porque  
474 propõe o não reconhecimento de Hospitais Universitários e de Ensino Federais que venham a ser  
475 administrados pela EBSERH e defendeu a reformulação do texto de forma a deixar clara a proposição  
476 do CNS e evitar interpretações equivocadas. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que é  
477 hora de o governo assumir compromisso público e político com o CNS para debater outras alternativas,  
478 se não, o Conselho deve radicalizar no seu posicionamento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**  
479 explicou que os trabalhadores e usuários conhecem a situação dos hospitais universitários e destacou  
480 que foi o governo quem estabeleceu confronto com o CNS ao desrespeitar as decisões desse  
481 Colegiado. Disse que não defende a suspensão de financiamento para os HU e alertou que o  
482 argumento de "não tomar decisão dura acerca da questão financeira porque a população será  
483 penalizada" tem sido utilizado para financiar a corrupção pelo país. Considerando as ponderações do  
484 Plenário, sugeriu aprovar o mérito da resolução e reelaborar o texto para ser apresentado  
485 posteriormente. Conselheiro **Mozart Júlio Tabosa Sales** disse que não foi intenção afirmar que os  
486 trabalhadores desconhecem a realidade dos hospitais universitários e salientou que não é atribuição do  
487 CNS definir normativa jurídica para definição do processo de financiamento dos HU. Lembrou que há  
488 um arcabouço jurídico sobre o processo de habilitação de serviços, de contratualização, entre outros  
489 aspectos e, ao desconhecer essa questão e impor sanção de asfixia financeira para mudar normativa  
490 jurídica, o CNS pode acabar com um processo por "inanição". Acrescentou que nesse confronto, o  
491 maior prejudicado será o usuário que depende do HU para ser atendido. Avaliou que o CNS deveria

debater outras possibilidades de saída para a situação, sem impor condicionantes. Conselheiro **Willen Heil e Silva** destacou que o governo “asfixia” as instituições quando obriga os HU a aderir à Empresa para receber recursos e salientou que o Congresso Nacional deveria ser a casa do povo, mas não é, e leis são aprovadas sem a participação da sociedade. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que os usuários sofrem com a asfixia de recursos financeiros em relação aos hospitais que não aderiram à EBSERH. Além disso, sugeriu reelaborar o texto da resolução com base no que já foi definido (“deliberar pela não implantação da EBSERH nos hospitais universitários, de acordo com as moções e deliberações já aprovadas”). Conselheiro **Geordecy Menezes de Souza** manifestou preocupação com a proposta de resolução, entendendo que o CNS não pode deliberar sobre aspecto que não está sob a responsabilidade do MS. Também lembrou que em outras ocasiões o MS não cumpriu resoluções do CNS e perguntou se a resolução sobre a Empresa, independente do mérito, será cumprida. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** destacou que o MS cumpre os acordos firmados com o Conselho, não tendo sido homologadas poucas resoluções do Conselho. Avaliou que a resolução sugerida estabelece um marco regulatório difícil de ser implementado e, por essa razão, sugeriu aprofundar o debate na linha de definir saídas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu suspender a resolução e trazer novo texto posteriormente. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou que o CNS possui acúmulo de debate sobre marco regulatório da gestão e o Colegiado não podia retroceder naquele momento. Além disso, lembrou que outras instâncias podem ser interpeladas, como o STF, diante do descumprimento, pelo Executivo, das decisões do CNS. Conselheiro **Edmundo Omore** destacou que as propostas do governo devem ser debatidas com os usuários e trabalhadores, em um movimento ascendente, sem imposição. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** destacou a preocupação dos gestores, em especial dos pequenos municípios, a respeito das soluções definidas para a situação. Reiterou que é preciso encontrar uma via que garanta agilidade necessária para construir o SUS, com revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei de Citações, além de outros mecanismos legais que entravam a gestão. Destacou que são apresentadas várias alternativas para enfrentar a situação e o CNS tem se manifestado contrário a várias delas – OS e Fundações, por exemplo – e a gestão fica sem saída. Assim, conclamou todos os segmentos a encontrar uma saída que possibilite trabalhar com o dinamismo necessário que a saúde exige. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** lembrou que o CNS realizou um amplo seminário para debater modalidades de gestão e, na oportunidade, deliberou por um modelo de gestão dos serviços de saúde que: 1) seja estatal e fortaleça o papel do Estado na prestação de serviços de saúde; 2) seja 100% SUS, com financiamento exclusivamente público e operando com uma única porta de entrada; 3) assegure autonomia de gestão para a equipe dirigente dos serviços, acompanhada pela sua responsabilização pelo desempenho desses, com o aperfeiçoamento dos mecanismos de prestação de contas; 4) assegure a autonomia dos gestores do SUS de cada esfera de governo em relação à gestão plena dos respectivos fundos de saúde e das redes de serviços; 5) no qual a ocupação dos cargos diretivos ocorra segundo critérios técnicos, mediante o estabelecimento de exigências para o exercício dessas funções gerenciais; 6) envolva o estabelecimento de um termo de relação entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços de saúde, no qual estejam fixados os compromissos e deveres entre essas partes, dando transparência sobre os valores financeiros transferidos e os objetivos e metas a serem alcançados, em termos da cobertura, da qualidade da atenção, da inovação organizacional e da integração no SUS, em conformidade com as diretrizes do Pacto de Gestão; 7) empregue um modelo de financiamento global, que supere as limitações e distorções do pagamento por procedimento; 8) aprofunde o processo de controle social do SUS no âmbito da gestão dos serviços de saúde; 9) institua processos de gestão participativa nas instituições e serviços públicos de saúde; 10) enfrente os dilemas das relações público-privado que incidem no financiamento, nas relações de trabalho, na organização, na gestão e na prestação de serviços de saúde; 11) garanta a valorização do trabalho em saúde por meio da democratização das relações de trabalho de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação do SUS; 12) coadune-se com as demais políticas e iniciativas de fortalecimento do SUS. Observação: Ao longo do Seminário sobre Modelos de Gestão vários participantes manifestaram posições favoráveis à retirada de tramitação, pelo governo federal, do PLP 92/2007 do Congresso Nacional. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** sugeriu que a proposta de resolução enfatize o combate à discriminação aos hospitais que não aderiram à EBSERH. Diante das fala, a mesa identificou consenso sobre a proposta de reformulação do texto da resolução para ser apresentado posteriormente. **A seguir, colocou em apreciação a proposta, que foi aprovada: apoiar formalmente a ADIn contra a EBSERH e a luta da Frente contra a Privatização do SUS.** A seguir, submeteu à apreciação a proposta de realizar seminário para debater marco regulatório de gestão, com formação de um GT para preparar essa atividade. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** solicitou Questão de Ordem para reiterar que o CNS deliberou por um modelo de gestão dos serviços de saúde, portanto, não caberia realizar nova atividade para tratar do tema. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a intenção é debater no novo seminário questões como Lei de Responsabilidade Fiscal, dificuldades de gestão no que se refere ao financiamento e não as questões já acumuladas. **Após esse esclarecimento, a mesa**

554 colocou em votação a proposta, que foi aprovada, de realizar seminário para debater marco  
555 regulatório de gestão, com formação de um GT para preparar essa atividade. Definido esse ponto,  
556 a mesa suspendeu para o almoço. Reiniciando, a mesa foi recomposta para o item 4 da pauta. Antes  
557 de iniciar, conselheira **Jurema Werneck** lançou a nova edição da Revista do CNS, que trata sobre  
558 saúde da mulher. **ITEM 4 – POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: FARMÁCIA**  
559 **POPULAR E SAÚDE NÃO TEM PREÇO - Apresentação: José Miguel do Nascimento**, diretor do  
560 Departamento de Assistência Farmacêutica/MS. Coordenação: conselheira **Jurema Werneck**, da Mesa  
561 Diretora do CNS. Iniciando, o diretor **José Miguel do Nascimento** agradeceu a oportunidade e  
562 justificou a ausência do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, **Carlos Augusto**  
563 **Grabois Gadelha**, que se recuperava de cirurgia. Feito esse registro, passou à apresentação da  
564 Política Nacional de Assistência Farmacêutica, com foco no Componente Estratégico da Assistência  
565 Farmacêutica, destacando o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, o Especializado da  
566 Assistência Farmacêutica e o Programa Farmácia Popular do Brasil. Começou pelas principais  
567 alterações no Componente Básico a ser pactuado na CIT: ampliação da Política Nacional de Plantas  
568 Medicinais e Fitoterápicos; descentralização da aquisição dos medicamentos do Programa Nacional de  
569 Suplementação de Ferro; atualizando do elenco de medicamentos conforme RENAME; atualização da  
570 base populacional (IBGE 2011) para transferência dos recursos financeiros; e levantamento nacional  
571 com a finalidade de verificar a utilização de sistemas informatizados para a gestão da assistência  
572 farmacêutica – Eixo Informação - QUALIFAR-SUS; e definição de Rol de dados da Assistência  
573 Farmacêutica Básica - AFB. Explicou que o DAF vinha trabalhando no desenvolvimento de um serviço  
574 web (web service) que permite a transferência de dados de sistemas municipais e estaduais próprios  
575 para o Data Warehouse. Disse que os principais benefícios desse projeto é a compatibilização dos  
576 dados de sistemas desenvolvidos em outras plataformas com o HÓRUS, garantia de formato universal  
577 conforme Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011 e agilidade no processo e eficiência na cadeia de  
578 transferência de dados de modo que seja dinâmica e segura. Para desenvolvimento do Projeto Web  
579 Service, foi constituído Grupo de Trabalho Nacional formado por SES São Paulo, SES Minas Gerais,  
580 SMS Campinas/SP, SMS Belo Horizonte/MG, SMS Maringá/PR, SMS Recife/PE e SMS  
581 Florianópolis/SC. Acrescentou que o trabalho iniciou-se em outubro de 2010, antes da publicação do  
582 Acórdão do TCU nº 1.459/2011, e foi finalizado em junho de 2011. Lembrou que o referido Acórdão  
583 determinou à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde a  
584 definição, em 120 dias, do rol de informações mínimas sobre a gestão da assistência farmacêutica  
585 básica a serem encaminhadas obrigatoriamente pelos estados e municípios que não aderirem ao  
586 Hórus, além do fluxo e cronograma do envio dessas informações. Para melhor entendimento, detalhou  
587 as estratégias de elaboração do Projeto: a) criação do Grupo Nacional do Projeto Webservice – Hórus  
588 Básico – finalizado; b) regulamentação da base nacional de dados das ações e serviços do  
589 Componente Básico da Assistência Farmacêutica no SUS - em pactuação: previsão outubro/2012; c)  
590 realização de Levantamento Nacional do Eixo Informação do QUALIFAR-SUS - em pactuação: 120 dias  
591 após publicação da Portaria do CBAF; d) início da interoperabilidade pelos municípios contemplados no  
592 Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS - início previsto em abril/2013 - apresentação no GT de C&T e GT  
593 Gestão da CIT; 26/06/2012 – GT conjunto Ciência & Tecnologia e subgrupo Informática & Informação;  
594 22/08/2012 – GT conjunto Ciência & Tecnologia e subgrupo Informática & Informação; 09/10/2012 – GT  
595 Gestão: subgrupo Informática & Informação: reunião com CONASS e CONASEMS para concluir o texto  
596 da Portaria e pactuar na CIT no dia 18 de outubro (2ª etapa em 120 dias). Explicou que o rol de dados  
597 contempla informações sobre entrada, saída e dispensação de medicamentos que irão compor uma  
598 base nacional de dados. Mostrou slides sobre painel de monitoramento com informações aos gestores  
599 sobre indicadores de acesso a medicamentos, painéis de indicadores de gestão - Bi Hórus, indicadores  
600 de uso racional, oferecendo informações mais qualificadas para tomada de decisões da assistência  
601 farmacêutica. Disse que 1673 municípios fizeram cadastro de adesão; 1671 enviaram o termo de  
602 adesão para o MS; 1236 foram capacitados; e 574 municípios utilizam o Sistema Hórus para gestão da  
603 assistência farmacêutica. Destacou a diretriz 8 do Plano Nacional de Saúde 2012-2015 “Garantia da  
604 Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS” que está expressa no COAP e detalhou as metas:  
605 implantação do Hórus nos municípios e estruturação das farmácias de UBS e centrais de  
606 abastecimento farmacêutico nos municípios de extrema pobreza. Nesse contexto, disse que se insere o  
607 Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), que tem por  
608 finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistemática das  
609 atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando atenção contínua,  
610 integral, segura, responsável e humanizada (Portaria MS nº. 114/2012). Detalhou que o Qualificar  
611 possui quatro eixos - estrutura; educação; informação; e cuidado - e articula-se com o PMAQ e o  
612 Requalifica UBS. Destacou que o período de inscrição no Programa foi 14 de junho a 13 de julho de  
613 2012 e os resultados foram os seguintes: 1.386 inscritos; 453 selecionados; e 953 demandas não  
614 atendidas. Detalhou que o repasse para os municípios será fundo a fundo com recursos para custeio  
615 (R\$ 24.000,00/ano) e capital. Explicou que o monitoramento do Qualificar será feito pelo E-car, uma

ferramenta para apoiar os municípios no planejamento e na execução das ações do QUALIFAR-SUS e possibilizar o monitoramento e apoio técnico do MS, Estados, COSEMS. Acrescentou que o monitoramento das ações desenvolvidas em decorrência dos repasses de recursos definidos na Portaria será realizado mediante: I - prioritariamente, pelo acompanhamento da utilização do Sistema Hórus ou da transmissão das informações conforme pactuado (Rol); e II - de forma complementar, pelo PMAQ-AB. No que se refere ao componente especializado, destacou as principais alterações a serem pactuadas na CIT: atualização dos valores unitários (Grupo 1B); incorporação de novos medicamentos; alocação de tratamento farmacológico da oftalmologia no CEAF; transferência de medicamentos para Grupo 3 (responsabilidade municipal); e mudanças textuais da Portaria. Acerca da alteração do valor unitário/procedimento, explicou que são 73 medicamentos, sendo: aumento de 49 medicamentos, redução de 23 medicamentos e 1 medicamento sem alteração. Também detalhou as responsabilidades do MS no que se refere ao Grupo 1A: 1) ampliação de cobertura para Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes; 2) incorporação de novos biológicos para artrite reumatoide; 3) ampliação de cobertura para imunossupressão em Transplante Renal; 4) aumento da dose de imunossupressores para Transplante Renal; 5) aumento da dose de antipsicótico para Esquizofrenia (PCDT em Pós-consulta pública); 6) incorporação de IP para Hepatite C; e 7) incorporação de medicamento para DMRI. Ainda sobre a incorporação de novos medicamentos, detalhou que as mudanças no Grupo 1B serão as seguintes (medicamentos financiados pelo MS para aquisição pelos estados): ampliação de cobertura para Esclerose Sistêmica; incorporação de novo medicamento para acromegalia; ampliação de cobertura para imunossupressão em transplante renal; ampliação de cobertura para lúpus; e incorporação de medicamentos para glaucoma (mudança da Política de Oftalmologia). No que se refere ao Grupo 2 (responsabilidade estadual), detalhou que a incorporação de novos medicamentos se dará da seguinte forma: 1) ampliação de cobertura de medicamentos já incorporados para síndrome nefrótica primária em crianças e adolescentes e lúpus; 2) ampliação de cobertura de medicamentos já incorporados para lúpus; 3) incorporação de medicamento para tratamento tópico da psoríase (PCDT em construção); 4) incorporação de medicamento para espondilite anquilosante (PCDT em construção); 5) incorporação de medicamento para dor crônica; 6) ampliação de cobertura para DPOC; 7) incorporação de medicamentos para glaucoma (mudança da Política de Oftalmologia); e 8) incorporação de medicamento para síndromes coronarianas agudas. Também destacou a transferência de medicamentos da asma para o Grupo 3. Segundo, falou sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil, explicando que são 19.769 farmácias e drogarias credenciadas, contemplando 3.362 municípios, sendo 1.087 municípios do Plano Brasil sem Miséria. Destacou um balanço do componente Saúde não Tem Preço (gratuito): asma, diabetes e hipertensão: de janeiro de 2011 a agosto de 2012 houve percentual de crescimento de pacientes atendidos (em agosto de 2012, foram 5,31 milhões de brasileiros; e, de agosto de 2011 a agosto de 2012, foram quase 14 milhões de brasileiros atendidos). Explicou que, por conta de valores questionados pela imprensa, foi feita comparação entre comprimido e cartela, tendo sido verificados os seguintes dados: a) Levonorgestrel + etinilestradiol (anticoncepcional): valor de referência: R\$ 4,19; Valor Pago MS: R\$ 3,77 (90%); Banco de Preços: R\$ 0,0230 = 163 vezes maior; informação da SMS Salvador: adquiriu por R\$ 0,0450 a unidade x 21 comprimidos, sendo o valor da cartela de R\$ 0,95; diferença pelo valor SMS Salvador: 3,97 vezes maior; informação da SES BAHIA: adquiriu por R\$ 0,02 a unidade x 21 comprimidos, o valor cartela de R\$ 0,42; diferença pelo valor SES/BA: 8,98 vezes maior; b) Norestiterona (anticoncepcional): VR: R\$ 4,96; Valor Pago MS: R\$ 4,46 (90%); Banco de Preços: R\$ 0,113 = 39,46 vezes maior; informação da SES BAHIA: adquiriu por R\$ 0,113 a unidade x 35 comprimidos, com o valor da cartela de R\$ 3,96; diferença pelo valor SES/BA: 1,13 vezes maior; Sinvastatina: 20 mg comprimido (colesterol); VR: R\$ 0,51; valor pago MS: R\$ 0,46 (90%); Banco de Preços: R\$ 0,0037 = 124,32 vezes maior; informação da SMS Feira de Santana/BA: adquiriu por R\$ 0,03 a unidade; e diferença pelo valor SMS: 12,43 vezes maior. Citou esses exemplos para demonstrar que a ampla diferença de preços não se aplicava. Sobre a participação dos medicamentos genéricos, explicou que, ao considerar todas as patologias, 64% dos medicamentos dispensados no Programa Farmácia Popular são genéricos e, em relação ao Saúde não tem Preço (hipertensão e diabetes), 74% é medicamento genérico. No caso da asma, a participação de produtos de marcas é inversamente proporcional quando se fala das demais patologias. Também comentou os mecanismos de segurança do Programa Farmácia Popular do Brasil, explicou que, no momento da venda, a transação on-line é autorizada pelo DATASUS, com a checagem de uma série de itens. Além disso, é exigida a identificação visual dos estabelecimentos com adesivo anti-falsificação fornecido pelo Ministério da Saúde, que deve ser utilizado próximo ao caixa de pagamento, sendo proibida sua reprodução. No mais, é feito o cadastro de máquinas com tecnologia anti-intrusão e o Termo de cessão de dados MS/IMS HEALTH permite ao MS analisar o comportamento das empresas credenciadas no que diz respeito à quantidade de medicamentos adquiridos e comercializados via sistema de venda DATASUS. Essa apuração permite identificar quantidades vendidas de medicamentos que possam estar acima do que foi apurado pelo setor. Disse que, desde 2009, foram 1.986 empresas com conexão suspensa no Farmácia Popular, 696 empresas multadas pelo MS e 152

678 empresas descredenciadas do Farmácia Popular. Também falou sobre o projeto aberto com o  
679 DATASUS para inserção do Cartão SUS no Sistema de Vendas do Programa Farmácia Popular: 1º  
680 Passo: incluir no Cupom Vinculado a informação do número do Cartão SUS para o paciente ir se  
681 familiarizando com essa informação. Prazo: dezembro/2012; 2º Passo: incluir o Número do Cartão SUS  
682 no BI da Farmácia Popular, permitindo ao DAF analisar as informações individualizadas já com o  
683 Cartão. Prazo: Dezembro/2012; e 3º Passo: solicitar o número do Cartão SUS no momento da  
684 dispensação, onde será necessária alteração do WebService da Farmácia Popular e adequação das  
685 Farmácias. Para esse novo processo, será necessária definição detalhada de regras e processos com  
686 o DAF. Disse que o prazo para disponibilização do Web Service e orientações para farmácias é março  
687 de 2013 e o prazo para adequação das farmácias e liberação da versão em produção é junho de 2013.  
688 Na sequência, conselheiro **Francisco Batista Júnior**, na condição de coordenador da Comissão de  
689 Assistência Farmacêutica do CNS, apresentou a visão da Comissão acerca do tema em pauta –  
690 Política Nacional de Assistência Farmacêutica: Farmácia Popular e Saúde não Tem Preço. Antes,  
691 porém, solicitou e foi concedida autorização da mesa para a leitura da resolução, cujo mérito fora  
692 aprovado no período da manhã, sobre a EBSERH. No texto, o CNS resolve: I - Reafirmar seu  
693 posicionamento contra a EBSERH; II- Deliberar que o Ministério da Saúde garanta o financiamento e a  
694 força de trabalho necessários ao pleno funcionamento dos Hospitais Universitários Federais.  
695 **Deliberação: a proposta de resolução sobre a EBSERH foi aprovada com quatro votos  
contrários.** Em seguida, passou a tratar do tema em pauta explicando que foi objeto de debate da  
696 Comissão em três momentos, com a presença do diretor do Departamento de Assistência  
697 Farmacêutica. Resgatou que o Programa Farmácia Popular foi apresentado ao CNS em 2005, tendo  
698 sido debatido acirradamente pelo Plenário e, na oportunidade foi levantada a constitucionalidade da  
699 proposta (venda de serviço ao usuário do SUS). Todavia, entendendo se tratar de um componente  
700 importante na ampliação do acesso, o Plenário aprovou a proposta com os seguintes condicionantes:  
701 que o Programa não tivesse caráter de constitucionalidade e ilegalidade e a implantação não  
702 significasse comprometimento do orçamento da assistência farmacêutica; que o Programa significasse  
703 uma rede pública, possibilitando a ampliação do acesso a medicamentos no Brasil; e que fosse  
704 construída rede pública com atendimento qualificado e diferenciado da assistência farmacêutica.  
705 Contudo, destacou que, desde a aprovação do Programa, houve uma absoluta inversão de valores,  
706 desrespeitando as deliberações do CNS. Se de um lado houve ampliação do acesso a medicamentos,  
707 de outro, observa-se: privatização do Programa (são 29 mil farmácias privadas conveniadas e pouco  
708 mais de 500 públicas funcionando com debilidade); custo exorbitante; aprofundamento da cultura do  
709 medicamento como mercadoria; fraudes variadas; e esvaziamento da rede pública, que começa a  
710 agonizar. Diante dessa situação, registrou a proposta do segmento dos trabalhadores que o CNS,  
711 considerando o aprovado, delibere para que o MS inicie processo de inversão da lógica de privatização  
712 do Programa Farmácia Popular. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a Federação  
713 Nacional dos Farmacêuticos discute a assistência farmacêutica no país há décadas e entende que no  
714 debate sobre medicamento não se deve considerar apenas o recurso público, mas também o dinheiro  
715 privado dos trabalhadores que utilizam mais de 55% do seu gasto com saúde em medicamentos nas  
716 farmácias privadas. Salientou que, ao debater o tema da assistência farmacêutica, os profissionais  
717 farmacêuticos consideram no centro do debate a farmácia como estabelecimento de saúde e  
718 medicamentos como insumo para garantia do direito à saúde. Avaliou que o Programa Farmácia  
719 Popular é uma medida importante porque possibilitou o acesso da população ao medicamento, mas é  
720 fundamental estruturar a assistência farmacêutica pública, com resgate das decisões do CNS nesse  
721 sentido. Como encaminhamento, sugeriu que o MS delibere pela reativação do GT sobre estruturação  
722 da assistência farmacêutica pública por entender que pode trazer respostas à demanda da  
723 reestruturação. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que o CNS delegue à Comissão de Assistência  
724 Farmacêutica do CNS a definição de uma proposta de atualização da política nacional de assistência  
725 farmacêutica, conforme a realidade atual, para ser apresentada ao CNS. Também propôs que o MS  
726 avalie a possibilidade de uso de analgesia qualificada no parto normal como mecanismo para estimular  
727 esse tipo de parto e que esse tema seja pauta no CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** registrou o  
728 seu desconforto com o slogan da Farmácia Popular “aqui tem medicamento gratuito” e informou que o  
729 CES/RS entrou com representação no MPE/RS contra essa propaganda porque os medicamentos  
730 distribuídos no âmbito do SUS são pagos pela população por meio dos impostos. Também relatou a  
731 dificuldade com o prazo estabelecido para retirada do medicamento das farmácias – 30 dias,  
732 dificultando o acesso da população. Por fim, disse que o CES/RS recebeu cinco denúncias de fraudes  
733 nas farmácias do Rio Grande do Sul. Conselheira **Lorena Baía**, na condição de representante do CFF,  
734 cumprimentou o diretor do DAF/MS pelos avanços na assistência farmacêutica e reconheceu a  
735 ampliação de acesso a medicamentos com o Programa. Também destacou que houve avanços, ainda  
736 que pequenos, no campo da qualificação da assistência farmacêutica e avaliou que a proposta deve se  
737 estender também para os municípios com maior concentração de renda. Avaliou que a estruturação da  
738 assistência farmacêutica está comprometida porque não há garantia de recursos para investir no  
739

740 campo da estruturação e organização e defendeu que, na publicação da nova portaria, o MS beneficie  
741 os municípios na estruturação. Ainda em relação ao Programa, identificou como problema sério a não  
742 inserção da Farmácia Popular nas redes de atenção à saúde, prejudicando o cuidado da assistência  
743 farmacêutica. Também manifestou preocupação com o preço pago na rede privada por meio do  
744 Programa Aqui tem Farmácia Popular e citou o exemplo o salbutamol: o MS paga R\$ 10/dose e o  
745 município de Fortaleza compra a R\$ 3,15 e Goiânia a R\$ 4,19. Por fim, solicitou que o Pleno  
746 autorizasse uma fala da Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia. Conselheiro **Jorge Alves**  
747 solicitou manifestação do diretor do DAF em relação à diferença de custo entre o  
748 medicamento da Farmácia Popular e da assistência pública e perguntou o que fazer para reduzir essa  
749 diferença a padrões aceitáveis. Também disse que é preciso observar melhor a relação entre a  
750 farmácia e o usuário, com aperfeiçoamento do Sistema, evitando ficar fora do ar e recomendando às  
751 farmácias que esclareçam o usuário em casos de impossibilidade de receber o medicamento. No mais,  
752 reiterou a recomendação do CNS de disponibilizar informações mensais sobre o consumo dos  
753 medicamentos e a entrega feita, a fim de que os conselhos de saúde possam identificar o responsável  
754 quando não houver entrega de medicamentos ao usuário. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** reiterou  
755 a insatisfação dos usuários diante da impossibilidade de receber o medicamento porque o Sistema está  
756 fora do ar e salientou que é preciso resolver essa situação. Também perguntou o que foi possível  
757 avançar na questão da auditoria e sistema antifraude do Programa. No mais, defendeu a padronização  
758 do princípio ativo dos medicamentos, inclusive para ampliar o acesso ao medicamento. **Retorno da**  
759 **mesa.** O diretor do DAF/MS, **Jose Miguel do Nascimento**, começou destacando que o MS não  
760 diminuiu o financiamento da política pública gratuita do SUS em detrimento do Programa Farmácia  
761 Popular – o financiamento foi de R\$ 1,96 bilhão para R\$ 10 bilhões, sendo: de 5,8% para 12,5%.  
762 Também disse que a virtude do Programa é definir um valor que possibilite às farmácias do país  
763 comprar medicamento e possibilitar acesso aos usuários, lembrando que o poder de compra do  
764 governo estadual e municipal não é mesmo das farmácias. Salientou que a diminuição do custo levaria  
765 à extinção do Programa porque não ofereceria poder de compra ao dono da farmácia e, assim, a  
766 drogaria não participaria do Programa; e muitos princípios ativos desapareceriam do Programa porque  
767 a indústria farmacêutica não venderia ao preço definido. Assim, ao eliminar o estabelecimento e o  
768 produto, o usuário, alvo do Programa, não seria atendido. Salientou que, ao avaliar a curva de  
769 internação por hipertensão e diabetes, observa-se a redução de 11 mil internações de 2011 a 2012 e  
770 perguntou se essa redução tem relação com a ampliação do acesso a medicamentos (gratuidade).  
771 Também explicou que os mecanismos de segurança e o sistema de alerta do Programa são eficientes  
772 e possibilitou, por exemplo, suspender a conexão de 300 farmácias. Avaliou que é preciso sair do  
773 debate ideológico e definir onde é possível aprimorar o Programa. Também disse que o Sistema  
774 Farmácia Popular é um dos mais robustos do MS, com funcionamento 24h e operação nos sete dias da  
775 semana e, para ilustrar, disse que nos últimos meses o Sistema do Programa ficou fora do ar não mais  
776 que 10 min. Acrescentou que esse argumento é utilizado para não vender o medicamento no âmbito do  
777 Programa, utilizando a marca somente para chamar clientela. **Manifestações.** Conselheira **Marília**  
778 **Coelho Cunha** relatou que o Programa não intervém nas farmácias privadas e os estabelecimentos  
779 continuam com os mesmos problemas e intercorrências de antes da iniciativa. Pontuou duas  
780 preocupações acerca da Farmácia Popular, a primeira delas relativa ao alcance do Programa. Citou,  
781 por exemplo, que, em Brasília, a população mais atendida é a classe média e a mais carente não  
782 recebe o medicamento na unidade de saúde, nem na farmácia popular. Também avaliou que o  
783 Programa poderia intervir na ação da atenção farmacêutica nas farmácias comunitárias e comerciais.  
784 No mais, manifestou preocupação com a ideia de “farmácia em casa”, porque o usuário não recebe a  
785 orientação farmacêutica adequada e pode utilizar o medicamento de forma incorreta. Nesse sentido,  
786 perguntou se procede a informação de entrega de medicamentos da atenção especializada aos  
787 usuários em suas casas. O representante da Executiva Nacional de Estudantes de Farmácias, Bruno,  
788 registrou a posição da Executiva que o acesso ao medicamento é essencial, mas deve ser feito com a  
789 devida orientação ao usuário. Disse que a entidade manifestou-se contra o Programa Farmácia Popular  
790 e o Programa Aqui tem Farmácia Popular por uma série de fatores. Destacou, por exemplo, que o papel  
791 do farmacêutico é essencial no Programa, todavia, esse profissional não consegue fazer o  
792 acompanhamento por conta da alta demanda. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que o  
793 debate do tema fosse feito a partir do resgate das discussões ocorridas nos últimos anos no CNS.  
794 Recuperou que, em 1999, foi realizada CPI de Medicamentos, com a participação importante do CNS.  
795 Nesse mesmo ano, foi constituída comissão que estudou a assistência farmacêutica no país e elaborou  
796 a política de assistência farmacêutica. A partir daí houve uma série de avanços e, em 2004 foi aprovada  
797 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que contemplava a proposta de Farmácia Popular.  
798 Disse que a proposta contou com três fases: Farmácia Popular nas unidades de saúde, Aqui tem  
799 Farmácia Popular e Saúde não Tem Preço. Avaliou que o debate do tema deve ser feito considerando  
800 o protagonismo do CNS nesse processo, a necessidade de ampliação do acesso a medicamentos no  
801 país e a forma correta de dispensação. Por fim, cumprimentou o diretor do DAF e sua equipe pelo

802 trabalho desenvolvido e pelo debate no CNS. Conselheira **Zilda de Faveri Souza**, a respeito da  
803 inclusão de novos medicamentos, perguntou sobre a possibilidade de contemplar os medicamentos  
804 para tratar da doença de Alzheimer: Exelon Patch (adesivo) e Memantina (Ebix, Aloiz). Conselheira  
805 **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa** estranhou que o Estado do RS não tenha sido chamado para  
806 compor o GT que debateu o tema, apesar da expertise em relação ao funcionamento do sistema AME.  
807 Também manifestou preocupação com a ausência do profissional farmacêutico para assegurar a  
808 assistência farmacêutica e perguntou sobre a possibilidade de aperfeiçoar o sistema para obter  
809 informações acerca de patologias que demandam notificação compulsória como as hepatites. **Retorno**  
810 **da mesa.** O diretor do DAF/MS, **José Miguel do Nascimento**, explicou que a priorização de parceiros  
811 privados do Programa Farmácia Popular nos municípios do Brasil sem Miséria visa contemplar as  
812 classes menos favorecidas. Também disse que está em processo de conclusão uma pesquisa sobre  
813 custos diretos e indiretos do Programa que mostrará, inclusive, quem é o público do Programa.  
814 Salientou que dados preliminares apontam que 77% dos usuários do Programa possuem renda de até  
815 3 salários e 13% renda inferior a um salário mínimo. Frisou ainda que 11% dos usuários do Programa  
816 passaram a ter acesso ao medicamento por conta do Farmácia Popular. Disse que os resultados desse  
817 estudo nacional serão trazidos ao CNS a fim definir formas de aprimorar o Programa, com definição de  
818 mecanismos de controle e acesso (38% disseram ter aumentado a presença no consultório médico  
819 para renovar a receita no período de 4 meses). Informou ainda que o MS firmou parcerias com  
820 estabelecimentos que possuem farmacêutico, portanto, a clínica deve ser feita por esse profissional. A  
821 respeito do medicamento em casa, disse que há experiências em diversos Estados, com resultados  
822 positivos e outros não tão bons. Todavia, lembrou que a responsabilidade de definir e implantar a  
823 metodologia é do gestor estadual e municipal. Sobre a memantina, disse que foi analisada pela  
824 CONITEC e não será incluída na lista, porque os medicamentos utilizados hoje tem qualidade similar à  
825 substância. Em relação a sistemas, disse que o WEB service do HORUS – componente básico – irá  
826 dialogar com os sistemas municipais e, em 2013, será feito Webservice para o HÓRUS em relação ao  
827 componente especializado. Disse que oito Estados possuem sistemas próprios, como o RS, e  
828 posteriormente, será debatido como os sistemas estaduais irão gerar informações para o sistema  
829 nacional especializado. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** destacou dois pontos que, na sua visão,  
830 são equívocos do Programa, o primeiro é a exigência única do profissional médico, com CFM  
831 registrado, para dispensação de medicamentos. Lembrou que os enfermeiros trabalhadores do  
832 programa de saúde pública e dos programas regulamentados pelo governo também prescrevem  
833 medicamento, mas as farmácias não realizam a dispensação por conta da exigência do CFM do  
834 profissional médico. Desse modo, solicitou a manifestação do diretor do DAF a esse respeito, haja vista  
835 os prejuízos para os usuários. A outra questão refere-se à Política Nacional de resíduos sólidos e  
836 descarte de medicamentos no meio ambiente, explicando que as farmácias populares não adotaram a  
837 política de retorno de resíduos gerados por medicamentos. Por fim, rebateu a lógica de “medicamentos  
838 gratuitos”, uma vez que os medicamentos são pagos pela população por meio de impostos (não existe  
839 gratuidade - o custo é alto e pago pelo SUS). Conselheira **Marisa Furia Silva** salentou a importância  
840 de unificar o procedimento para dispensação do medicamento nas unidades de saúde e nas farmácias,  
841 com inclusão do rol de medicamentos dispensados pela assistência farmacêutica na atenção básica.  
842 Também defendeu que os medicamentos, inclusive os da Farmácia Popular, fossem dispensados sem  
843 custo adicional para os usuários e propôs que o MS avalie e defina uma forma de incorporar a  
844 homeopatia à rede de assistência farmacêutica. Também perguntou como agilizar a inclusão de  
845 medicamentos mais modernos no Sistema e como incorporar medicamentos para esquizofrenia  
846 utilizados por pessoas com autismo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que o CNS  
847 tem acúmulo de debate sobre assistência farmacêutica e salientou que a Federação apoia a iniciativa  
848 do Farmácia Popular (que significa estatizar o privado), mas reforça a necessidade de estruturar a rede  
849 pública. Nesse sentido, frisou a importância de estruturar a assistência farmacêutica e garantir a  
850 presença do profissional farmacêutico no âmbito do SUS. Também reiterou a importância de retomar as  
851 atividades do GT de Estruturação da Assistência Farmacêutica. Conselheira **Maria do Espírito Santo**  
852 **Tavares (“Santinha”)** avaliou que o Programa não caminha a contento e perguntou a diferença entre  
853 medicamento gratuito e medicamento popular - é preciso trabalhar essa questão de melhor forma.  
854 Também perguntou se o resultado do acompanhamento feito por E e M chega à esfera federal para  
855 avaliação e correção de rumos, se for o caso. Também manifestou a sua indignação com o uso do  
856 programa Farmácia Popular, pelos próprios estabelecimentos, como campanha. Conselheira **Maria do**  
857 **Socorro de Souza** apresentou os seguintes dados da pesquisa da CONTAG com pessoas idosas e  
858 trabalhadores rurais (55 a 80 anos), a serem considerados no debate: 60% possui renda familiar de até  
859 dois salários mínimos; 80% é usuário exclusivo do SUS; 85% avaliou como regular o acesso a  
860 medicamentos; 48% tem gasto para adquirir o medicamento não oferecido pelo SUS; e 15% reivindica  
861 a presença de farmacêutico para atender a população. Destacou que o Programa, apesar de  
862 importante por garantir o acesso, não pode comprometer a proposta de fortalecimento da farmácia  
863 básica. Também disse que é preciso definir uma estratégia de esclarecimento do usuário que utiliza a

Farmácia Popular para assegurar o controle de eventuais desvirtuamentos. A respeito do medicamento em casa, destacou que é preciso debater de acordo com a realidade e perguntou sobre os medicamentos fitoterápicos. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** destacou que os usuários estão satisfeitos com o programa, por conta da melhoria do acesso a medicamentos e também ressaltou que não houve diminuição de recursos investidos, pelas três esferas, nas farmácias básicas por conta do Farmácia Popular. Defendeu a ampliação de recursos para que os municípios melhorem a qualificação das farmácias básicas e, em relação à Farmácia Básica, defendeu aumento do repasse, feito pelo MS, para manutenção da iniciativa. **Retorno da mesa.** O diretor do DAF/MS, **José Miguel do Nascimento**, explicou que o GT do MS, referido pelo Conselheiro Ronald dos Santos, foi constituído com o foco de estabelecer diretriz para o cuidado (inserção da assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde) e não tratar da estruturação. Por outro lado, disse que o Qualificar tem por foco a estruturação das farmácias, sendo R\$ 17 milhões em 2012 e quase R\$ 30 milhões em 2013, contemplando mais de 450 municípios. De todo modo, disse que levaria a solicitação de debate da estruturação da assistência farmacêutica pública ao Secretário da SAS para definição sobre como conduzir o processo. Explicou ainda que a campanha de mídia do Programa Farmácia Popular explicita "que é o dinheiro do imposto retornando para você". Destacou ainda que eventuais irregulares das farmácias devem ser denunciadas no número 136 para investigação, por parte do MS. Também salientou que o Programa é bem avaliado – segundo dados preliminares, 92% dos entrevistados avaliam o Programa de forma positiva – e realiza transferência de renda de forma direta - 69% dos entrevistados tiveram economia média de R\$ 40,46. Sobre os fitoterápicos, disse que o Programa possui uma rubrica, tendo sido executados R\$ 12 milhões, com apoio de projetos de arranjos produtivos locais. Colocou-se à disposição para dialogar sobre a prescrição do profissional farmacêutico, apesar de esta não estar na linha de prioridades. Sobre a incorporação de medicamentos, destacou que a demanda por incorporação é feita pela indústria farmacêutica, podendo ser feita também pelo MS e pela sociedade. Salientou que os prazos para incorporação são respeitados e lembrou que nem sempre o novo é mais eficaz que o já utilizado. Sobre o Plano de Resíduos Sólidos, disse que as farmácias devem adotá-lo, conforme prazo definido pela ANVISA. Na sequência, conselheira **Jurema Werneck** sintetizou as propostas apresentadas pelo Plenário, lembrando que algumas já haviam sido acatadas pelo diretor do DAF, sendo: **1)** deliberar pela inversão do modelo de investimento público no Programa Farmácia Popular, de modo a garantir o retorno do investimento para o Sistema Público; **2)** solicitar ao MS que retome o GT de Estruturação da Assistência Farmacêutica (o diretor do DAF irá dialogar com o Secretário Helvécio Magalhães a respeito); **3)** delegar à Comissão de Assistência Farmacêutica do CNS a definição de uma proposta de atualização da política nacional de assistência farmacêutica, a ser apresentada ao CNS; e **4)** sugerir ao MS que avalie a possibilidade de uso de analgesia no parto normal como mecanismo para estimular esse tipo de parto. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** disse que é preciso rever a inserção do profissional de enfermagem no Programa, uma vez que esses profissionais prescrevem orientados por determinação dos Programas do MS e está de acordo com a Lei de Exercício Profissional. Salientou que a prescrição feita pelos enfermeiros é recusada nos estabelecimentos, impossibilitando o acesso do usuário ao medicamento. Conselheira **Jurema Werneck** disse que o diretor do DAF colocou-se à disposição para tratar dessa demanda. Conselheira **Lígia Bahia** informou que foi divulgada na mídia a realização de inquérito sobre assistência farmacêutica e sugeriu que o CNS participe de todas as etapas, entendendo que o CNS deve ser formulador das informações mais adequadas e não apenas consumidores. Conselheira **Jurema Werneck** colocou o entendimento de que as propostas colocadas seriam acatadas pelo MS. O diretor do DAF/MS, **José Miguel do Nascimento**, explicou que a pesquisa, divulgada em portaria de setembro de 2012, terá como foco o acesso, promoção e uso racional de medicamentos. Disse que se trata de um trabalho multicêntrico, coordenado pela UFRS e UFMG, e que o inquérito domiciliar e o rol dos requisitos da investigação de serviços foram concluídos, não sendo possível formular novos requisitos porque esse processo já fora concluído e a pesquisa estava em campo. Conselheira **Lígia Bahia** ressaltou que o CNS deseja participar da definição da política e não ser um mero recebedor de informações. **Com essas colocações, a mesa declarou aprovadas as propostas oriundas do debate:** **1)** deliberar pela inversão do modelo de investimento público no Programa Farmácia Popular, de modo a garantir o retorno do investimento para o Sistema Público; **2)** solicitar ao MS que retome o GT de Estruturação da Assistência Farmacêutica (o convidado irá dialogar com o Secretário Helvécio Magalhães a respeito); **3)** delegar à Comissão de Assistência Farmacêutica do CNS a definição de uma proposta de atualização da política nacional de assistência farmacêutica, a ser apresentada ao CNS (debater a questão da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro); e **4)** sugerir ao MS que avalie a possibilidade de uso de analgesia no parto normal como mecanismo para estimular esse tipo de parto. Diante da presença dos convidados externos para o item 5 da pauta, o Plenário decidiu adiar o item 3 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, DST-Aids) – para a próxima reunião do CNS. De imediato, a mesa foi composta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 – SITUAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE** - Apresentação: **Isaú Gerino**

926 Vilela da Silva, Secretário de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte – SES/RN; **Maria**  
927 **Joilca Bezerra Loureiro Carvalho**, Secretária Municipal de Saúde de Natal – SMS/Natal; **Francinete**  
928 **Melo dos Santos**, Presidente do Conselho Estadual de saúde do Rio Grande do Norte – CES/RS; **Iara**  
929 **Maria Pinheiro de Albuquerque**, Promotora de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte.  
930 *Coordenação:* conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente,  
931 conselheiro **Clóvis Boufleur** contextualizou que o CNS decidiu pautar a situação da saúde no Rio  
932 Grande do Norte na linha de tomar conhecimento do que ocorre no Estado e tentar contribuir na  
933 definição de soluções para os problemas identificados. Lembrou que a pauta insere-se no contexto de  
934 debate da situação de saúde de outros Estados, atendendo a demandas e buscando soluções. Feitas  
935 essas considerações, abriu a palavra para os convidados. A primeira expositora foi a Presidente do  
936 CES/RN, **Francinete Melo dos Santos**, que colocou a posição do Conselho Estadual sobre a situação  
937 da saúde no Rio Grande do Norte. Relatou que, desde fevereiro de 2012, o CES enfrenta um dos  
938 piores momentos do controle social no Estado e a representação do governo sequer participa das  
939 reuniões do Colegiado. Disse que, diante da gravidade da situação da saúde no Estado, o Conselho,  
940 junto com o MPE, formou um fórum de saúde pública para enfrentar o que ocorria. Salientou que a  
941 situação agravou-se ainda mais com a contratação, em fevereiro de 2012, da Organização Social A  
942 Marca para gerenciar o hospital da mulher, em Mossoró. Acrescentou que essa situação ocorreu sem  
943 debate prévio com o controle social do Estado e o CES e o MPE fez uma visita ao hospital da mulher e  
944 foram identificadas uma série de irregularidades que serão relatadas em relatório, a ser encaminhado  
945 ao Plenário do CNS. Salientou que a falta de assistência nos municípios sobrecarrega a rede de Natal,  
946 em especial o hospital Walfrido Gurgel e frisou que, historicamente, a saúde no Estado do Rio Grande  
947 do Norte é tratada como política de governo e não de Estado. Nesse contexto, relatou que são  
948 enfrentados problemas assistenciais como: desabastecimento constante; falta de estrutura dos  
949 hospitais (a Promotoria de Justiça elaborou relatórios sobre a situação dos hospitais estaduais e serão  
950 disponibilizados); superlotação dos hospitais - pacientes em corredores; falta de resolutividade da  
951 Atenção Básica e da Média Complexidade; déficit de profissionais e precarização do trabalho; e mortes  
952 evitáveis em decorrência da desassistência. No que se refere à gestão, disse que os problemas são  
953 morosidade no desenvolvimento das ações planejadas – Plano de enfrentamento às ações de urgência  
954 e emergência; desrespeito às pactuações; terceirizações dos serviços à revelia do CES; desrespeito ao  
955 Conselho Estadual de Saúde; falta de pagamento e repasse aos fornecedores e prestadores  
956 (aproveitou para saudar o secretário pela aquisição de roupas para os hospitais do Estado. Antes, eram  
957 utilizadas as roupas da empresa responsável pela lavanderia); e celebração e execução de contratos  
958 sem submeter ao CES/RN. Destacou também a incapacidade de gestão do Sistema, o que resulta em  
959 privatizações e inviabilidade do funcionamento da CIES e ressaltou o problema da falta de autonomia  
960 da gestão da saúde com defesa da autonomia da Secretaria na gestão financeira. Também destacou  
961 que o Estado enfrenta dificuldades com a questão das auditorias e ouvidorias, salientando que a  
962 governadora do Estado contratou auditoria externa para auditar o hospital da Mulher. Salientou que os  
963 Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem interditaram hospitais e defendeu que o ponto  
964 eletrônico seja aplicado a todos os profissionais. Ainda sobre a gestão, destacou o problema da falta de  
965 investimento, do subfinanciamento e má distribuição dos recursos. Também falou sobre o descaso com  
966 o controle social do Estado, reiterando a ausência do representante da gestão estadual nas reuniões do  
967 CES/RN. Além disso, salientou que o CES/RN enfrentou dificuldades acerca da homologação das suas  
968 Resoluções e informou que os projetos de redes de atenção e de criação de serviços não foram  
969 submetidos à apreciação do CES. A respeito do orçamento geral do RN, disse que é insuficiente para  
970 custear as ações de saúde no Estado. No mais, destacou o descumprimento de calendário de  
971 planejamento, prestações de contas e RAG (Lei nº141/2012). Por fim, apresentou as propostas do  
972 CES/RN acerca da situação da saúde no Estado: Termo de ajuste de gestão acompanhado  
973 presencialmente por equipe do MS; auditoria dos programas e recursos federais; e apresentação ao  
974 CES de relatório de cumprimento de metas e calendário de prestação de contas do recurso extra teto  
975 para o Plano de Enfrentamento às Ações de Urgência e Emergência. Após, fez uso da palavra o  
976 Secretário de Saúde do RN, **Isaú Gerino Vilela da Silva**, representando a governadora do Rio Grande  
977 do Norte. Inicialmente, o Secretário esclareceu que assumiu a gestão da SES/RN no dia 6 de junho de  
978 2012 e, desde então, tem implementado ações para enfrentar os problemas, em especial, do hospital  
979 Walfrido Gurgel. Ressaltou as ações adotadas já tiveram resultados positivos como a diminuição do  
980 número de pacientes nos corredores, apesar de o desejável é que nenhum paciente se encontre nessa  
981 situação. Também informou que foi incluído SOS emergência no hospital para dar apoio às ações de  
982 saúde. Ressaltou que o Rio Grande do Norte encontra-se em estado de calamidade pública, por um  
983 período de 180 dias, e estão sendo realizadas reformas em cinco hospitais, com ampliação de leitos,  
984 especialmente de UTIs. Salientou que essas e outras ações adotadas pela Secretaria visam dar  
985 resposta à situação e garantir condições dignas para os usuários do SUS. Também falou da sua  
986 dificuldade em participar das reuniões do CES/RN por conta da situação da saúde no Estado e solicitou  
987 compreensão a esse respeito. Feitas essas considerações, passou a palavra ao coordenador de

988 promoção à saúde do RN, **Azevedo Júnior**, que apresentou o plano de enfrentamento da situação da  
989 saúde no Estado do Rio Grande do Norte. Iniciou explicando que o Estado possui uma população de  
990 mais de 3 milhões de habitante e 42% desse total concentra-se na região da grande Natal. Destacou  
991 que são oito regiões de saúde, mas existe uma busca por atendimento na região metropolitana. Disse  
992 que 167 municípios possuem Estratégia da Saúde da Família implantada e é preciso cobrar a qualidade  
993 dessa estratégia, assegurando resolutividade. Detalhou que a rede é composta por 193 hospitais,  
994 hospitalares de pequeno porte nos municípios; e 7.803 leitos, mas apenas 6.623 do SUS. Destacou que  
995 são 241 leitos de UTI, concentrados na grande Natal ou em Mossoró, sendo 84 leitos habilitados em 18  
996 meses. Também chamou a atenção para a inversão da pirâmide populacional e destacou que é  
997 necessário preparar a rede para enfrentar os problemas crônicos, além dos agudos. Apresentou ainda  
998 os seguintes dados sobre a situação de saúde no RN: a) Taxa de mortalidade proporcional (%) das dez  
999 principais Causas de Mortalidade de Residentes no Rio Grande do Norte, 2000 a 2010 – destaque para  
1000 doenças esquêmicas, neoplasia, violência; b) mortalidade infantil – taxa superior a do país (está sendo  
1001 enfrentada); c) vacinas – após três anos, as metas foram alcançadas; d) número de mortes por  
1002 acidente de transporte – 70 a 100 óbitos em 2010. Segundo, falou sobre as Redes de Atenção à Saúde  
1003 e as realizações em 2011-2012, com destaque para a criação do Grupo Condutor Estadual e os grupos  
1004 temáticos das redes de atenção à saúde. Segundo, relatou as ações adotadas pela SES, nos últimos  
1005 três meses, destacando: aceleração da regionalização do SAMU, que ganhou 8 novas bases: Touros,  
1006 João Câmara, Nova Cruz, Goianinha, Canguaretama, Santo Antônio do Salto da Onça, Lajes (em  
1007 implantação) e Assu (beneficiando Angicos, Triunfo Potiguar, Paraú, Ipanguaçu, Pendências, Alto do  
1008 Rodrigues, Carnaubais, Itajá e Fernando Pedrosa); mais 5 ambulâncias para o auto Oeste; 30  
1009 ambulâncias novas e equipadas, que estavam paradas, foram distribuídas para as bases do SAMU,  
1010 viabilizando parte dessa expansão; conclusão da descentralização da saúde, saindo de 50% para  
1011 100% dos municípios com Gestão Plena de Saúde; conclusão da reforma do Hospital Regional de  
1012 Apodi; implantação da sala de estabilização no hospital municipal de Pendências; e implantação de um  
1013 hospital materno-infantil na Região Oeste, Hospital da Mulher Parteira Maria Correia, agregando 62  
1014 leitos à rede estadual, dos quais 7 são de UTI neonatal e 9 de UTI Adulto (não havia assistência à  
1015 mulher na área). Salientou que houve 50% de redução da mortalidade materna na Região Oeste e  
1016 queda de cerca de 60% na mortalidade neonatal e, em 2012, foram realizadas mais de trinta mil  
1017 mamografias no estado, caracterizando aumento de mais de 50% em relação a 2010, mas ainda é  
1018 pouco diante das demandas. Além disso, ressaltou que a fila do transplante de córnea, cuja espera era  
1019 de 5 anos, foi zerada e o Rio Grande do Norte passou à posição de 3º maior captador de órgãos do  
1020 país. Também disse que, em dezembro de 2011, a Secretaria colocou em funcionamento o laboratório  
1021 de HLA, assim, exames para transplante, antes realizados na iniciativa privada, agora são feitos pelo  
1022 Estado. Também detalhou o Plano de Enfrentamento para os Serviços de Urgência e Emergência do  
1023 RN, destacando que são R\$ 25 milhões de reais do Tesouro do Estado e MS para reforma,  
1024 restauração, ampliação e equipagem dos hospitais: Giselda Trigueiro, João Machado, Santa Catarina,  
1025 Walfredo Gurgel e Maria Alice, em Natal; Deoclécio Marques em Parnamirim; Rafael Fernandes e  
1026 Tarcísio Maia, em Mossoró; e os Hospitais Regionais de Macaíba, Santo Antônio, São Paulo do Potengi  
1027 e Caicó (Prazo: 3 meses). Também destacou o investimento de R\$ 4,2 milhões do MS para criação de  
1028 uma Central de Regulação Única (CRU) para gerenciamento dos leitos da rede pública de saúde do  
1029 RN, com implantação de sistema e capacitação dos profissionais. Enemou ainda as seguintes ações: **1)**  
1030 início do repasse de R\$ 600 mil reais/mês para custeio de hospitais da rede estadual, na RMN, pelo  
1031 Ministério da Saúde, dos quais 300 mil são para o Walfredo Gurgel; **2)** repasse dos recursos do S.O.S.  
1032 Emergência aos hospitais. Apenas para o Walfredo R\$ 650 mil; **3)** implantação de 100 novos leitos de  
1033 retaguarda clínica, com repasse de verbas pelo MS. Prazo: Implantação imediata, mediante  
1034 apresentação dos servidores. Convênio assinado em 04 de outubro para 60 leitos do HUOL; **4)**  
1035 implantação de 100 novos leitos de retaguarda clínica, com repasse de verbas pelo MS; **5)** conclusão  
1036 da implantação da 1ª fase de regionalização do SAMU 192 estadual, com extensão das bases para o  
1037 Oeste, Seridó e Trairi (42% para 72% da população); 6) solicitação imediata ao MS para vinda do INTO,  
1038 força-tarefa do MS, para zerar a fila de cirurgias ortopédicas eletivas. Prazo: 30 dias. As negociações a  
1039 esse respeito foram retomadas após o regresso da greve. Aguardando envio da lista de pacientes que  
1040 requerem cirurgias eletivas de ortopedia; **6)** chamamento público para Parceria Público-Privada  
1041 destinada à construção de um novo hospital de trauma na Região Metropolitana de Natal. Conclusão do  
1042 projeto executivo em 60 dias, com posterior licitação e início das obras em abril de 2013. Inauguração  
1043 da primeira fase em abril de 2014; **7)** convocação dos gestores da área metropolitana de Natal para  
1044 pactuação de medidas para a rede de urgência e emergência; **8)** investimento de R\$ 5 milhões de  
1045 recursos do Tesouro para garantir o abastecimento imediato das necessidades básicas dos hospitais  
1046 da rede pública estadual. Alguns hospitais já estão com 90% de abastecimento (Maria Alice e o Giselda  
1047 Trigueiro), e Walfredo Gurgel atingiu a marca de 60% de abastecimento; **9)** habilitação do helicóptero  
1048 Potiguar I, de operações táticas e salvamento, no MS, para ser usada como unidade aeromédica, por  
1049 meio de convênio entre a PM e o SAMU. Servirá ao transporte de pacientes para transplante e para

atendimento em situações críticas. Já iniciada sua operacionalização e encontra-se disponível para atendimento pré-hospitalar aéreo e transporte aeromédico; **10)** licitação para construção da UPA de São Gonçalo. Prazo: 60 dias. Processo em andamento na Secretaria de Infraestrutura; **11)** UPAs de Parnamirim e Macaíba em fase de conclusão (obras foram retomadas); **12)** publicação das escalas de todos os médicos do Estado em site da SESAP, com encaminhamento das mesmas ao Ministério Público e ao CRM; **13)** adoção do ponto eletrônico nas unidades hospitalares para todos os profissionais; **14)** convocação dos servidores da saúde cedidos a outros órgãos, que não façam parte da rede SUS; **15)** início da implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do RN, a partir da identificação do perfil de atendimento, da capacidade e da resolutividade de cada instituição, conforme previsto no plano aprovado pelo MS; **16)** estruturação de 7 hospitais regionais, que serão reestruturados como referência regional à rede de urgência e emergência: Pau dos Ferros, Assu, João Câmara, São Paulo do Potengi, Santo Antônio do Salto da Onça e Caicó. Estruturação em andamento. Será concluída com a finalização das reformas; e **17)** implantação de 03 salas de estabilização nos hospitais municipais de Goianinha, Monte Alegre e Extremoz; implantação do modelo de acolhimento com classificação de risco na porta do Walfrido Gurgel, Santa Catarina e Deoclécio Marques de Lucena. (intervenção na porta por um período determinado, até que a RUE e a CRU estejam funcionando a contento). No que se refere à gestão, disse que apenas o RN não aderiu ao DECRETO nº. 7508/2011, mas no próximo ano isso será feito. Salientou que, nesse momento, são necessários três processos: regionalização e gestão regional; pactuações das ações e serviços de saúde; e instrumentos de gestão. A respeito da regionalização e gestão regional, disse que o Estado dispõe de 8 CIR implantado com regimento atualizado, 24 apoiadores e agenda de reuniões mensais implantadas nas 8 CIR. Enumerou como desafios da gestão: superar a crise crônica da rede hospitalar (subfinanciamento; baixo investimento; baixa capacidade gerencial; e ineficiência de escala); modificar a Lei Complementar nº 141/2012, evitando o desequilíbrio do financiamento entre os entes (Saúde + 10%); preparar o sistema de saúde para responder a um quadro epidemiológico marcado pela tripla carga de doenças, com predomínio relativo das doenças crônicas; preparar o Sistema para transição demográfica; melhorar a qualidade e o acesso às ações e serviços de saúde; aumentar a eficiência das ações de atenção básica para que o Executivo estadual exerça seu papel de coordenador do cuidado no seu território; regular os profissionais para atender as ações efetivas do governo e não às conveniências do mercado; e lutar pela equidade orçamentária e financeira dos entes federativos. Salientou que as ações previstas no Plano estão em andamento, com presença e acompanhamento diário da governadora do Estado. Frisou que o desafio da gestão está sendo enfrentado e o início da ação do SOS Emergência no HWG será estratégico. Ressaltou que a determinação é que, ao final do período do decreto de calamidade, as condições estejam estabelecidas para que a rede de urgência do RN passe a outro patamar em termos de capacidade de resposta. A Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN, **Maria Joilca Bezerra Loureiro Carvalho**, interveio para agradecer a oportunidade e dizer que, ao assumir a gestão da SMS de Natal há 20 dias, encontrou situação delicada na saúde. Explicou que recebeu da gestão anterior uma lista de 20 prioridades emergenciais, das quais foram eleitas 8 e buscou a SES/RN, a governadora e a prefeita para nova pactuação no que diz respeito às responsabilidades de cada ente. Salientou que essa nova parceria pactuada possibilitou avançar um pouco na solução da situação encontrada. Explicou que coordenou a Estratégia Saúde da Família no município de Natal e conhece os gargalos da atenção básica local. Desculpou-se por não ter apresentação, mas disse que a intenção principal era ouvir o CNS. A seguir, fez uso da palavra a Promotora de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte, **Iara Maria Pinheiro de Albuquerque**, que iniciou agradecendo o convite e esclarecendo que focaria a sua fala em dois documentos: "Relatório de Avaliação das Ações do Plano de Enfrentamento a Emergência no Estado do Rio Grande do Norte" e "Relatório Situacional acerca da Grave Incapacidade Gerencial do Município de Natal no Âmbito da Área Sanitária". Começou falando sobre o "Relatório Situacional acerca da Grave Incapacidade Gerencial do Município de Natal no Âmbito da Área Sanitária", comentando um a um os quatro pontos do documento: precárias condições de funcionamento das unidades municipais de saúde de Natal; crônico desabastecimento e desperdício de medicamentos em toda a rede de serviços de saúde; Inadimplemento contratual do Município de Natal em relação aos prestadores privados de serviços médicos; serviços sob intervenção judicial – situação da unidade de pronto atendimento (UPA Pajuçara) e Ambulatórios Médicos Especializados. A respeito das precárias condições de funcionamento das unidades municipais de saúde de Natal, disse que são inúmeras unidades básicas desorganizadas territorialmente, funcionando em locais alugados, sem manutenção. Também não há capacitação de pessoal, fixação de equipe, sendo necessária maior racionalização para melhorar a capacidade gerencial, com atendimento adequado a todos os territórios. Relatou que os cargos comissionados (chefias de unidades) são loteados para vereadores, com descompromisso com a continuidade das ações. Destacou que o resultado é falta de compromisso com o serviço, falta de controle de frequência, entre outros problemas. Disse ainda que há filas para atendimento, falta de investimento na rede, impossibilidade de marcação de consultas por não funcionamento do sistema e de utilização dos

telefones que não funcionam por falta de pagamento. Salientou que o Relatório apresenta o resultado das visitas do MP a cinco hospitais, mas o Ministério visitou todas as unidades do município. Também disse que aquela reunião coincidiu com a presença de representantes do MS no Estado, o que, de certo modo, trouxe prejuízos ao debate estadual. Destacou ainda o crônico desabastecimento e desperdício de medicamentos em toda a rede de serviços de saúde, ressaltando o grande montante de medicamentos a serem incinerados. Além disso, salientou a ausência de controle na circulação de medicamentos e a falta de farmacêuticos para dispensação de medicamentos nas unidades de saúde. Falou ainda sobre o inadimplemento contratual do Município de Natal em relação aos prestadores privados de serviços médicos. Disse que o contrato é extremamente oneroso, mas a gestão continua a firmá-lo para oferecer garantia de atendimento aos usuários do interior do Estado. Explicou que o município assina os contratos, mas não honra os pagamentos, gerando sucessivas paralisações no atendimento cirúrgico. Diante dessa situação, explicou que o MP solicitou a intervenção do Tribunal de Contas do Estado, a fim de assegurar o cumprimento do contrato para prestação contínua de serviço essencial. Além dessas questões, explicou que o relatório do MP detalha os serviços sob intervenção judicial – situação da unidade de pronto atendimento (UPA Pajuçara) e Ambulatórios Médicos Especializados. Disse que foi contratada OS, pelo município, para unidade de serviço que seria inaugurada pelo então Presidente Lula. Explicou que o MP acompanhou o processo e entrou com ação demonstrando que a lei municipal se confronta com a Lei nº. 8.080/1990, no que diz respeito à relação do ente privado no âmbito do SUS. Destacou que o juiz manifestou-se contra a ação, mas, paralelamente, o MPE monitorou a gestão dos serviços por dois anos, em uma operação sigilosa, que resultou na prisão dos dirigentes da OS gestora de unidades de saúde no município. Desse modo, disse que a gestão dos serviços continua sob intervenção, porque o serviço era contínuo e essencial (UPA e AMEs). Salientou que naquele mês - outubro de 2012 - os serviços deveriam voltar para a gestão do município, mas nada foi feito pela gestão para se preparar nesse sentido. Ressaltou que o MP, municido pelo Relatório, solicitou atuação da prefeita e aguarda o posicionamento. Também aproveitou a oportunidade para entregar à Secretaria Municipal de Saúde o Relatório elaborado pelo Ministério Público. Por conta da exiguidade de tempo, disse que não seria possível apresentar o Relatório sobre a situação do Estado do Rio Grande do Norte, mas entregou uma cópia à coordenação da mesa. Solicitou ainda que o Pleno reforce a presença e acompanhe as ações do MS na capital por conta do risco alto de desassistência à população e diante da grave dificuldade gerencial da SES. Disse que hoje o Estado conta com a presença maciça do Ministério Público local, mas ainda é necessário fortalecer esse processo de acompanhamento. Por fim, solicitou que o CNS fiscalize os recursos repassados ao Estado e ao município de Natal, por conta da Portaria nº. 1.499. Atendendo à solicitação do conselheiro Jorge Alves de Almeida Venâncio, a mesa concedesse mais 5 minutos para relato da promotora sobre a atuação de organização criminosa no âmbito de OS em Natal. Segundo a promotora, trata-se de uma organização criminosa em OS no município de Natal que coopta agentes públicos para autorizar a execução dos serviços, utilizando de várias empresas fantasmas. Destacou que o ganho mais específico da organização se dá pelo superfaturamento de contratos ou contratos desnecessários, com cooptação de gestores públicos para evitar fiscalização. Citou, por exemplo, que a OS possuía três contratos de publicidades com três empresas distintas (R\$ 27 mil/mês); contrato para alimentar o CNES (R\$ 40 mil/mês); contrato com laboratório de análise clínica no Rio de Janeiro – pendência de entrega de 14.679 exames; e acordo verbal firmado entre a Direção da Associação Marca e a Direção da COOPMED – médicos contratados para plantão de seis horas que cumpriam carga horária de quatro horas. Também destacou que eram armazenados em local totalmente inadequado os prontuários e documentos relacionados aos serviços de saúde prestados nas AMEs e na UPA geridos pela Associação Marca (os documentos estavam na casa do proprietário da empresa G e J, na área externa da moradia, sem nenhum acondicionamento necessário). Além disso, frisou que auditoria realizada apontou superfaturamento dos contratos – o valor era de R\$ 3,6 milhões quando poderiam ser firmados por R\$ 1,9 milhão. Salientou que todos os agentes públicos envolvidos foram afastados e o MP solicitou e foi concedido o afastamento cautelar da Secretaria de Saúde que, posteriormente, pediu exoneração. **Manifestações.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** iniciou agradecendo a presença dos convidados e as apresentações esclarecedoras que contribuiriam para tomada de decisão. Destacou que a situação do Estado do Rio Grande do Norte é comum a outros Estados e resulta de um processo ideológico de desconstrução do sistema público colocado em prática no país. Portanto, o desejável seria que esse debate fosse um marco também para os demais estados brasileiros que vivem situação semelhante. Destacou que 85% dos procedimentos especializados realizados no Estado são comprados no setor privado e não há financiamento que dê conta. Além disso, a força de trabalho é terceirizada e operaram carteis chamados de “cooperativas médicas”, sendo a gestão refém desse esquema. Disse que a privatização é tão grave que atingiu a gestão dos serviços de saúde e lembrou as denúncias em relação às organizações sociais. Também denunciou que a diretora do HEMONORTE enfrenta dificuldade para credenciar serviço público de hemoterapia porque o HEMOVIDA privado consegue o que quer no MS. Nesse sentido, solicitou audiência do MS

1174 com a diretora do HEMONORTE para saber o motivo de o serviço público não ser credenciado. A  
1175 respeito da atenção básica nos municípios, disse que se resume ao Programa Saúde da Família e a  
1176 falta dessa atenção leva à superlotação dos hospitais. No mais, salientou que os hospitais regionais  
1177 não funcionam e o sistema de saúde do RN paga médicos para realizar procedimentos e cirurgias em  
1178 hospitais privados (acrescenta-se ainda que esses não cumprem os plantões definidos). Apelou ao  
1179 Secretário Estadual de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde que dialoguem e respeitem as  
1180 decisões dos conselhos de saúde, a fim de ter sucesso nas ações a serem implantadas. Também  
1181 manifestou preocupação com a proposta da governadora do Estado de firmar Parceria Público-Privada  
1182 para construir um hospital próprio para ortopedia. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS acione o  
1183 Ministério da Saúde para que o DENASUS realize auditoria na SES e SMS, particularmente no serviço  
1184 privatizado; que o MS, nos termos da resolução do CNS, não reconheça processo de privatização sem  
1185 a manifestação favorável do Conselho e, no caso, suspenda o repasse de recursos; e que os  
1186 Secretários de Saúde defendam sistema público, sem precarização e privatização, de interesse do  
1187 povo e não do privado. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** ficou estarrecida com a situação  
1188 crítica da saúde no Rio Grande do Norte, que era recorrente e lembrou que o tema já foi objeto de  
1189 debate no CNS e foram tomadas providências no sentido de resolver a situação. Nesse sentido,  
1190 solicitou o resgate da decisão do CNS à época e a definição de um mecanismo para monitorar as  
1191 denúncias apresentadas no Plenário. Conselheira **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa** lembrou que  
1192 houve descontinuidade na oferta da medicação de suporte para hepatite C durante sete meses e  
1193 somente agora a situação normalizou-se. Como alternativa, sugeriu que o MS centralize a compra das  
1194 medicações a fim de evitar óbitos das pessoas que precisam dos insumos. Conselheiro **Alcides Silva**  
1195 **de Miranda** identificou, a partir das apresentações, o fenômeno em que as políticas públicas e políticas  
1196 sociais são “rifadas” no mercado da pequena política a partir de uma lógica de governabilidade que se  
1197 mantém por negociações em bastidores. Uma consequência prática desse fenômeno é a redução do  
1198 que é a gestão a um determinado componente e o agenciamento da responsabilidade pública de  
1199 gestão. Nesse aspecto, disse que, muitas vezes, o gestor governamental é um “síndico” de  
1200 possibilidades, no caso, síndico de crises. Salientou que esse não é um fenômeno específico do Estado  
1201 do RN e de Natal. Disse que é preciso deixar claro as lacunas que essas alternativas de agenciamento  
1202 de responsabilidade pública trazem e o risco das denúncias de corrupção serem utilizadas pela mídia  
1203 para justificar que não se deve aumentar o financiamento do SUS sob o pretexto de ser um sistema  
1204 corrupto. Ressaltou que não se deve cair nessa armadilha e, de outro lado, enfatizar o controle público,  
1205 em especial o MP, que atua para resguardar o interesse público e salvar vidas. Destacou que a  
1206 responsabilidade do CNS é enorme – denunciar e dizer o porquê os gestores optam por uma ideia de  
1207 governabilidade traficada no mercado da pequena política. Ressaltou que se utiliza o discurso de  
1208 governança, com busca de estabilidade a partir de consensos estabelecidos em locais onde estão  
1209 ausentes aqueles que sofrem nas filas. Disse que é preciso analisar a situação para além da discussão  
1210 conjuntural, porque outros casos semelhantes ocorrem no país. A conselheira estadual de saúde/RN,  
1211 **Francisca Valda**, vice-presidente do CES/RN, agradeceu o CNS pela defesa do SUS 100% público e  
1212 salientou que se vive uma crise de projetos para a saúde e o Sistema. Disse que o CMS e o CES  
1213 manifestaram-se, por resolução, contra a privatização do SUS e a terceirização das ações de saúde,  
1214 mas está em curso um modelo substitutivo da gestão pública no SUS por gestão privada. Ressaltou  
1215 que a crise da gestão é orquestrada, por decisão política e há várias vítimas desse processo, inclusive  
1216 crianças (como é caso de um garoto de 12 anos que demorou quatro meses para ser operado e faleceu  
1217 dois após de ter se submetido à cirurgia). Destacou que as entidades médicas, junto com os direitos  
1218 humanos, além do CMS/Natal solicitaram a intervenção federal na saúde em Natal. Disse que outros  
1219 problemas a serem enfrentados é a indicação de gestores por critério político e os entraves  
1220 burocráticos que dificultam o trabalho dos técnicos. Ressaltou que vários atores foram acionados, mas  
1221 a situação ainda não foi resolvida, assim, solicitou posição do CNS considerando o marco regulatório  
1222 da saúde. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** avaliou que o problema da saúde pública no  
1223 Estado do Rio Grande do Norte é caso de polícia e os responsáveis devem ser punidos. Nessa linha,  
1224 perguntou se tramitam ações criminais na justiça e a que se referem – responsabilização criminal ou  
1225 também de devolução de recursos aos cofres públicos. Destacou que essa prática ilícita acabará  
1226 quando os gestores responsáveis forem punidos – aqueles que desviam recursos ou administram mal.  
1227 Conselheira **Marisa Furia Silva** avaliou que esse é o momento de monitorar o que irá acontecer daqui  
1228 em diante, considerando o plano de ação da Secretaria e do governo. O Promotor de Justiça **José**  
1229 **Marcelo**, interveio para explicar que a proposta do governo do RN é firmar Parceria Público-Privada  
1230 para construção de hospital e funcionamento de setores e não a transferência de atividade fim. Disse  
1231 que o problema da terceirização é comum a várias áreas e há inúmeros contratos privados que  
1232 precisam controlados, repensados ou até extintos. Também fez referência à proposta de suspensão de  
1233 repasse ao Estado do RN e salientou que o Estado deve ser tratado como os demais estados,  
1234 lembrando que tal atitude não foi adotada em relação aos demais estados da federação. Conselheira  
1235 **Graciara Matos de Azevedo** destacou que o debate refere-se à defesa da vida e solicitou que isso não

1236 seja deixado de lado em nenhum momento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** interveio para  
1237 esclarecer que a privatização ocorre em relação a atividades fim e meio, contrariando a lei e destacou  
1238 que a Parceria Público-Privada também é uma forma de privatização e não está prevista na legislação.  
1239 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** avaliou que o CNS deve apontar uma solução para a situação  
1240 do RN e avaliou que a proposta de suspensão de verba não é a saída adequada. Disse que um grupo  
1241 do MS está acompanhando a situação do Estado e sugeriu estabelecer um prazo para aguardar as  
1242 ações desse grupo e retomar o tema posteriormente. Também sugeriu convidar a SES e a SMS para  
1243 debater o COAP por entender que contribuirá para o funcionamento e organização dos serviços no  
1244 Estado. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** esclareceu que não defendeu a aprovação, por parte do  
1245 CNS, de suspensão de verbas para o Rio Grande do Norte, mas sim que o MS não repasse recursos  
1246 para custear serviços prestados por entidades privatizadas, contra a posição do Conselho de Saúde.  
1247 **Retorno da mesa.** A Presidente do CES/RN, **Francinete Melo dos Santos**, agradeceu a oportunidade  
1248 e disse que o CES sai desse debate fortalecido para enfrentar os problemas e fazer com que o SUS  
1249 funcione. Disse que o Conselho continuará a luta contra as privatizações no Estado e diversos  
1250 processos e contratos estão sendo analisados. Por fim, reiterou a importância da presença de um  
1251 representante da SES/RN nos debates do CES/RN, a fim de estreitar o diálogo entre a gestão e o  
1252 controle social e assegurar uma saúde com a resolutividade que a população merece e espera. O  
1253 Secretário da SES/RN, **Isaú Gerino Vilela da Silva**, primeiro, agradeceu e registrou que a Secretaria  
1254 está à disposição para que o Conselho acompanhe as ações a serem executadas. Também reiterou  
1255 que o compromisso é com o cidadão que sofre nos corredores dos hospitais do Estado e a meta  
1256 principal é alcançar saúde de qualidade no Rio Grande do Norte. Disse que há muitas dificuldades a  
1257 serem enfrentadas no âmbito da administração e citou a greve dos profissionais médicos, que dura  
1258 cinco meses, e o boicote ao ponto eletrônico. A Secretária da SMS/Natal, **Maria Joilca Bezerra**  
1259 **Loureiro Carvalho**, também agradeceu o espaço para debater o tema e colocou duas questões para  
1260 reflexão. A primeira dela refere-se ao questionamento da probidade dos secretários e destacou que às  
1261 vezes é difícil dar continuidade às ações por conta de problemas no repasse de recursos, pela  
1262 Secretaria de Planejamento. Também solicitou esclarecimentos sobre a solicitação do CMS de  
1263 intervenção federal no município de Natal, lembrando que o pedido de intervenção pode ser feito  
1264 apenas pelo Estado. A Promotora de Justiça **Iara Maria Pinheiro de Albuquerque** fez um  
1265 esclarecimento sobre o Programa de Medicamentos Especiais, explicando que a iniciativa avançou nos  
1266 últimos anos e o Estado do Rio Grande do Norte é penalizado por uma inércia da União que deveria  
1267 financiar de outra forma o Programa. Disse que hoje são mais de 45 mil usuários cadastrados no  
1268 Programa, com impacto positivo na realidade sanitária de saúde, mas, apesar dos avanços, ainda há  
1269 problemas. Destacou que os Estados estão sendo penalizados e essa questão precisa ser vista pela  
1270 gestão federal do SUS. Também falou sobre a responsabilização dos Secretários de Saúde,  
1271 destacando que há uma falha na legislação para responsabilizar gestor público e essa discussão não  
1272 avança por falta de interesse. No caso da OS Marca, disse que há ação de improbidade administrativa,  
1273 ação criminal por atos de corrupção e ação cível na tentativa de fazer com que o município retome a  
1274 gestão direta. Salientou que hoje o MP tem o crédito de ter se aproximado bastante da sociedade e  
1275 ocupa um espaço interessante nesse debate. Como proposta, sugeriu que o CNS se aproxime da  
1276 equipe do MS destacada para acompanhar a situação do Rio Grande do Norte uma vez que é  
1277 temerário repassar recurso para gestão da forma como está. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio**,  
1278 como encaminhamento, solicitou à promotora que entregasse uma cópia dos relatórios para  
1279 conhecimento dos conselheiros e o pedido foi atendido de pronto. Na sequência, conselheiro **Clóvis**  
1280 **Boufleur** sintetizou os encaminhamentos que emergiram do debate e os conselheiros fizeram  
1281 acréscimos. **Deliberação:** foram aprovadas as seguintes propostas: 1) disponibilizar aos  
1282 conselheiros o relatório do MP do Rio Grande do Norte sobre a saúde no Município de Natal; 2)  
1283 acionar o Ministério da Saúde para que realize auditoria nos contratos das cooperativas médicas  
1284 que atuam no Estado do Rio Grande do Norte; 3) acompanhar a evolução das ações  
1285 apresentadas para o Estado do Rio Grande do Norte e o Município de Natal e retomar o tema  
1286 daqui a 60 dias para tomar conhecimento da situação; 4) enviar aos novos gestores do Rio  
1287 Grande do Norte e de Natal a resolução do CNS sobre repasse de recursos aos Municípios; 5)  
1288 solicitar à SE/CNS que faça juntada de documentos sobre controle social para enviar aos  
1289 municípios cadastrados no SIACS; e 6) resgatar os encaminhamentos definidos pelo CNS  
1290 anteriormente acerca da saúde no Estado do Rio Grande do Norte, a fim de serem socializados.  
1291 Após esses encaminhamentos, a mesa agradeceu a presença dos convidados e encerrou o primeiro  
1292 dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares** – **Abrahão Nunes da Silva**,  
1293 Central de Movimentos Populares (CMP); **Alcides Silva de Miranda**, Centro Brasileiro de Estudos de  
1294 Saúde (CEBES); **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
1295 (CONASEMS); **Carlos Eduardo Ferrari**, União Brasileira de Cegos (UBC); **Carlos Alberto Ebeling**  
1296 **Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cid Pimentel**, Ministério da Previdência Social;  
1297 **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Clóvis A. Boufleur**,

1298 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional  
1299 dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação Nacional das Associações de  
1300 Moradores (CONAM); **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em  
1301 Segurança Social/Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Alves Vasconcelos**, Associação  
1302 Brasileira de Odontologia (ABO); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**,  
1303 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,  
1304 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de  
1305 Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **José Carrijo Brom**, Federação Interestadual dos  
1306 Odontologistas (FIO); **José Cechin**, Federação Nacional de Saúde Suplementar; **Jurema Pinto**  
1307 **Werneck**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); **Lígia Bahia**,  
1308 Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); **Lorena Baía Alencar**,  
1309 Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados  
1310 (SIND-NAP); **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Maria do**  
1311 **Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos  
1312 Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura  
1313 (CONTAG); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelson Augusto**  
1314 **Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nildes de Oliveira Andrade**, Federação  
1315 Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Paulo Guilherme Romano**,  
1316 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Ruth Ribeiro Bittencourt**,  
1317 Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e  
1318 Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiratan Cassano Santos**, União  
1319 Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; **Wilen Heil**  
1320 e **Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zilda de Faveri**  
1321 **Vicente Souza**, Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). **Suplentes – Adriana Almeida Antunes**,  
1322 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **André Luiz de Oliveira**, Conferência  
1323 Nacinal dos Bispos do Brasil (CNBB); **Conceição Aparecida Accetturi**, Sociedade Brasileira de  
1324 Profissionais em Pesquisa Clínica (SBPPC); **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional  
1325 dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional (FENAFITO); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação  
1326 das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Elcio A. dos Santos**, Associação  
1327 Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane**  
1328 **Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores;  
1329 **Geraldo Adão dos Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP;  
1330 **Gilson Silva**, Força Sindical; **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO);  
1331 **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Jovita José Rosa**, União  
1332 Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde (UNASUS); **Juares Pires Sousa**, Associação  
1333 Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); **Julia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde;  
1334 **Lucimar Batista da Costa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase  
1335 (MORHAN); **Júlio Atanásio Gevaerd**, Força Sindical; **Maria Ermínia Ciliberti**, Conselho Federal de  
1336 Psicologia (CFP); **Maria Laura Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marília**  
1337 **Coelho Cunha**, Sindicato Nacional dos Servidores das Agências Nacionais de Regulação  
1338 (SINAGENCIAS); **Mozart Julio Tabosa Sales**, Ministério da Saúde; **Nádia Elizabeth Cardoso**  
1339 **Barbosa**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Nelcy Ferreira da Silva**,  
1340 Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia  
1341 – CF; **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos  
1342 e Serviços (CNS); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Ronald**  
1343 **Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e **Tania Maria Onzi**  
1344 **Pietrobelli**, Federação Brasileira de Hemofilia. Iniciando o segundo dia, a mesa foi composta para o  
1345 item 6 da pauta. **ITEM 6 – INFORMES E INDICAÇÕES** - Apresentação: **Márcio Florentino Pereira**,  
1346 Secretário Executivo do CNS. Coordenação: conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, da Mesa Diretora  
1347 do CNS. **1) ELEIÇÃO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**: a) Edital de convocação Eleição do  
1348 Conselho Nacional de Saúde para o Triênio 2012/2015, publicado no Diário Oficial da União nº 179, 14  
1349 de setembro de 2012 – Seção 3 página 129. b) Portaria de designação dos membros da Comissão  
1350 Eleitoral/CNS, publicado no Diário Oficial da União nº 178, 13 de setembro de 2012 – Seção 2 página  
1351 41. **2) DOCUMENTO BASE APROVADO DO 1º SEMINÁRIO NACIONAL PERMANENTE DE**  
1352 **ARTICULAÇÃO ENTRE O MINISTÉRIO PÚBLICO E O CONTROLE SOCIAL, REALIZADO NOS**  
1353 **DIAS 03 E 04 DE SETEMBRO DE 2012, EM BRASÍLIA-DF**. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** fez  
1354 a leitura das proposições aprovadas no Seminário, para conhecimento, e o Plenário indicou uma  
1355 revisão do texto. Na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS, as propostas do Seminário serão  
1356 debatidas, com destaque para a criação de fórum permanente de saúde. **3) CONVITE PARA O**  
1357 **SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INOVAÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**  
1358 **NA ELABORAÇÃO E MONITORAMENTO DAS POLÍTICAS, AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**.  
1359 DATA: 8 E 9 DE NOVEMBRO DE 2012. Foram selecionadas 10 experiências de várias regiões do

país. **4) RESOLUÇÃO Nº 20 DA SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS** – Conselho Nacional dos Direitos do Idoso cria Grupo de Trabalho para discutir, monitorar, acompanhar e propor mudanças referentes aos Projetos de Lei sobre o cuidador de idoso - Conselheiro Geraldo Adão dos Santos, da Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP, representa o Conselho Nacional de Saúde no Grupo de Trabalho, conforme publicação no Diário Oficial da União nº 179, 14 de setembro de 2012, seção 2 paginas 03 e 04. **5) INFORME SOBRE O DOCUMENTO ELABORADO PELA COMISSÃO INTERSETORIAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/CIAN, SOBRE OS “IMPACTOS DOS AGROTÓXICOS NA SAÚDE” EM COMEMORAÇÃO AO DIA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO NO DIA 16 DE OUTUBRO. SOLICITAÇÃO DE PAUTA NO PLENO DO CNS SOBRE O IMPACTO DOS AGROTÓXICOS NA SAÚDE E NUTRIÇÃO.** Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**, em comemoração ao dia mundial da alimentação, 16 de outubro, e para justificar a importância de pautar o tema “agrotóxicos” nas reuniões do CNS, fez a leitura de alguns trechos do documento da CIAN. Lembrou que o plenário da 226ª Reunião Ordinária do CNS, que contou com a participação do Cineasta Silvio Tendler, reconheceu a gravidade dos agrotóxicos para a saúde pública e afirmou a necessidade de que este seja um tema permanente na agenda do Conselho. Neste sentido, este documento tem a intenção de apresentar dados técnicos e aprofundar alguns aspectos para estimular medidas intersetoriais concretas para a sociedade nas agendas de saúde do SUS – políticas e programas do plano nacional de saúde. Por ocasião da 60ª Reunião da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), realizada nos dias 03 e 04 de julho de 2012, foram apresentados e debatidos dois recentes documentos que tratam sobre a questão dos agrotóxicos no Brasil e seus impactos sobre a saúde e nutrição. O Dossiê ABRASCO – Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde, lançado pela ABRASCO em 2012, que consiste num rico e minucioso levantamento de estudos que evidenciam os graves impactos gerados pelo uso de agrotóxicos sobre a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população brasileira, incluindo dados sobre índices de contaminação dos alimentos e da água por resíduos de ingredientes ativos de agrotóxicos. O Dossiê visa alertar, por meio de evidências científicas, as autoridades públicas nacionais, internacionais e a sociedade em geral para a construção de políticas públicas que possam proteger e promover a saúde humana e dos ecossistemas impactados pelos agrotóxicos. O Relatório final da Subcomissão Especial sobre o Uso de Agrotóxicos e suas consequências à saúde, aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. Em seguida, passou a palavra à coordenadora adjunta da CIAN, conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, que enfatizou a importância de pautar esse tema nas reuniões do CNS. Além disso, conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** informou que o GT da Doença Celíaca concluiu as suas atividades e solicita pauta na próxima reunião para apresentar o seu produto. A demanda será encaminhada para Mesa Diretora do CNS, para ser apreciada. **6) A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS/ABRATO, COMEMORA NA DATA DE 13 DE OUTUBRO DE 2012 O DIA DO TERAPEUTA OCUPACIONAL QUE COMPLETA NESTE ANO 43 ANOS DE REGULAMENTAÇÃO COMO PROFISSÃO DE ENSINO SUPERIOR, CONSIDERENDO A ESSENCIAL CONTRIBUIÇÃO DESTE PROFISSIONAL PARA O SUS E PARA A SAÚDE PARA POPULAÇÃO INTEGRAL POPULAÇÃO PARABENIZAMOS TODOS OS PROFISSIONAIS POR ESSE DIA.** Conselheiro **Willen Heil e Silva** enfatizou que 13 de outubro também é o dia do fisioterapeuta e serão realizadas várias atividades comemorativas. **MOÇÃO DE REPÚDIO AO PROJETO DO DEPUTADO RAFAEL GUERRA, QUE ACABA COM A ANUÊNCIA PRÉVIA DA ANVISA** – Na última reunião do CNS, o Plenário aprovou o mérito da moção e o conselheiro Carlos Duarte foi indicado para elaborar o texto. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** fez a leitura da proposta de moção de repúdio: “O Plenário do CNS (...), considerando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Sob tal premissa, o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; considerando o que estabelece a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no seu art. 6º onde estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; considerando que a concessão de direitos de propriedade intelectual pode ser um obstáculo para a realização do direito à saúde e dificultar o cumprimento das obrigações do Estado em relação ao fornecimento de assistência farmacêutica de forma universal e igualitária; considerando que a Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996 (Lei de Propriedade Industrial – LPI) estendeu a concessão de direitos de propriedade intelectual para produtos e processos da área farmacêutica no Brasil, seguindo obrigações assumidas em âmbito internacional, especialmente no Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (ADPIC ou TRIPS, da sigla em inglês) da Organização Mundial do Comércio (OMC); considerando que o Acordo TRIPS da OMC, prevendo o impacto negativo que a concessão de direitos de propriedade intelectual poderia causar, estabeleceu que os países membros, “ao formular ou emendar suas leis e regulamentos, podem adotar medidas

1422 necessárias para proteger a saúde e nutrição públicas e para promover o interesse público em setores  
1423 de importância vital para seu desenvolvimento socioeconômico e tecnológico" (artigo 8º); considerando  
1424 que a Declaração Ministerial de Doha sobre o Acordo TRIPS e a Saúde Pública de 2001 confirmou que  
1425 "o Acordo pode e deve ser interpretado e implementado de maneira a apoiar os membros da OMC a  
1426 proteger a saúde pública e, em particular, promover o acesso a medicamentos para todos" e reafirmou  
1427 "o direito dos países membros em usar, ao máximo, as provisões do Acordo TRIPS, que prevê  
1428 flexibilidades para esse propósito"; considerando, ainda, que o Acordo TRIPS estabelece que os  
1429 membros da OMC determinarão livremente a forma apropriada de implementá-lo no âmbito de seus  
1430 respectivos sistemas e práticas jurídicos e deixou a critério dos países interpretar os requisitos de  
1431 patenteabilidade de acordo com critérios estabelecidos em âmbito nacional (artigo 1.1) e que, como  
1432 fator de grande impacto no acesso aos bens protegidos, a concessão de um direito de propriedade  
1433 intelectual deve ser realizada com observância estrita dos critérios previstos em lei por parte dos  
1434 Estados de forma a evitar concessões indevidas; considerando que, especialmente na área  
1435 farmacêutica, a proteção patentária tem importantes implicações para a saúde pública, já que a  
1436 concessão de uma patente indevida pode gerar grandes distorções na competição e reduzir o acesso a  
1437 produtos essenciais, como os medicamentos, a proteção patentária deve seguir um padrão mais estrito  
1438 de concessão de forma a privilegiar inovações genuínas e prevenir a proteção injustificada de produtos  
1439 ou processos que apenas contribuem para limitar a concorrência e o acesso a medicamentos já  
1440 existentes; considerando que devido à essencialidade dos produtos farmacêuticos e o impacto de uma  
1441 patente no acesso a esses produtos, o governo brasileiro entendeu que matéria de tal relevância  
1442 mereceria o exame mais cuidadoso e tecnicamente competente possível que o Estado brasileiro  
1443 pudesse dispor e adotou a Medida Provisória 2.006, de 14 de dezembro de 2009, convertida na Lei  
1444 10.196, de 14 de fevereiro de 2001, que incluiu o artigo 229-C na LPI determinando que "a concessão  
1445 de patentes para produtos e processos farmacêuticos dependerá da prévia anuência da Agência  
1446 Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA"; considerando que a anuência prévia da ANVISA é uma  
1447 medida de proteção à saúde pública e está plenamente de acordo com as regras internacionais sobre  
1448 propriedade intelectual; considerando, por fim, que a colaboração entre agências regulatórias da área  
1449 da saúde e escritórios de patentes na análise de pedidos de patentes farmacêuticas foi identificada pela  
1450 Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e  
1451 Desenvolvimento (UNCTAD) como uma medida para melhorar o exame de patentes sob uma  
1452 perspectiva de saúde pública, na tentativa de evitar a concessão de patentes indevidas; a) apoia o  
1453 instituto da anuência prévia da ANVISA e entende que cabe à ANVISA analisar o cumprimento de todos  
1454 os requisitos estabelecidos em lei, em especial os contidos na Lei 9.279/96, para a concessão de  
1455 qualquer patente na área farmacêutica no Brasil, independente do trâmite adotado pelo depositante; b)  
1456 manifesta repúdio às diferentes tentativas de enfraquecer ou restringir o papel da ANVISA no exercício  
1457 da anuência prévia na análise de pedidos de patentes na área farmacêutica, entre elas: - ações  
1458 judiciais ajuizadas por empresas que visem à exclusão da anuência prévia ou a restrição da análise a  
1459 ser realizada pela ANVISA; - parecer da Advocacia Geral da União que reduziu indevidamente o  
1460 escopo da anuência prévia da ANVISA à análise da nocividade à saúde humana, determinando que a  
1461 Agência não poderia analisar os requisitos de patenteabilidade no exercício da anuência prévia; -  
1462 Projeto de Lei 3.709/2008, de autoria do Deputado Rafael Guerra (PSDB/MG), que visa restringir  
1463 indevidamente a participação da ANVISA no processo de concessão de patentes farmacêuticas apenas  
1464 aos pedidos de patente efetuados pelo mecanismo de revalidação de patentes conhecido como  
1465 "pipeline". **Manifestações.** Conselheiro **Nelson Mussolini** registrou que era contra a moção, por  
1466 entender que diminui a competência do INPI. Além disso, destacou que o parecer da AGU entende que  
1467 os requisitos de anterioridade, aplicação industrial entre outros são de competência exclusiva do INPI.  
1468 A ANVISA teria competência sobre a questão da nocividade do produto a ser lançado. Conselheiro  
1469 **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu a moção por entender que o Projeto prejudica a redução dos  
1470 danos que ocorre com a aprovação da anuência prévia por parte da ANVISA. Conselheiro **Clóvis**  
1471 **Boufleur** não questionou o mérito da proposta, mas avaliou que o Plenário precisaria de mais  
1472 esclarecimentos sobre o assunto, para deliberação. Conselheira **Lígia Bahia** sugeriu que o Plenário  
1473 aprovasse o mérito e o texto fosse reelaborado (ao invés de moção de repúdio, moção de apoio à  
1474 prerrogativa de anuência, por parte da ANVISA). **Deliberação: aprovado o mérito da minuta, com**  
1475 **um voto contrário e uma abstenção. O texto deverá ser reformulado e apresentado**  
1476 **posteriormente. CONGRESSO DA ABRASCO.** Data: de 14 e 18 de novembro. Local: Porto Alegre  
1477 (RS). – Conselheira **Lígia Bahia** salientou a importância da participação dos conselheiros no  
1478 Congresso da ABRASCO, e solicitou o apoio do Ministério da Saúde para viabilizar a ida dos  
1479 conselheiros. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, perguntou sobre a possibilidade de  
1480 isenção da taxa de inscrição dos conselheiros e comprometeu-se a verificar a possibilidade financeira  
1481 de transporte e hospedagem. Conselheira **Lígia Bahia** disse que é possível isentar a taxa de inscrição dos  
1482 conselheiros. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que será realizada a II oficina nacional  
1483 de residência multiprofissional em saúde, como atividade pré-Congresso, para debater uma política de

1484 residência multiprofissional. Salientou a importância de garantir a participação dos conselheiros e  
1485 também da CIRH no Congresso. **INDICAÇÕES - 1) CONGRESSO BRASILEIRO DE**  
1486 **FONOAUDIOLOGIA.** Mesa 1 : Histórico da valorização social dos profissionais de saúde e educação.  
1487 Data: 31 de outubro de 2012. Local: Centro de Eventos e Convenções Brasil 21 / SHS - Brasília/DF.  
1488 **Convidado:** conselheiro **Francisco Batista Júnior.** **Aprovada a indicação do conselheiro Francisco**  
1489 **Batista Júnior.** **2) I SEMINÁRIO AGROTÓXICOS E CÂNCER** - Mesa: "Enfrentamento aos  
1490 agrotóxicos: regulação, monitoramento e controle social". Data: 7 e 8 de novembro de 2012. Local:  
1491 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, RJ. **Aprovada a indicação**  
1492 **do conselheiro Cid Roberto Bertozzo Pimentel.** **3) VII Seminário Mulheres Negras e Saúde,**  
1493 promovido pela Rede Mulheres Negras – PR. Dias 09 e 11 de novembro de 2012. Local: Curitiba/PR.  
1494 Convidada: conselheira **Jurema Pinto Werneck**, pela Comissão Intersetorial de Saúde da População  
1495 Negra. **Aprovada a indicação da conselheira Jurema Pinto Werneck.** **4) 1ª Jornada em Política de**  
1496 **Saúde do Trabalhador e Controle Social de Mato Grosso do Sul.** Mesa de Abertura "Política  
1497 Nacional de Saúde do Trabalhador, a Intersetorialidade e o Controle Social". Data: 20 de novembro de  
1498 2012. Local: no Auditório da Escola de Saúde Pública – Campo Grande/MS. Convidado: conselheiro  
1499 **Jorge Alves de Almeida Venâncio.** **Aprovada a indicação do conselheiro Jorge Alves de Almeida**  
1500 **Venâncio.** **5) IV Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CISTs.**  
1501 Indicação de um Conselheiro Nacional. Data: 21 e 22 de novembro de 2012. Local: Brasília – DF.  
1502 **Aprovada a indicação do conselheiro Cid Roberto Bertozzo.** **6) 16ª Jornada Regional de Autismo**  
1503 Região Nordeste. Data: 22, 23 e 24 de novembro de 2012. Local: Centro de Convenções – Olinda (PE).  
1504 Convidada: conselheira **Marisa Furia Silva.** **Aprovada a indicação da conselheira Marisa Furia**  
1505 **Silva.** **7) Indicação CONEP** - conselheiro **Gilson Silva** foi indicado para compor a CONEP na última  
1506 reunião do CNS, mas ele já participa de duas outras comissões. Tento em vista que, regimentalmente,  
1507 cada conselheiro somente pode participar de duas comissões, o conselheiro definirá duas comissões  
1508 para participar. Na última reunião também foi aprovada a indicação da Conselheira **Maria Thereza**  
1509 **Almeida Antunes**, da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down, para participar da  
1510 CONEP. **8) Indicação de um Conselheiro Nacional de Saúde, para Compor a Comissão Nacional**  
1511 **de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde/CONITEC.** Retomar posteriormente.  
1512 **APROVAÇÃO DA ATA DA 49ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA**  
1513 **237ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** Deliberação: aprovada, por unanimidade, a ata da 49ª RE do  
1514 CNS e ata da 237ª RO do CNS, com o adendo do conselheiro Willen Heil. **ITEM 7 – COMISSÃO**  
1515 **INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH** - Apresentação: conselheira **Ruth Ribeiro**  
1516 **Bittencourt**, coordenadora da CIRH; conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, membro da CIRH e  
1517 coordenadora do GT de emissão de pareceres. Coordenação: conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da  
1518 Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, coordenadora da CIRH, dividiu a  
1519 apresentação nos seguintes pontos: Informes; Parecer da CIRH sobre denúncias do Centro Acadêmico  
1520 do curso de graduação em Medicina da Unidade de Ensino Superior de Ingá – UNINGÁ, do município  
1521 de Maringá no Estado do Paraná; IV Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde -  
1522 minuta de recomendação sobre o processo eleitoral das entidades nacionais das profissões de saúde  
1523 para composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS - gestão  
1524 2012-2014; Carreira Única no SUS - Nota Técnica da CIRH nº 02/2012; proposta de serviço civil; e  
1525 Comissão Ampliada de Educação Permanente. Primeiro, a coordenadora da CIRH, junto com a  
1526 coordenadora do GT de abertura de cursos, apresentou os seguintes informes: a Comissão não  
1527 apresentaria pareceres para deliberação, porque não foi possível avançar no debate de acordo com o  
1528 novo fluxo; e o governo federal enviou ao Congresso Nacional um projeto que cria o Instituto Nacional  
1529 de Supervisão e Avaliação da Educação Superior (Insaes). Seguinte, conselheira **Ruth Ribeiro**  
1530 **Bittencourt apresentou o Parecer da CIRH** sobre denúncias do Centro Acadêmico do curso de  
1531 graduação em Medicina da Unidade de Ensino Superior de Ingá – UNINGÁ do município de  
1532 Maringá/PR. Explicou que, na última reunião, realizada nos dias 18 e 19 de setembro, a Comissão  
1533 recebeu o ofício nº 1.663/12, de 02/07/12, do Conselho Regional de Medicina do Paraná (recebido pelo  
1534 SIPAR do MS dia 27/08/12), encaminhando documento recebido dia 20 de junho do Centro Acadêmico  
1535 da Faculdade de Medicina de Maringá com denúncia de fatos irregulares ocorridos no cotidiano da  
1536 referida unidade de ensino: a) entrada irregular de alunos estrangeiros (Bolívia, Paraguai, Argentina) no  
1537 terceiro e quarto ano, através de transferência estrangeira ou como portadores de diploma da área de  
1538 saúde. Segundo o documento, há alunos vindos da Bolívia estudando no terceiro e quarto ano “que mal  
1539 sabem escrever.”; b) ausência de transparência nos métodos adotados e critérios para a seleção; c) no  
1540 documento, informam, ainda, que essas irregularidades também são observadas em relação a  
1541 professores e filhos de diretores da IES; d) referem-se a suspeitas de fraudes do primeiro vestibular da  
1542 IES quando foi divulgada uma lista de aprovados com nomes duplicados e as provas e dados do  
1543 vestibular foram incinerados; e) “suspeitas de fraude e o favorecimento da faculdade para alguns  
1544 alunos para conseguir o FIES”. No documento, afirma-se que “o mais grave não é o que aconteceu, e  
1545 sim, o que está para acontecer”, tendo em vista que, diante o início do segundo semestre letivo, há

1546 preocupação com a continuação da mercantilização das vagas para alunos estrangeiros de faculdades,  
1547 através de intermediadores, segundo relatado no documento, alunos da própria faculdade, devido à  
1548 necessidade da instituição concluir rapidamente sua nova sede, para garantir o reconhecimento pelo  
1549 MEC. No documento são listados, ainda, vários problemas vivenciados no cotidiano acadêmico: a  
1550 estrutura precária e adaptado para o curso, laboratórios抗igos e sem material adequado, falta e troca  
1551 constante de professores, professores com título que somente assinam e não ministram aulas,  
1552 biblioteca com poucos livros, falta de aulas práticas de algumas matérias, entre outros. Na conclusão,  
1553 os estudantes afirmam que tentaram várias vezes reivindicar melhorias sem resultados, pois não há  
1554 diálogo na relação com os docentes. Além disso, solicitam o “combate à venda de vagas para alunos  
1555 estrangeiros e o favorecimento para outros” de modo a “transformar o processo seletivo o mais correto,  
1556 claro e ético possível”. Disse que, no dia 26 de setembro de 2012, após a reunião da CIRH, realizada  
1557 no dia 19 de setembro, que discutiu o caso da Faculdade Ingá-UNINGÁ, chegou ao CNS mais dois  
1558 documentos relacionados à atual condição da instituição. O ofício nº 160/2012 do Conselho Estadual de  
1559 Saúde do Paraná, datado de 8 de agosto de 2012, encaminhando o ofício nº 23/2012 do Conselho  
1560 Municipal de Saúde de Paranavaí, questionando o curso de Medicina. De acordo com o documento, as  
1561 denúncias feitas à Faculdade Ingá foram encaminhadas às seguintes instâncias: a) ao Conselho  
1562 Regional de Medicina do Paraná que respondeu ter se posicionado contrário à abertura do curso de  
1563 Medicina da Faculdade Ingá; b) ao Secretário de Estado de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do  
1564 Paraná que respondeu em 31 de maio de 2012, declarando não ser sua competência atestar  
1565 irregularidades em unidade de ensino superior privada. O documento alega que a faculdade em  
1566 questão não se encontra sob a jurisdição daquele órgão de estado por não integrar a Rede Pública  
1567 Estadual de Ensino Superior, para a qual a SETI exerce o papel de órgão executivo do Sistema. Sugere  
1568 encaminhar ao Ministério de Educação e ao Conselho Nacional de Educação e, suplementarmente, ao  
1569 Conselho Nacional de Saúde; c) ao Ministério Público do Paraná – até o momento sem resposta; e d)  
1570 ao Ministério de Educação, também ainda sem resposta. Considerando que a IES foi avaliada em 2008,  
1571 pelo CNS, com parecer insatisfatório, após visita realizada por membros da CIRH e por conhecer o  
1572 funcionamento da instituição via ação judicial, explicou que a CIRH decidiu reconstruir todo esse  
1573 histórico para facilitar a compreensão e apreciação desse Pleno. Disse que, de acordo com o sistema  
1574 e-MEC, a IES apresenta em sua relação de cursos na área da saúde, dois cursos de Medicina  
1575 identificados por códigos diferenciados. O primeiro deles, nº. 100218, pelas informações  
1576 disponibilizadas, corresponde ao curso que, explicitamente, após visita *in loco* dos membros da CIRH,  
1577 recebeu parecer desfavorável a sua abertura, pelos pontos levantados na análise, anteriormente,  
1578 descrita. O curso tem registrado como data de início 12 de fevereiro de 2007, o que significa como já  
1579 mencionado pela CAA, no início dessa revisão que, apesar da visita da Comissão ter sido para  
1580 aprovar o curso, o mesmo já se encontrava em funcionamento desde março de 2007, por meio de uma  
1581 liminar judicial. O curso continua funcionando sob *judice* - Portaria SESU- documento nº 45, de 23 de  
1582 janeiro de 2007. Por outro lado, o sistema e-MEC apresenta outro curso de Medicina com o código nº  
1583 5000931. De acordo com as informações, a data de início de funcionamento desse curso corresponde a  
1584 1º de julho de 2007 e seu Ato Regulatório informa que foi autorizado pela Portaria nº 365, de 26 de  
1585 agosto de 2011. Ou seja, as datas apresentadas são incoerentes, assim como, quando se acessa a  
1586 página da instituição, as informações também se apresentam contraditórias. Explicou que, após análise  
1587 de todo esse processo e seus desdobramentos e considerando os quatro anos da grave situação  
1588 verificada, a CIRH propôe o encaminhamento oficial desse processo ao CFM, à SESU/MEC, ao CNE, à  
1589 SGTES/MS e, talvez ao MPF, após consulta à CONJUR para referendar o posicionamento do CNS.  
1590 Conselheiro **Clóvis Boufleur** endossou a proposta da CIRH e salientou que a punição, em última  
1591 instância, é o fechamento do curso. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que, antes de  
1592 publicizar a denúncia, a Comissão teve o cuidado de fazer levantamento das informações e juntada de  
1593 toda a documentação e informou que o MEC já fora informado a respeito. Também avaliou que é  
1594 preciso consultar o MEC sobre os encaminhamentos a serem adotados acerca da denúncia.  
1595 Conselheira **Marisa Furia Silva** lembrou que o parecer do CNS foi desfavorável à abertura do curso e,  
1596 após quatro anos, observa-se que não deveria ter sido aberto, por conta dos graves problemas  
1597 identificados. Também explicou que, no caso de fechamento de curso, os estudantes são  
1598 redirecionados para outras instituições de ensino, a fim de evitar maiores prejuízos. Conselheira **Júlia**  
1599 **Maria Roland**, por conta da delicadeza da situação, avaliou que é preciso conhecer as iniciativas  
1600 adotadas pelo MEC e solicitar parecer da CONJUR antes de encaminhar o processo ao Ministério  
1601 Público. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que não compete à CIRH retomar todo o  
1602 processo e sim solicitar manifestação dos órgãos envolvidos, inclusive, a CONJUR para definir o que  
1603 fazer. **Deliberação: o Plenário decidiu encaminhar oficialmente o processo ao CFM, à SESU/MEC,**  
1604 **ao CNE, à SGTES/MS e consulta à CONJUR para referendar o posicionamento do CNS (enviar ao**  
1605 **MFE, se for o caso).** Após, conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** falou sobre o IV Seminário Nacional  
1606 de Residência Multiprofissional em Saúde (IV SNRMS). Primeiro, entregou o relatório do IV SNRMS,  
1607 realizado nos dias 29 e 30 de setembro de 2011, em Brasília, pelo Ministério da Saúde, Ministério da

1608 Educação e Conselho Nacional de Saúde. Em seguida, informou que será realizada a II oficina de  
1609 residência multiprofissional, em Porto Alegre, que irá debater a política nacional de residência  
1610 multiprofissional a partir dos eixos do IV SNRMS e a Comissão elaborou uma agenda sobre residência  
1611 multiprofissional a partir das deliberações. **Como encaminhamento, sugeriu reproduzir o Relatório**  
1612 **para ser distribuído na oficina, a fim de subsidiar o debate. Não houve manifestações contrárias.**  
1613 Após, recuperou que o IV SNRMS indicou a composição de um GT para dirimir dúvidas sobre a  
1614 Portaria nº. 1077, que indica as representações nacionais das profissões da saúde. Explicou que o  
1615 Grupo se reuniu, sob a coordenação da conselheira Eliane Cruz, a quem registrou agradecimentos pelo  
1616 apoio, e elaborou minuta de recomendação sobre o processo eleitoral das entidades nacionais das  
1617 profissões de saúde para composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde  
1618 – CNRMS - gestão 2012-2014, alterando a forma de ingresso à Comissão. Feitas essas considerações,  
1619 passou à leitura da leitura da minuta de recomendação sobre o processo eleitoral das entidades  
1620 nacionais das profissões de saúde para composição da Comissão Nacional de Residência  
1621 Multiprofissional em Saúde – CNRMS - gestão 2012-2014. No texto, o Plenário do Conselho Nacional  
1622 de Saúde, considerando que: o artigo 200 da Constituição Federal determina que cabe ao sistema  
1623 único de saúde (SUS) a ordenação da formação de recursos humanos na saúde; a lei orgânica da  
1624 saúde de nº8080 em seu art. 30 determina que as especializações na forma de treinamento em serviço  
1625 sob supervisão devem ser regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12  
1626 da referida Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes; o art. 12 da Lei nº  
1627 8080 determina a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho  
1628 Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas  
1629 da sociedade civil; o art. 14 da Lei 8.080/1990, em seu parágrafo único determina que cada uma  
1630 dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e  
1631 educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera  
1632 correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições; a  
1633 Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde e em Área  
1634 Profissional da Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde –  
1635 CNRMS composta por diferentes representações da sociedade civil, entre eles o segmento das  
1636 profissões de saúde; a Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009 que indica as  
1637 representações nacionais das profissões da saúde, conforme Parágrafo único de seu Art.1º; o respeito  
1638 a legislação pertinente e aos acordos pactuados entre o MS e o MEC em diferentes momentos de  
1639 negociação desde dezembro de 2009, que resultou na realização do IV Seminário Nacional de  
1640 Residência Multiprofissional em Saúde e na constituição do GT Residência, aprovado na plenária do  
1641 Conselho Nacional de Saúde nº 226 de 05 e 06 de novembro de 2011; as conclusões, proposições e  
1642 encaminhamentos originados no IV Seminário Nacional de Residência Multiprofissional; a importância  
1643 de tratamento isonômico para todos os membros não natos da Comissão Nacional de Residência  
1644 Multiprofissional em Saúde; a necessidade de qualificar, cada vez, mais o processo democrático de  
1645 composição das comissões; a necessidade de atualizar o processo de designação de membros não  
1646 natos da CNRMS estabelecidos pela Portaria nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Resolve: Aprovar  
1647 a proposta de processo eleitoral para as entidades nacionais das profissões de saúde (Conselhos  
1648 Profissionais, Associações de Ensino nacionais e entidades sindicais de caráter nacional), conforme  
1649 proposta apresentada na segunda reunião do referido GT Residência, ocorrida dia 24.01.2012, quando  
1650 foi solicitado tratamento isonômico para todos os membros não natos da CNRMS, discriminada abaixo:  
1651 Da indicação de candidatos: Como a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde –  
1652 CNRMS - pela Portaria 1.077 - indica em sua composição uma participação titular e uma participação  
1653 suplente de cada representação nacional das profissões de saúde, as referidas representações das  
1654 categorias profissionais relacionadas na Resolução nº 287/CNS (Conselhos de Profissões  
1655 Regulamentadas, Associações de Ensino e Federações Nacionais) podem indicar um candidato,  
1656 homologado em sua instância representativa e informado a Comissão Eleitoral através de ofício da  
1657 entidade nacional respectiva. Só será permitida a indicação de um candidato por entidade nacional. Do  
1658 eleitor: A exemplo da inscrição de candidato, cada representação nacional deve indicar formalmente  
1659 quem será seu eleitor, também referenciado pela entidade e informado a Comissão Eleitoral através de  
1660 ofício da entidade. Do processo eleitoral: Utilizar a mesma metodologia adotada no processo eleitoral  
1661 para escolha dos coordenadores, preceptores e residentes de programas de Residências, através da  
1662 eleição direta, no mesmo instrumento eletrônico. Cada entidade vota em sua representação, ou seja,  
1663 Conselho Profissional vota em Conselho Profissional, Associação de Ensino vota em Associação de  
1664 Ensino e Federação vota em Federação. Das inscrições: A inscrição das entidades nacionais dos  
1665 trabalhadores (Associações de Ensino nacional, Conselhos Profissionais Federais e entidades sindicais  
1666 nacionais) representativos dos trabalhadores no âmbito das profissões de saúde, referidas no artigo 1º,  
1667 parágrafo único da Portaria Interministerial nº 1077 de 12 de novembro de 2009 poderá ser como  
1668 candidato e/ ou eleitor e será solicitado no ato da inscrição: 1) Ofício da entidade, em papel timbrado,  
1669 indicando sua solicitação de inscrição, como candidato e/ ou eleitor, informando nome completo do

1670 candidato e/ou eleitor, sua profissão, nº de Identidade e CPF. 2) Ata da sessão de posse da atual  
1671 diretoria da entidade com assinaturas dos presentes a sessão. 3) Ata da sessão plenária da entidade  
1672 que indicou seu representante como candidato e/ou eleitor com assinatura dos presentes a sessão.  
1673 Dos critérios de seleção e desempate: Será eleita a entidade que obter maioria de votos por  
1674 representação (eleição de um Conselho Profissional, uma Associação de Ensino e uma federação de  
1675 caráter nacional de profissões diferentes - titular e suplente). Em caso de maioria de votação de  
1676 representações da mesma categoria profissional, será eleita a entidade seguinte com maior número de  
1677 votos, respeitado o critério de desempate por idade, já definido em documentos elaborados pela  
1678 CNRMS. Do processo de votação: o CNS pode funcionar como uma Comissão Eleitoral Local, com  
1679 uma urna eletrônica para a votação das entidades nacionais dos trabalhadores. **Deliberação:**  
1680 **aprovada a recomendação sobre processo eleitoral para composição da CNRMS.** Definido esse  
1681 ponto, a coordenadora da CIRH continuou com a apresentação da nota técnica da CIRH nº 02/2012  
1682 sobre carreira única no Sistema Único de Saúde. Explicou que a Comissão, em cumprimento ao seu  
1683 planejamento anual/2012 e, ainda, em atendimento ao pleito formalizado em reunião plenária do CNS  
1684 ocorrida em setembro de 2012, realizou uma reunião ampliada no dia 18 de agosto de 2012 para  
1685 discutir o tema "carreira única no SUS". Para tanto, convidou, além de seus membros, representações  
1686 da Mesa Diretora do CNS, do CONASS, do CONASEMS e a Mesa Nacional de Negociação (DEGETS),  
1687 além dos parlamentares João Ananias e Rogério Carvalho, da subcomissão de Seguridade Social e  
1688 Família, que tratam do ordenamento da formação de RH e do SUS e da Educação Permanente na área  
1689 de saúde. Ressaltou que a intenção da CIRH era discutir o tema a partir dos elementos trazidos pelos  
1690 parlamentares que não compareceram, ausência justificada pelo período eleitoral. Todavia, colocaram-  
1691 se à disposição para vir após o processo eleitoral municipal. Ressaltou que, após amplo debate, a  
1692 Comissão elaborou documento com resultados iniciais, mas não conclusivos, como colaboração para  
1693 aprofundar os elementos conceituais e iniciar um processo de aproximação da realidade da gestão da  
1694 saúde na atualidade. Explicou que o documento apresenta contextualização do tema e aponta  
1695 princípios básicos da Carreira do SUS. Como proposta, a CIRH propõe a definição de um GT ampliado,  
1696 sob a coordenação da Comissão, para aprofundar o estudo e tentar mapear a realidade da gestão do  
1697 trabalho no SUS, nos três níveis federativos, de forma direta ou através de parcerias, além de promover  
1698 um amplo debate nacional sobre o tema. **Deliberação: aprovada a nota técnica da CIRH/CNS sobre**  
1699 **carreira única no SUS.** Seguinte, a coordenadora da CIRH explicou que a Comissão também discutiu  
1700 a proposta de serviço civil em saúde e, considerando as divergências identificadas durante o debate,  
1701 apresentou a proposta de realizar mesa com gestores, trabalhadores e usuários para aprofundar o  
1702 debate do tema e definir posicionamento. Além disso, informou que está pautada apresentação sobre o  
1703 PROFAB na CIRH/CNS. **Deliberação: aprovada a realização de mesa redonda com gestores,**  
1704 **trabalhadores e usuários para debater o tema "serviço civil em saúde" e definir posicionamento.**  
1705 Na sequência, falou sobre a proposta de Comissão Ampliada de Educação Permanente. Recuperou  
1706 que foi retomada a discussão sobre a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS,  
1707 aprovada em 2007 e, a partir da discussão dos eixos básicos da educação permanente, foi constituída  
1708 a Comissão Ampliada de Educação Permanente, composta por representantes da CIRH, da CICIS e da  
1709 COFIN. Lembrou que foram realizadas oficinas regionais e outras estão previstas e o momento é de  
1710 organização do plano nacional de educação permanente. Salientou que o Pleno precisaria deliberar  
1711 sobre algumas questões para dar continuidade ao processo. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio**  
1712 **Florentino**, explicou que a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS indica a  
1713 necessidade de um plano nacional para dar consequência à própria política e uma articulação entre o  
1714 CNS e conselhos estaduais e municipais para viabilizar a Política e o plano em nível nacional. Assim,  
1715 as ações definidas seguem as orientações da Política, inclusive a realização de oficinas para construir o  
1716 plano, junto com os CES e CMS e, em paralelo a essas ações, há outras iniciativas como o projeto  
1717 Qualiconselhos, de formação de conselheiros. Disse que houve articulação entre as comissões do  
1718 CNS, junto com a ENSP e CES, e, em reunião, foi evidenciada a necessidade de o projeto ser uma das  
1719 estratégias para viabilizar o plano nacional. Além disso, explicou que na reunião foi sugerida a definição  
1720 de uma agenda de modo a assegurar maior mobilização nos estados e a constituição de um fórum  
1721 nacional de articulação do CNS e dos conselhos estaduais para viabilizar projetos já em andamento,  
1722 como o Qualiconselhos, e o plano de educação permanente, que será constituído nas oficinas  
1723 regionais. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que, ao debater a PLOA 2013, o Plenário do CNS  
1724 aprovou um recurso a ser repassado aos municípios voltado à implementação de ações de educação  
1725 permanente. Sendo assim, disse que é preciso contemplar essa questão, para definição de plano de  
1726 trabalho para aplicação do recurso. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** aproveitou para justificar a  
1727 ausência do conselheiro **José Eri Medeiros**. **Deliberação: aprovada a constituição do fórum**  
1728 **nacional de articulação do CNS e dos conselhos estaduais.** Não havendo outras questões a serem  
1729 tratadas nesse item da pauta, conselheiro **Alcides Silva de Miranda** interveio para despedir-se dos  
1730 conselheiros, porque era a sua última reunião na condição de conselheiro. Disse que a experiência de  
1731 participar do CNS de 2010 a 2012 foi muito rica e importante na sua vida e agradeceu pelo

aprendizado. Destacou que continuará a lutar pelo SUS na universidade pública e aproveitou para desculpar-se por eventuais excessos. A seguir, houve uma rodada de manifestações, com elogios à atuação do conselheiro Alcides de Miranda no CNS e agradecimentos a sua importante contribuição para o controle social do SUS. **ITEM 8 – POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL** - Apresentação: Roberto Tykanori Kinoshita, coordenador da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas; conselheira Sandra Régis, coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS; e conselheira Maria Ermínia Ciliberti, coordenadora adjunta da CISM/CNS. Coordenação: conselheira Marisa Furia Silva, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, conselheira Sandra Régis, iniciou agradecendo pelo ponto de pauta e manifestando a sua satisfação em coordenar a CISM/CNS. Explicou que 10 de outubro é o dia mundial da saúde mental, instituído em 1992, e nesse ano tem como central “Depressão: A crise global”. Lembrou que, por determinação do Plenário, a CISM promoveu amplo debate sobre as comunidades terapêuticas e o Plano Nacional de Saúde Mental e solicitou pauta para tratar desses assuntos no Plenário do CNS. Após essas considerações iniciais, conselheira Maria Ermínia Ciliberti fez uma apresentação sobre avaliação dos hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS. Recordou que, em 2011, foi feita denúncia de mortes nos hospitais psiquiátricos de Sorocaba e o MS instituiu uma força tarefa para avaliar, por meio de visitas técnicas, os hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS. O resultado do trabalho da força tarefa, que consta no relatório “Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde” foi encaminhado à CISM para avaliação. Disse que a CISM/CNS avaliou o documento e propõe uma minuta de recomendação, ao Pleno do CNS. Feitas essas considerações, passou à leitura da minuta elaborada da CISM/CNS. O texto coloca que a Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM, atendendo a solicitação da Mesa Diretora do CNS, em sua reunião ordinária de 16 e 17 de agosto, avaliou o relatório “Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde” e apresenta suas recomendações ao Pleno do CNS. Esclarece, inicialmente, que representantes do DENASUS e da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde estiveram presentes durante todo debate, tendo oportunidade de apresentar seus pontos de vista e esclarecerem dúvidas dos membros da Comissão. O relatório é resultado do trabalho realizado pela Força Nacional, determinada pela portaria – PT GM/MS nº 2.398/2011. A ação foi coordenada pelo DENASUS em parceria com a área Técnica de Saúde Mental e demais áreas do MS. As “visitas técnicas” aconteceram de setembro a novembro de 2011. Na avaliação da Comissão, é louvável a realização desta ação pelo Ministério da Saúde, porém o relatório apresenta apenas informações gerais, ficando clara a necessidade de retomada imediata do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria (PNASH). Em uma rápida panorâmica, verificou-se que existem no Brasil hoje 201 Hospitais Psiquiátricos que internam pacientes SUS, sendo que 189 foram fiscalizados e, do total, dois hospitais não permitiram entrada da equipe. Além disso, ressalta-se que em todos os hospitais as informações foram fornecidas apenas pelos gestores das entidades, não havendo consulta aos usuários ou trabalhadores das instituições. No país, 75% dos hospitais estão sob gestão privada e 37% ainda sob gestão estadual. Em que pesa a reorientação do modelo assistencial vigente no país desde 2001, existem ainda oito hospitais com mais de 400 pacientes, sendo 5 no Estado de São Paulo. Em relação à formação dos profissionais de saúde, 71% dos hospitais desenvolvem atividades docentes. Em oito Estados ainda existem leitos destinados a crianças e adolescentes, sendo que no Estado do Paraná correspondem a 6% dos leitos. Pouco mais de um terço dos leitos são ocupados por moradores. Considerando que as informações foram fornecidas pelos gestores, a situação apresentada sobre os direitos dos usuários é assustadora: 63% das instituições possuem problemas nas suas Comissões de Revisões de Prontuários; e 72% não apresentam nenhum mecanismo de controle social. Do ponto de vista assistencial, a situação não é diferente: 81% das instituições apresentam inadequação na relação entre profissionais de saúde e leitos hospitalares; 99% apresentam problemas nas enfermarias; 50% apresentam inadequação nas farmácias; 58% apresentam problemas na área de nutrição; e 20% apresentam problemas de qualidade de água e tratamento de lixo. Para encerrar esta breve panorâmica, dos 1.021 óbitos analisados, 229 óbitos não possuíam declaração de óbito; mais da metade das declarações apontam o grupo de “causas mal definidas” como causa morte; e 4 óbitos em menores de 19 anos atribuídos a “suicídio”. Considerando essa situação, a CISM/CNS indica o apoio às recomendações do relatório referentes a indicadores de estrutura, processo e resultados presentes no relatório do DENASUS (p. 60-62), detalhadas a seguir. A Política Nacional de Saúde Mental estabelece a necessidade de redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, portanto, recomenda-se que os gestores estaduais e municipais de saúde envidem esforços no sentido de atender ao disposto na Portaria GM/MS nº 52/2004. A Política Nacional de Saúde Mental preconiza a expansão da rede de cuidados extra-hospitalares e a redução progressiva de internações de longa permanência. Assim, recomenda-se à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), no sentido de garantir o processo de desinstitucionalização. É de vital importância a realização de ações de monitoramento e avaliação da assistência prestada nas unidades de saúde. Desta forma, recomenda-se a adoção de visitas técnicas

regulares pelos gestores estaduais e municipais de saúde nos hospitais psiquiátricos sob sua responsabilidade. Com o objetivo de reduzir óbitos nos hospitais psiquiátricos, recomenda-se à SVS que elabore indicadores que permitam o monitoramento de óbitos nos hospitais psiquiátricos, em especial os evitáveis e com causas mal definidas; e aos gestores estaduais e municipais de saúde recomenda-se que incrementem mecanismos de controle, avaliação e monitoramento da assistência clínica prestada. Diante da insuficiência de informações em prontuários e a ausência de Comissões de Revisão de Óbito e de Prontuário, recomenda-se ao Conselho Federal de Medicina fortalecer o monitoramento de hospitais psiquiátricos, conforme Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 1.601/2000. As diretrizes do Ministério da Saúde para a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes enfatizam que o cuidado em saúde mental desta população deve ocorrer preferencialmente na rede de serviços extra-hospitalares, evitando isolamento social, afastamento familiar e exposição a riscos decorrentes da internação. Portanto, recomenda-se aos gestores estaduais e municipais de saúde a realização de monitoramento contínuo da situação de internação das crianças e adolescentes, minimizando seu impacto negativo, e a ampliação e fortalecimento de uma rede de assistência à saúde mental de crianças e adolescentes, priorizando os serviços de atenção comunitária. A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008, preconiza que os acessos aos leitos de internação devam ser organizados por Central de Regulação. Assim, recomenda-se que os gestores estaduais e municipais de saúde promovam a regulação dos leitos em hospitais psiquiátricos. Dada a importância do estabelecimento de mecanismos formalizados de referência e contra referência para o fortalecimento das redes de atenção em saúde, que garantam o trânsito dos usuários pelas linhas de cuidado e a integralidade da atenção, recomenda-se aos gestores estaduais e municipais de saúde que fortaleçam a articulação dos hospitais psiquiátricos nas redes locais de saúde. Diante da divergência constatada entre os dados apontados no SCNES e os coletados na visita técnica, recomenda-se que a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde intervenha junto às secretarias estaduais e municipais de saúde e hospitais psiquiátricos para que atualizem regularmente o SCNES, conforme determina a Portaria GM/MS n. 1.559/2008. Com base nas diretrizes do SUS, consubstanciadas pela Regulamentação da Lei nº 8080/1990, em especial com a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), e na necessidade de fortalecer as redes locais de atenção à saúde mental, recomenda-se aos gestores estaduais e municipais de saúde a intensificação do processo de municipalização/ regionalização dos hospitais psiquiátricos sob a gestão estadual. Os indicadores compostos de estrutura e processo adotados nesta avaliação são fundamentais para a avaliação da qualidade da atenção, assim, até mesmo índices relativamente baixos de inadequação podem produzir impactos negativos na assistência. Nesse sentido, recomenda-se aos gestores estaduais e municipais de saúde que intervenham junto aos hospitais psiquiátricos que se encontram em desacordo com as normas e legislações vigentes, para a devida adequação em relação aos seguintes componentes: Instituir comissões internas de Revisão de Óbito, Revisão de Prontuário e Controle de Infecção Hospitalar nos hospitais psiquiátricos, conforme preconizam as Resoluções CFM nº 1.638/2002 e 1.812/2007 e a PT GM/MS nº 2.616/1998; Estabelecer mecanismos de Controle Social conforme determina o inciso III art. 3º da PT GM/MS nº 1.559/2008; Adequar o quantitativo de recursos humanos conforme preconizado pela PT GM/MS nº 251/2002; Elaborar projeto terapêutico institucional, instituir prontuário único e disponibilizar espaços para atividades coletivas, conforme PT GM/MS nº 251/2002, visando assistência de qualidade; Adequar estrutura física, mobiliário e rouparia, conforme o recomendado na RDC ANVISA nº 50/2002 e na PT GM/MS nº 251/2002; Adequar a Enfermaria de Intercorrência Clínica de acordo com o preconizado pela PT GM/MS nº 251/2002; Instituir ações de vacinação e controle de doenças infectocontagiosas como preconizado no Programa Nacional de Imunização e no Programa Nacional de Controle de Doenças Transmissíveis, especialmente em relação à Tuberculose, Hanseníase e DST/AIDS/Hepatites Virais; Implantar Projeto Terapêutico Individual, conforme PT GM/MS nº 251/2002, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Humanização; Tendo em vista a importância do controle de qualidade da água e/ou armazenamento e descarte do lixo nas instituições de saúde, recomenda-se que a ANVISA reforce junto às VISAS estaduais e municipais a necessidade de desenvolverem ações continuadas de vistoria e monitoramento nos hospitais psiquiátricos, conforme RDC ANVISA nº 306/2004 e PT GM/MS nº 518/2004; Considerando que não foi permitida a visita técnica no Hospital Psiquiátrico Santa Juliana – Arapiraca/AL e na Casa de Saúde Santa Maria – Aracajú/SE, recomenda-se ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS a realização de auditoria nessas duas unidades hospitalares. Além de apoio a essas recomendações do Relatório do DENASUS, a CISM recomenda ainda: 1) Ao Ministério da Saúde que acelere o ritmo de fechamento de leitos em Hospitais Psiquiátricos e da construção de redes diversificadas e territorializadas. 1.1 Apresente o plano de fechamento de leitos para o período do próximo PPA (2012-2015) com metas claras da redução progressiva de leitos hospitalares psiquiátricos. 1.2 Que defina, em curto prazo, o fim do repasse de recursos para os hospitais psiquiátricos que tenham mais de 400 leitos. 1.3 Solicitação, e pactuação, com os Estados de construção do plano de metas de fechamento de leitos psiquiátricos/ano. 1.4

1856 Definição de prazos específicos para adequação dos Hospitais Psiquiátricos Públicos as normas e  
1857 diretrizes da Reforma Psiquiátrica e para constituição das Redes Psicossociais. 1.5 Não repasse de  
1858 recursos aos Hospitais Psiquiátricos que internem crianças ou adolescentes. A internação de crianças  
1859 requer cuidado e acolhimento nos espaços territoriais e nos dispositivos adequados. 1.6 Incentivo a  
1860 implantação de CAPS III, como mecanismo essencial a efetiva desativação de leitos em hospitais  
1861 psiquiátricos. 1.7 Aumentar as Residências Terapêuticas e o número dos usuários do Programa de  
1862 Volta para a Casa. 2) Realização imediata de auditoria nos dois hospitais que não permitiram a entrada  
1863 da visita técnica, em conformidade com o recomendado no relatório DENASUS (p. 62) e em todos os  
1864 hospitais que ainda possuem crianças internadas, em especial aos Hospitais Psiquiátricos do Paraná;  
1865 3) Total apoio a realização do PNASH e indica ao Ministério que este processo esclareça dúvidas que  
1866 permaneceram no relatório Denasus, entre elas: 3.1 Avaliar de forma detalhada o número e a causa de  
1867 óbitos; 3.2 Comparativo de morte por nº de leitos; 3.3 Existência de Celas Fortes; 3.4 Utilização de  
1868 eletroconvulsoterapia e/ou psicocirurgia; 3.5 Dados que não possuem consistência entre os diversos  
1869 sistemas, entre eles, quantos são moradores/ quantos recebem visitas diárias. A Comissão salienta,  
1870 ainda, a importância da realização, em conjunto com o Ministério da Justiça do Programa Nacional de  
1871 Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH em todos os Hospitais de Custódia e Tratamento  
1872 Penitenciário - HCTP, uma vez que a efetiva reorientação do modelo de saúde mental em curso no  
1873 País não é compatível com a existência destes equipamentos. 4) Inclusão de todos os usuários dos  
1874 Hospitais Psiquiátricos “No Cartão SUS” e apoio aos “mutirões da cidadania” garantindo a criação  
1875 imediata de um cadastro nacional de internados. 5) Integração dos Hospitais Psiquiátricos com a Rede  
1876 de Urgência e Emergência. 6) Incorporação dos usuários dos Hospitais Psiquiátricos nas redes de  
1877 saúde SUS. 7) Encaminhar aos respectivos Conselhos Profissionais (Nutrição, Farmácia e  
1878 Enfermagem) relatório do DENASUS “Força Tarefa para Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no  
1879 Âmbito do SUS” com solicitação de fiscalização do exercício profissional. Disse que a Comissão indica,  
1880 ainda, que o CNS recomende: Ao Ministério das Cidades - a implantação de política de moradia aos ex-  
1881 moradores de hospitais psiquiátricos; e ao Ministério da Educação – o fim das atividades docentes  
1882 dentro dos Hospitais Psiquiátricos e o credenciamento de equipamentos antimanicomiais. A seguir,  
1883 expôs o coordenador da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, **Roberto Tykanori**  
1884 **Kinoshita**, que apresentou o panorama da situação da saúde mental de 2011 a 2012. Iniciou  
1885 esclarecendo que foi feita investigação sobre as mortes nos hospitais psiquiátricos de Sorocaba e essa  
1886 iniciativa desencadeou processo de investigação nos hospitais psiquiátricos no âmbito do SUS. A  
1887 respeito de Sorocaba, disse que o MS trabalhou no sentido de elaborar um plano de ação, junto com  
1888 estado e município, para melhoria da situação dos hospitais. Salientou que a ação do MS foi  
1889 acompanhada pela Defensoria Pública de São Paulo, que impetrhou ação para avaliar a situação dos  
1890 hospitais e investigar as mortes. Salientou que o processo correu e houve dois pedidos de  
1891 arquivamento; após o segundo pedido, a prefeitura local desmobilizou o GT e interrompeu o plano de  
1892 ação. Diante dessa situação, o MS debateu possíveis ações e, nesse período, foi divulgada reportagem  
1893 sobre a situação em hospital psiquiátrico de São Paulo. Dada à gravidade, a gravação foi entregue à  
1894 polícia, desencadeando uma ação de combate ao crime organizado em São Paulo. Como resultado,  
1895 houve outras ações do MPE de SP e o MS acompanhou o debate. Ressaltou que o processo foi  
1896 remetido à Procuradoria Geral e está sendo conduzida uma ação visando a construção de um Termo  
1897 de Ajuste de Conduta com município, estado e governo federal para modificar a situação, sem prejuízo  
1898 à ação criminal que corre em paralelo. Explicou ainda que o Conselho Nacional de Justiça iniciou  
1899 projeto para fornecer documentação de identificação a todos os brasileiros, contemplando, inclusive,  
1900 asilos, hospitais psiquiátricos, prisão... Também disse que esse processo também mobilizou a  
1901 realização de um censo nos hospitais psiquiátricos, iniciando-se pela região de Sorocaba. Salientou  
1902 que o censo começou por um hospital de Sorocaba, com a participação de mais de 70 pessoas e, em  
1903 três dias de investigação, não se conseguiu verificar quantas pessoas estavam internadas no hospital;  
1904 identificou-se que 16 pessoas não possuíam nenhuma identificação; e houve uma morte durante o  
1905 censo sobre a qual não se sabia a causa. Destacou que a ação do Ministério da Justiça se estenderá a  
1906 todo país e, em paralelo, o MP está trabalhando na elaboração da primeira versão de TAC limitado,  
1907 nesse momento, ao hospital Vera Cruz. Ressaltou que essa ação em curso no hospital Vera Cruz  
1908 deverá se estender a todos os hospitais do país. Em âmbito nacional, explicou que o MS vem  
1909 trabalhando para refazer o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH e esse  
1910 processo será acompanhado pelo CNJ. A respeito dos hospitais de custódia, disse que o MS iniciará  
1911 pesquisa investigativa para conhecer as pessoas encarceradas, tendo em vista a mudança de perfil  
1912 dessa população. Continuamente, será iniciado processo desospitalização daqueles que puderem ser  
1913 desospitalizados. Também destacou as ações implementadas, a partir da publicação de portarias de  
1914 2011, com destaque para a ampliação da rede CAPS (aumento de 18 a 20% de aumento. Hoje são  
1915 1.891), ampliando a oferta de serviços. Apesar de importante, destacou que esse crescimento não  
1916 corresponde ao enfrentamento do processo de desospitalização da população internada. Disse que  
1917 hoje são quase 29 mil pessoas internadas e o processo de desospitalização é lento e o índice de morte

é alto, por conta das más condições de vida nesses locais. Salientou que, além de maus tratos, é recorrente nos hospitais a prática de pessoa com várias curatelas, envolvendo esquema ilícito. Disse que o MP e o CNJ investigará essa situação visando profissionalizar a questão das curatelas, a fim de serem retiradas dos donos de hospitais. Frisou que o Relatório do DENASUS foi o primeiro movimento e partir daí foram definidas outras ações importantes na linha de modificar a situação, com envolvimento de vários parceiros. Antes de abrir para manifestações dos conselheiros, a coordenadora adjunta da CISM/CNS solicitou ao diretor Tykanori que abordasse a questão das comunidades terapêuticas no âmbito da rede psicossocial. O diretor explicou que as portarias sobre as comunidades terapêuticas estão vigentes e o intuito é normatizar uma relação que já existe, com definição de parâmetros de funcionamento para atuação no âmbito do SUS. Disse que o MS abriu processo de credenciamento dessas instituições para atuar no SUS e, em um primeiro momento, não houve nenhuma solicitação. Ao contrário, documentos de federações manifestam que as instituições não têm interesse em participar do SUS. Na linha de contribuir na qualificação de comunidades terapêuticas, o MS desencadeou ação para financiar projetos e, após lançamento de edital, 16 entidades se inscreveram, tendo sido aprovados 4 projetos. Depois, foi lançado novo edital e inscreveram-se mais de 30 entidades, mas 18 não possuíam documentação nem mesmo para pré-habilitação. Ressaltou que as comunidades terapêuticas são um setor que precisa ser regulamentado, mas que resiste à regulamentação. No mais, informou que as entidades de comunidades terapêuticas solicitaram que o diálogo fosse feito no âmbito do MJ, e não mais no âmbito da saúde, e a solicitação foi acatada. Salientou que há muitas comunidades que atuam na clandestinidade e tem interesse em permanecer assim, mas também há entidades idôneas. Também disse que o debate sobre as comunidades terapêuticas tornou-se mais complexo diante da disseminação da ideia de que a força é o único modo de lidar com o usuário de droga. Também chamou a atenção para projetos que seguem a linha de penalizar e criminalizar usuários de droga, além de autorizar o uso da força sobre indivíduos usuários dessas substâncias. Ressaltou que essa ação traz riscos à democracia e aos direitos e solicitou que os conselheiros acompanhem esse debate que vai de encontro aos princípios do SUS. **Manifestações.** Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** manifestou tristeza e vergonha com a existência de hospitais psiquiátricos no Brasil onde pessoas são privadas do direito da liberdade, vivendo em situação de exclusão e em condições subumanas. Nesse sentido, avaliou que se deve acelerar o processo de extinção dos manicômios no país e fortalecer a rede substitutiva para assegurar o atendimento das pessoas que necessitem. Também disse que é preciso pensar em um modelo de residência terapêutica para acolher os pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos e também os que são atendidos pelo modelo substitutivo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** também manifestou a sua indignação com o que chamou de “negação da condição humana” e salientou a importância desse debate para definir estratégias que revertam essa situação. Também disse que a discussão da medicalização, do papel da assistência farmacêutica na manutenção de certas estruturas fica fora do debate. Nesse sentido, sugeriu incluir, entre as recomendações da CISM/CNS, a estruturação da assistência farmacêutica como importante componente transversal para garantia da qualidade e uso racional de medicamentos. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** destacou a importância de debater o tema no CNS e salientou a importância de valorizar a integralidade da saúde, considerando o componente da saúde mental. Também cumprimentou o trabalho da CISM/CNS e da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Enfatizou a gravidade da situação de Sorocaba e disse que os componentes do Grupo de investigação dos hospitais são perseguidos e ameaçados por conta das denúncias. Avaliou que o Plano de Enfrentamento do Crack e outras Drogas trouxe um componente de tensão para o cenário da saúde mental, incluindo a questão das comunidades terapêuticas, cuja posição da entidade é contrária, com defesa do Estado laico. Frisou a necessidade de investimento na rede substitutiva – CAPs, consultórios de rua, entre outros - para aplicar a Lei nº. 10.216, na íntegra, não sendo necessária a aplicação do dispositivo da internação compulsória. Falou ainda sobre os manicômios judiciários, destacando que é o grande nó da saúde mental (“o pior do pior”), lembrando que não se configura como hospital nem como prisão. Também disse que é preciso defender a revisão da Lei nº. 11.343/2006 - Nova Lei de Tóxicos – haja vista a prática recorrente de condenação de usuários de drogas por tráfico. Concordou com a recomendação da CISM/CNS e solicitou que o tema retorne à pauta em momento privilegiado, uma vez que envolve o cuidado de toda a população brasileira e o princípio da cidadania e da defesa dos direitos humanos. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** manifestou surpresa com a notícia de que o diálogo com a comunidade terapêutica se dará no âmbito do MJ, ao invés do âmbito da saúde. Também perguntou como está o debate sobre tangenciamento da saúde mental com deficiência intelectual e sobre o protocolo do autismo. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** ficou estarrecida com o relato do coordenador Roberto Tykanori, pela gravidade dos fatos, e sentiu falta da representação dos direitos humanos, por entender que poderia contribuir no debate. Também perguntou se a CISM pretende elaborar documento, com a visão do controle social, para auxiliar a atuação do Conselho Nacional de Justiça. No mais, salientou a importância de pensar em ações de apoio à família de usuários de drogas e não só aos usuários. Conselheira **Nádia**

1980      **Elizabeth Cardoso Barbosa** salientou que o tema é caro considerando a preocupação do movimento  
1981 com a contaminação por conta do uso de drogas. Também ressaltou a sua preocupação com a forma  
1982 como essas pessoas são tratadas e se perguntou como situações como essa ainda ocorrem no país.  
1983 Também quis saber qual o perfil das comunitárias terapêuticas e defendeu que permaneçam sob a  
1984 égide da saúde. Também manifestou preocupação com o desinteresse das comunidades em participar  
1985 de projetos para receber recursos e enfatizou que os setores devem dialogar para iniciar as ações.  
1986 Conselheiro **Clóvis Boufleur** cumprimentou a Comissão pelo trabalho e defendeu a aprovação da  
1987 recomendação na íntegra. Também chamou a atenção para três aspectos a serem debatidos pela  
1988 Comissão: o assunto lança o desafio para o SUS em termos de paradigma – é preciso buscar as  
1989 pessoas que necessitam do Sistema; é preciso definir uma proposta de trabalho que funcione sete dias  
1990 da semana, 24h por dia; e as comunidades terapêuticas são uma resposta da sociedade, ainda que  
1991 não possa ser a melhorar. O SUS precisa apresentar propostas adequadas à realidade social das  
1992 pessoas. Conselheira **Marisa Furia Silva** pontuou a sua fala nas seguintes questões: hospitais  
1993 psiquiátricos – todos os internados estão diagnosticados?; CAPs – o número é insuficiente (18%); é  
1994 urgente a definição de quantas residências terapêuticas são necessárias para receber as 29 mil  
1995 pessoas internadas que serão desospitalizadas; e é preciso alterar a portaria de residência terapêutica  
1996 para atender pessoas que não são egressas de hospitais psiquiátricos e de custódia. Por fim, defendeu  
1997 que a CISM tenha pauta permanente no CNS e que haja interface com as demais comissões do  
1998 Conselho. Conselheira **Lucimar Batista da Costa** salientou a importância de capacitar os profissionais  
1999 de saúde e as pessoas (familiares) que cuidam de pessoas com doenças mentais. No caso da  
2000 hanseníase, disse que é preciso garantir a vigilância de forma a assegurar que as pessoas internadas  
2001 tenham tratamento e não haja disseminação da doença. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**  
2002 (“**Santinha**”) cumprimentou os expositores e manifestou satisfação com o tema do dia da saúde mental  
2003 202, haja vista o alto índice de depressão na sociedade e ser causa de internação. Cumprimentou a  
2004 Comissão pelo trabalho e defendeu a aprovação da recomendação conforme apresentada. Também  
2005 perguntou se existe estudo sobre a mulher internada em hospital psiquiátrico, salientando a importância  
2006 de dados sobre gravidez nos hospitais, aborto, câncer de mama e de colo de útero. Conselheira **Zilda**  
2007 de **Faveri Souza** destacou a importância de pautar esse pautar e trazer à luz essa situação. Sobre o  
2008 processo de desospitalização, disse que é preciso um olhar cuidadoso para o familiar que irá cuidar dos  
2009 egressos e frisou que o cuidado não deve ser apenas de responsabilidade da família, mas também do  
2010 Estado, que deve garantir uma rede de atenção às famílias cuidadoras. Conselheira **Maria do Socorro**  
2011 de **Souza** disse que a primeira reflexão a ser feita é “que sociedade está sendo construída e que  
2012 Estado se tem”, uma vez que os problemas de saúde mental tem origem nas construções sociais e na  
2013 omissão histórica do Estado. Destacou que a opção sempre foi por discriminar/criminalizar essas  
2014 pessoas e registrou a sua indignação com a existência de hospitais clandestinos de pessoas com  
2015 problemas de saúde mental, entendendo que o SUS deve controlar essa questão. No mais, perguntou  
2016 qual o compromisso do CONASS e do CONASEMS com essa questão e o que tem sido feito para  
2017 reverter a situação. Disse que o Estado transfere a responsabilidade do cuidado, que é sua, para a  
2018 família, que não está preparada para lidar com o problema. Salientou ainda que o consumo de drogas é  
2019 a expressão da sociedade que vem sendo construída e a omissão de Estado de garantir uma  
2020 sociedade mais igualitária no que se refere à garantia de direitos. No seu modo de ver, é preciso  
2021 investir na estrutura familiar para lidar com a situação e debater as condições dos profissionais que  
2022 atuam nos CAP. Por fim, sugeriu que se apresente experiências bem sucedidas no âmbito do SUS e  
2023 outras experiências para enfrentar o problema e que se defina um espaço interministerial para tratar da  
2024 questão. Conselheiro **José Carrijo Brom** saudou os que trabalham na saúde mental e cumprimentou o  
2025 trabalho do DENASUS de diagnóstico da situação. Ressaltou que a realidade da saúde mental no país  
2026 é crítica e é preciso somar esforços das três esferas de governo para dar respostas à situação com  
2027 reforço e fortalecimento dos CAP, construção de residências terapêuticas, entre outras iniciativas.  
2028 Diante do diagnóstico, defendeu uma ação incisiva do Estado em relação às instituições com  
2029 irregularidades, inclusive com fechamento. Manifestou apoio à ação do MS e salientou a importância de  
2030 iniciativas intersetoriais para modificar a realidade atual. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**  
2031 destacou que é preciso atenção para os profissionais que atuam na saúde mental e citou o programa  
2032 de reabilitação do hospital São Pedro, em Porto Alegre, que possibilitou reabilitação terapêutica,  
2033 capacitação de recursos e reabilitação profissional. Destacou que o processo de desospitalização deve  
2034 ser feito respeitando o usuário e salientou que a saúde mental deve ser vista como uma questão  
2035 integral e não apenas na lógica da doença. Também frisou a importância de integrar os hospitais  
2036 psiquiátricos à rede de urgência e emergência e garantir que os profissionais dessa rede saibam tratar  
2037 com a questão de saúde mental. Disse ainda que a rede de saúde pública deve dar apoio às famílias  
2038 para que possam cuidar dessas pessoas. Conselheiro **Jorge Oliveira Duarte (“Marubo”)** salientou  
2039 que os povos indígenas enfrentam sérios problemas de saúde mental por conta da omissão do Estado  
2040 e falta de ações articuladas e intersetoriais. Também destacou o alto índice de uso de álcool e drogas  
2041 entre os povos indígenas, gravidez precoce, resultando em mortalidade materna e infantil, além dos

2042 suicídios que ocorrem com frequência. Diante da importância do tema, ratificou a proposta de pauta  
2043 permanente para a CISM no CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ressaltou a importância de se  
2044 trabalhar a política de redução de danos com a população usuária de crack, utilizando abordagem  
2045 diferente. Além disso, frisou que é essencial considerar a laicidade do Estado nas comunidades  
2046 terapêuticas. Avaliou que a falta de interesse das comunidades terapêuticas em aderir ao SUS ocorre  
2047 porque essas entidades não estão adaptadas à política de saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro**  
2048 **Bittencourt** salientou que a situação nada mais é que a mercantilização da saúde e insere-se no  
2049 projeto de contra reforma do Estado. Ressaltou que se se trata de uma situação de calamidade pública  
2050 que deve ser tutelada pelo Estado. Diante da gravidade, defendeu os seguintes encaminhamentos:  
2051 pauta permanente para CISM/CNS nas reuniões do Conselho (informe); definir o tema “Transtorno  
2052 psíquico e crack” para o balanço do mês na próxima reunião do CNS; e elaborar plano emergencial de  
2053 combate às drogas e de atenção às pessoas com transtornos psíquicos. Conselheiro **Élcio Alteris dos**  
2054 **Santos** cumprimentou a CISM e a equipe técnica pelo trabalho e salientou que uma das principais  
2055 questões a ser considerada é a atenção do cuidado, com atenção especial para aqueles responsáveis  
2056 pelo cuidado. Disse que se observa nos CAPs procedimentos diferentes, equipes reduzidas, condições  
2057 de trabalho que não são suficientes diante das demandas e, nessa linha, defendeu um mapeamento  
2058 sobre a realidade dos Centros de Atendimento. Também reforçou a importância de qualificação  
2059 profissional nos serviços, assegurando melhores condições de trabalho e remuneração de profissional  
2060 de saúde mental e ampliando o cuidado para outras profissões. Por fim, entregou uma carta do GT de  
2061 Terapia Ocupacional ao coordenador da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas,  
2062 **Roberto Tykanori Kinoshita**, para avaliação. A coordenadora da CISM solicitou que fosse  
2063 encaminhada uma cópia da carta à CISM/CNS, para manifestação. **Retorno da mesa.** Conselheira  
2064 **Maria Erminia Ciliberti**, coordenadora adjunta da CISM/CNS, concordou com a proposta de pauta  
2065 permanente para a CISM/CNS e sugeriu que esse debate ocorra de forma transversal, em articulação  
2066 com as demais comissões do CNS. Além disso, explicou que a recomendação da CISM refere-se ao  
2067 que consta no relatório do DENASUS, todavia, a Comissão apontou a importância de debater outras  
2068 questões como uso racional de medicamento e medicalização da vida. Concordou que é preciso  
2069 aprofundar o debate sobre uso de drogas, e lembrou que isolar não é tratar. Também disse que é  
2070 preciso tomar uma iniciativa sobre a “máquina de interditar pessoas” e as internações forçadas.  
2071 Salientou que o CFM sistematizou denúncias sobre os hospitais psiquiátricos e o relatório pode ser  
2072 disponibilizado aos conselheiros. Destacou que o ocorrido em Sorocaba não é fato isolado e os  
2073 conselhos estaduais e municipais de saúde devem fiscalizar as instituições de saúde mental para evitar  
2074 que situações relatadas voltem a ocorrer. O coordenador da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e  
2075 outras Drogas, **Roberto Tykanori Kinoshita**, explicou que a Rede CAPs cresceu 20% nos últimos  
2076 anos, de 1600, em 2010, para 1891, em 2012, mas esse crescimento não compensa a questão dos  
2077 hospitais que possuem outra dinâmica e precisam de outra estratégia que não passa apenas pela  
2078 expansão dos serviços. Explicou que a política de saúde mental defende a importância do vínculo  
2079 familiar e não a transferência da responsabilidade do cuidado para a família. Para resolver essa  
2080 situação, deve-se pensar em um contexto geral de segurança, ou seja, deve-se assegurar tratamento,  
2081 moradia, cuidado... Disse que o serviço residencial terapêutico foi construído dessa forma, ou seja,  
2082 pessoas que saíram de hospitais psiquiátricos foram morar em residências terapêuticas e não voltaram  
2083 a casa. Disse que está sendo debatida com outros setores de governo a possibilidade de não só  
2084 egressos de hospitais participarem de residências terapêuticas e um cálculo inicial indicou a  
2085 necessidade de construção de 10 mil casas. Nessa linha, sugeriu uma manifestação do CNS ao  
2086 Ministério das cidades a esse respeito, inclusive para avançar nas negociações. Sobre a questão das  
2087 drogas e sociedade, disse que o foco da política de drogas é como aumentar a coesão na sociedade e  
2088 superar as desigualdades. Em relação ao crack, avaliou que joga luz àqueles que não conseguiram  
2089 ascender a melhores condições de vida, ou seja, o problema não é novo; o inédito é que um grupo  
2090 vulnerável de pessoas muito pobres passou a usar drogas. Avaliou que o crack traz o problema da  
2091 sociedade contemporânea de enormes deslocamentos (ascensão para nova classe social) e as  
2092 políticas não estão preparadas para dar conta dessa situação. Salientou que essa questão demanda  
2093 um olhar diferenciado e atencioso. Encaminhando, conselheira Sandra Régis, coordenadora da  
2094 CISM/CNS, listou as propostas para deliberação: **1)** recomendação, elaborada pela CISM; **2)** pauta  
2095 permanente para CISM/CNS nas reuniões do Conselho; **3)** balanço do mês na próxima reunião do  
2096 CNS: “Transtorno psíquico e crack”; e **4)** CISM/CNS encaminhe perguntas sobre saúde mental para  
2097 serem incluídas no inquérito nacional sobre saúde, a ser realizado em 2013. Conselheira **Lígia Bahia**  
2098 também sugeriu que o CNS realize censo hospitalar de saúde mental – avaliação da estrutura,  
2099 processo e resultado dos hospitais (a finalidade é avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos  
2100 estabelecimentos de saúde mental do país) e apresentar resultados fundamentais para orientar a  
2101 Política de Saúde Mental. **Com esse acréscimo, a mesa colocou os encaminhamentos, que foram**  
2102 **aprovados:** **1) aprovada a recomendação, elaborada pela CISM, onde o CNS apoia as**  
2103 **recomendações presentes no relatório do DENASUS (p. 60-62) e recomenda:** **1) Ao Ministério da**

2104 Saúde que acelere o ritmo de fechamento de leitos em Hospitais Psiquiátricos e da construção  
2105 de redes diversificadas e territorializadas. 1.1- Apresente o plano de fechamento de leitos para o  
2106 período do próximo PPA (2012-2015) com metas claras da redução progressiva de leitos  
2107 hospitalares psiquiátricos. 1.2- Que defina, em curto prazo, o fim do repasse de recursos para os  
2108 hospitais psiquiátricos que tenham mais de 400 leitos. 1.3- Solicitação, e pactuação, com os  
2109 Estados de construção do plano de metas de fechamento de leitos psiquiátricos/ano. 1.4-  
2110 Definição de prazos específicos para adequação dos Hospitais Psiquiátricos Públicos as normas  
2111 e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e para constituição das Redes Psicossociais. 1.5- Não  
2112 repasse de recursos aos Hospitais Psiquiátricos que internem crianças ou adolescentes. A  
2113 internação de crianças requer cuidado e acolhimento nos espaços territoriais e nos dispositivos  
2114 adequados. 1.6- Incentivo a implantação de CAPS III, como mecanismo essencial a efetiva  
2115 desativação de leitos em hospitais psiquiátricos. 1.7- Aumentar as Residências Terapêuticas e o  
2116 número dos usuários do Programa de Volta para a Casa. 2. Realização imediata de auditoria nos  
2117 dois hospitais que não permitiram a entrada da visita técnica, em conformidade com o  
2118 recomendado no relatório DENASUS (p. 62) e em todos os hospitais que ainda possuem  
2119 crianças internadas, em especial aos Hospitais Psiquiátricos do Paraná. 3) Total apoio a  
2120 realização do PNASH e indica ao Ministério que este processo esclareça dúvidas que  
2121 permaneceram no relatório Denasus, entre elas: 3.1- Avaliar de forma detalhada o número e a  
2122 causa de óbitos; 3.2 - Comparativo de morte por nº de leitos; 3.3- Existência de Celas Fortes; 3.4-  
2123 Utilização de eletroconvulsoterapia e/ou psicocirurgia; 3.5- Dados que não possuem  
2124 consistência entre os diversos sistemas, entre eles, quantos são moradores/ quantos recebem  
2125 visitas diárias. Salienta, ainda, a importância da realização, em conjunto com o Ministério da  
2126 Justiça do PNASH em todas as HCTP – Hospitais de Custódia e Tratamento Penitenciário, uma  
2127 vez que a efetiva reorientação do modelo de saúde mental em curso no País não é compatível  
2128 com a existência destes equipamentos. 4. Inclusão de todos os usuários dos Hospitais  
2129 Psiquiátricos “No Cartão SUS” e apoio aos “mutirões da cidadania” garantindo a criação  
2130 imediata de um cadastro nacional de internados. 5. Integração dos Hospitais Psiquiátricos com a  
2131 Rede de Urgência e Emergência. 6. Incorporação dos usuários dos Hospitais Psiquiátricos nas  
2132 redes de saúde SUS. 7. Encaminhar aos respectivos Conselhos Profissionais (Nutrição,  
2133 Farmácia e Enfermagem) relatório do DENASUS “Força Tarefa para Avaliação dos Hospitais  
2134 Psiquiátricos no Âmbito do SUS” com solicitação de fiscalização do exercício profissional. A  
2135 Comissão indica ainda que o CNS recomende: ao Ministério das Cidades a implantação de  
2136 política de moradia aos ex-moradores de hospitais psiquiátricos; e ao Ministério da Educação –  
2137 o fim das atividades docentes dentro dos Hospitais Psiquiátricos e o credenciamento de  
2138 equipamentos antimanicomiais; 2) aprovada pauta permanente para CISM/CNS nas reuniões do  
2139 Conselho; 3) definir o tema “Transtorno psíquico e crack” para o balanço do mês na próxima  
2140 reunião do CNS; 4) a CISM/CNS deverá encaminhar perguntas sobre saúde mental para serem  
2141 incluídas no inquérito nacional sobre saúde, a ser realizado em 2013; e 5) o CNS deve realizar  
2142 censo hospitalar de saúde mental – avaliação da estrutura, processo e resultado dos hospitais  
2143 (a finalidade é avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde  
2144 mental do país). Conselheira Sandra Régis reiterou a sua indignação com a situação dos hospitais  
2145 psiquiátricos do país e destacou que é preciso mudar essa situação que persiste. Com essa definição,  
2146 a mesa encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Retomando, a mesa foi composta  
2147 para o item 9 da pauta. **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E**  
2148 **FINANCIAMENTO – COFIN/CNS – RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO – RAG 2011 - INFORMES:**  
2149 **PAS 2012 e RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DO MS – 1º quadrimestre** - Apresentação:  
2150 Arionaldo Bonfim Rosendo, Subsecretário de Planejamento e Orçamento – SPO/MS; conselheiro  
2151 Fernando Luiz Eliotério, coordenador da COFIN/CNS; Francisco Funcia, assessor da COFIN/CNS.  
2152 Coordenação: conselheiro Jorge Alves Venâncio, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, conselheiro  
2153 Ronald Ferreira dos Santos apresentou informe sobre a reunião da coordenação do Movimento  
2154 Saúde + 10, realizada no dia 3 de outubro, com destaque para os seguintes aspectos: CNS será o  
2155 centralizador das assinaturas, portanto, as entidades devem encaminhar as assinaturas ao Plenário;  
2156 cronograma: 30 de outubro – 1ª contagem do número de assinaturas, 15 de dezembro – 2ª Contagem  
2157 do número de assinaturas e 07 de Abril – Entrega das assinaturas no Congresso Nacional; o CNS  
2158 aprovou a indicação de conselheiros nacionais de saúde para visitar os 27 estados e realizar um “Ato  
2159 de fortalecimento da saúde pública brasileira: Saúde+10” em pelo menos um estado de cada uma das  
2160 regiões do país e o calendário será o seguinte: Região Norte – Belém - dia 30 de outubro junto com a  
2161 Oficina Regional Compartilhada de Educação Permanente para o controle social do Sistema Único de  
2162 Saúde (SUS) - conselheiro Gilson Silva, conselheiro José Eri Medeiros e conselheiro Ronald Ferreira;  
2163 12 de novembro – Recife; Região Nordeste – Fortaleza – dia 20 de novembro - conselheiro Ubiratan  
2164 Cassano, Ana Costa e mais um nome a indicar; Região Nordeste – Fortaleza – dia 20 de novembro;  
2165 Região Sudeste – Belo Horizonte – dia 20 de novembro - conselheiro Gilson Silva, conselheiro

2166 Fernando Luiz Eliotério e conselheiro André de Oliveira; Região Sul – Porto Alegre – dia 16 de  
2167 novembro – Junto com o Congresso da ABRASCO –conselheiro Gilson Silva, conselheiro José Eri  
2168 Medeiros, conselheiro Ronald Ferreira e conselheiro Ubiratan Cassano; Região Centro Oeste – Goiânia  
2169 – dia 29 de novembro – junto com a Plenária de Conselheiros do Centro-Oeste – nomes a indicar.  
2170 Conselheiro **Ubiratan Cassano** explicou que a iniciativa de realizar reuniões regionais visa fazer um  
2171 balanço do processo nos estados e estimular a integração de entidades à campanha de coleta de  
2172 assinaturas. Nesse sentido, solicitou às representações que incentivem as entidades a participar dos  
2173 atos para o processo de coleta de assinaturas e também destacou que o movimento estimulará a  
2174 formação de comissões estaduais para avaliar a coleta de assinaturas e o lançamento da campanha  
2175 nos Estados. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, primeiro, justificou que não recebeu convite  
2176 para as duas últimas reuniões do movimento, e também identificou como equívoco o não envolvimento  
2177 das federações estaduais no processo. Também avaliou que é preciso um material para subsidiar o  
2178 debate, pois, além da coleta, as entidades desejam debater o porquê de mais dinheiro para saúde.  
2179 Destacou que é preciso fazer um balanço político do movimento e dialogar com as entidades sobre as  
2180 estratégias. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou qual a previsão para o encerramento da  
2181 coleta de assinaturas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que foi distribuído aos  
2182 conselheiros um modelo de cartilha para subsidiar os debates das entidades. Acerca do prazo, disse  
2183 que a intenção é coletar 1,5 milhão de assinaturas para ser entregue até 7 de abril de 2013, portanto,  
2184 reiterou a importância de envio das assinaturas já coletadas ao CNS para um balanço e definição de  
2185 estratégias. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** colocou-se à disposição para participar do movimento  
2186 de Belo Horizonte. Conselheiro **João Rodrigues Filho** explicou que a CNTS se reuniu com o segmento  
2187 dos hospitais privados, em São Paulo, e foi firmado acordo sobre a coleta de assinatura nesses  
2188 hospitais e também salientou que é preciso envolver os 2.400 hospitais públicos para coleta de  
2189 assinaturas. No mais, reiterou a importância de utilizar o rádio como meio de divulgação do movimento  
2190 para mobilização. Conselheira **Zilda de Faveri Souza** perguntou se as assinaturas podem ser enviadas  
2191 diretamente ao CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que até 30 de outubro as  
2192 entidades devem reunir as assinaturas nas suas organizações e enviar ao CNS até 15 de dezembro.  
2193 Definido esse ponto, a mesa abriu a discussão sobre o Relatório Anual de Gestão – RAG 2011.  
2194 Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** explicou que a COFIN reuniu-se nos dias 3 e 4 de outubro e, na  
2195 oportunidade, recebeu a PAS 2012 atualizada conforme aprovado no Plenário e analisou o modelo do  
2196 Relatório Anual de Gestão para Estados e Municípios e o recurso apresentado pela SPO ao parecer da  
2197 COFIN/CNS sobre o RAG/2011/MS. Feitas essas considerações, o assessor da COFIN/CNS,  
2198 **Francisco Funcia**, apresentou o documento intitulado “Resposta ao recurso apresentado pela SPO/MS  
2199 ao parecer da COFIN/CNS sobre o RAG/2011/MS, à luz dos esclarecimentos prestados na reunião de  
2200 02 de outubro de 2012 com base no documento intitulado “Análise do parecer da COFIN/CNS sobre a  
2201 nota técnica nº05/2012/SPO/SE/MS”. Explicou que o documento apresenta a resposta ao segundo  
2202 recurso da SPO/MS ao parecer da COFIN/CNS pela reprovação do RAG/2011 do Ministério da Saúde.  
2203 A análise desse recurso foi realizada por esta Comissão com base nos esclarecimentos apresentados  
2204 pela SPO/MS na reunião de 2 de outubro de 2012, conforme documento entregue intitulado “Análise do  
2205 parecer da COFIN/CNS sobre a nota técnica nº. 05/2012/SPO/SE/MS”, além dos documentos  
2206 entregues a seguir relacionados: “Instrução Normativa nº 01, de 06 de abril de 2011, da Secretaria  
2207 Federal de Controle Interno do Ministério da Fazenda”; e “Nota Técnica Conjunta nº 07  
2208 SOF/STN/MP/MF, de 13 de setembro de 2012, da Secretaria de Orçamento Federal/Ministério do  
2209 Planejamento, Orçamento e Gestão e da Secretaria do Tesouro Nacional/Ministério da Fazenda”. Disse  
2210 que esses novos esclarecimentos trouxeram respostas parciais aos questionamentos feitos pela  
2211 COFIN/CNS à Nota Técnica nº 05/2012/SPO/SE/MS, este último que trouxe a “complementação de  
2212 informação desta SPO aos itens relacionados no Parecer da COFIN/CNS sobre o Relatório Anual de  
2213 Gestão – RAG 2011...”. Recordou que o objetivo daquela “Nota” era rebater a avaliação da COFIN/CNS  
2214 de que “...o Ministério não atendeu aos aspectos legais do SUS e, por conseguinte, recomenda a  
2215 rejeição do RAG 2011 pelo Plenário do CNS”. Na reunião realizada em 5 de setembro de 2012 a  
2216 COFIN/CNS elaborou parecer contendo a seguinte conclusão: “Do ponto de vista da análise técnico-  
2217 legal, a Nota Técnica apresentada pela SPO/MS não foi suficiente para alterar a recomendação anterior  
2218 da COFIN/CNS pela não aprovação do RAG 2011, bem como o gestor federal (Ministério da Saúde)  
2219 ainda não apresentou as recomendações para a gestão indicadas nas Portarias da Tabela 2,  
2220 especialmente o item D.VIII, nem apresentou propostas de encaminhamento para todos os pontos  
2221 abordados pela COFIN/CNS. Disse que, em 2 de outubro de 2012, a COFIN/CNS recebeu e analisou o  
2222 documento enviado pela SPO/MS intitulado “Análise do parecer da COFIN/CNS sobre a Nota Técnica  
2223 nº. 05/2012/SPO/SE/MS”, de caráter recursal, e da análise das justificativas apresentadas nesse  
2224 documento recursal elaborado pela SPO/MS, a COFIN/CNS destacou os aspectos detalhados a seguir.  
2225 1) Sobre o questionamento da metodologia de cálculo da aplicação mínima de 15% em ações e  
2226 serviços básicos de saúde: A SPO/MS entende que o dispositivo constitucional que exige essa  
2227 aplicação não remete ao critério per capita fixado pela Lei nº 8080/90, mas define que deve ser

2228  
2229  
2230  
2231  
2232  
2233  
2234  
2235  
2236  
2237  
2238  
2239  
2240  
2241  
2242  
2243  
2244  
2245  
2246  
2247  
2248  
2249  
2250  
2251  
2252  
2253  
2254  
2255  
2256  
2257  
2258  
2259  
2260  
2261  
2262  
2263  
2264  
2265  
2266  
2267  
2268  
2269  
2270  
2271  
2272  
2273  
2274  
2275  
2276  
2277  
2278  
2279  
2280  
2281  
2282  
2283  
2284  
2285  
2286  
2287  
2288  
2289  
obedecido o critério populacional, a saber: Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000). (...). § 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000). Dessa forma, a COFIN/CNS entende que a SPO/MS justifica a inclusão das despesas realizadas na área da atenção básica baseada nas portarias que disciplinam transferências para Estados e Municípios envolvendo critério populacional, destacando aquelas referentes ao PAB-Variável, na perspectiva desse dispositivo constitucional. Além disso, em resposta, a SPO/MS esclarece também que não citou na "Nota" a Lei Complementar nº 141/2012 para justificar os procedimentos adotados em 2011, mas apenas com o objetivo de exemplificar sobre o assunto tratado. **2)** Sobre o questionamento da falta de disponibilidade financeira no Fundo Nacional de Saúde em 31 de dezembro de 2011 equivalente às despesas empenhadas e não pagas em 2011, bem como os saldos de restos a pagar de exercícios anteriores. A SPO/MS apresentou os anexos III e IV dos Decretos de Programação Financeira relativos a 2011 e 2012 que tratam da disponibilidade financeira para os restos a pagar. Porém, esses anexos não comprovam a existência da disponibilidade financeira nas contas do Fundo Nacional de Saúde e dos órgãos da administração indireta vinculados ao Ministério da Saúde, mas o compromisso do governo federal em arcar com as despesas inscritas em restos a pagar na sua totalidade, desde que legalmente liquidadas nos termos da Lei nº 4320/64. Na prática, os compromissos financeiros assumidos pelo Ministério da Saúde em 2011 e, especialmente, pelo Fundo Nacional de Saúde estão garantidos, ainda que a forma não seja aquela que determina a existência de disponibilidade financeira nas contas do Fundo Nacional de Saúde e órgãos da administração indireta do Ministério da Saúde. Sobre isso, também, a SPO/MS justificou a impossibilidade de cumprir essa medida por causa do disposto no artigo 164, §3º, da Constituição Federal: Art. 164. A competência da União para emitir moeda será exercida exclusivamente pelo banco central. (...). § 3º - As disponibilidades de caixa da União serão depositadas no banco central; as dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e dos órgãos ou entidades do Poder Público e das empresas por ele controladas, em instituições financeiras oficiais, ressalvados os casos previstos em lei. Em essência, na opinião da COFIN/CNS, foram apresentadas novas justificativas, inclusive com o novo embasamento constitucional que sustenta a posição do gestor federal sobre esse assunto. **3)** Sobre o questionamento referente à ausência de compensação dos Restos a Pagar cancelados. Não houve a compensação dos Restos a Pagar Cancelados em 2011 (e nos anos anteriores), apesar dessas despesas terem sido empenhadas em anos anteriores e tenham sido computadas no cálculo da aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Segundo a SPO/MS, tal procedimento decorreu do fato de que o subitem 9.1 do Acórdão 2670/2010, do Tribunal de Contas da União, que tratava da compensação dos Restos a Pagar a partir de 2009, teve seus efeitos suspensos por causa do pedido de reexame apresentado pela Advocacia Geral da União (AGU). A nova apreciação do TCU sobre a matéria ocorreu somente em 2012 pelo Acórdão 854/2012. Segundo esse Acórdão, houve a decisão de "tornar sem efeito a determinação contida no subitem 9.1 do Acórdão 2670/2010-Plenário ante a edição da Lei Complementar 141/2012". Diante disso, os Ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Fazenda não liberam recursos orçamentários e financeiros para essa compensação por parte do Ministério da Saúde, sob a alegação de que não há no dispositivo constitucional, que rege a aplicação mínima do recurso com base na variação nominal do PIB sobre os valores empenhados no ano anterior, nenhuma exigência de compensação de restos a pagar cancelados, diferentemente do que passou a ser disciplinado pela Lei Complementar nº 141/2012 a partir de 2012. Por isso, a SPO/MS entende que não pode a gestão do Ministério da Saúde ser prejudicada na análise do RAG por causa de aspectos da gestão orçamentária e financeira disciplinada por outros ministérios, inclusive em termos operacionais. De fato, a COFIN/CNS concorda que não haveria como o Ministério da Saúde realizar formalmente essa compensação. Além disso, em resposta, a SPO/MS esclarece também que não citou na "Nota" a Lei Complementar nº 141/2012 para justificar os procedimentos adotados em 2011, mas apenas com o objetivo de exemplificar sobre o assunto tratado. A COFIN/CNS não acata o recurso apresentado pela SPO/MS para os itens da Tabela 2 (referentes ao cumprimento dos aspectos formais do RAG/2011), bem como afirma que não existe "inconsistência" entre as avaliações dos itens D.V e D.VIII da citada tabela, pois as recomendações tratadas num e outro item são diferentes. Portanto, o quadro de avaliação dos quesitos do cumprimento dos aspectos formais do RAG, que foi revisto pela COFIN/CNS à época da análise da "Nota", fica mantido conforme segue: atende=de 4 para 4; atende parcialmente= de 10 para 12; não atende= de 11 para 2; e não se aplica=de zero para 7. Não houve novo posicionamento da SPO/MS em relação ao aspecto apontado no parecer da COFIN/CNS sobre o que consta na página 9 da nota técnica: a existência de uma espécie de "retroalimentação" financeira "ao utilizar despesas financiadas com receitas próprias, inclusive de pagamento de medicamentos e de serviços pelos usuários, para o cômputo da aplicação mínima constitucional". Também não houve posicionamento da SPO/MS sobre o fato de que o MS fiscaliza a aplicação dos

2290 recursos repassados para Estados e Municípios nos termos das portarias editadas, auditando as contas  
2291 e solicitando a restituição dos valores aplicados indevidamente sob a ótica da auditoria (mesmo que,  
2292 por exemplo, um recurso para atenção básica tenha sido utilizado para despesas com atenção básica,  
2293 mas em desacordo com a portaria), independentemente da caracterização ou não do dolo, ou seja,  
2294 mesmo que tenha sido motivado por problemas de ordem administrativa ou por necessidade de atender  
2295 à população. 4) Sobre o parecer conclusivo da COFIN/CNS com a recomendação da reprovação do  
2296 RAG/2011 do MS. A SPO/MS entende que o conjunto dos motivos apontados pela COFIN/CNS não  
2297 seria suficiente para a reprovação do RAG/2011 do MS. A SPO/MS entende que são pertinentes os  
2298 apontamentos apresentados pela COFIN/CNS, à luz dos critérios de análise adotados pela referida  
2299 Comissão; mas, a SPO/MS entende também que comprovou a impossibilidade de atender a vários dos  
2300 pontos questionados pelo fato da gestão orçamentária e financeira do Ministério da Saúde estar  
2301 condicionada às regras estabelecidas pelos Ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão e da  
2302 Fazenda. Em outros termos, não haveria como o Ministério da Saúde operacionalizar procedimentos de  
2303 gestão para atender aos apontamentos da COFIN/CNS sem que tenha recursos orçamentários e  
2304 financeiros disponibilizados para esse fim. A SPO/MS apresentou à COFIN/CNS os critérios utilizados  
2305 pelo controle interno da União na análise das contas e procedimentos administrativos dos Ministérios,  
2306 que integram a “Instrução Normativa nº 01, de 06 de abril de 2011, da Secretaria Federal de Controle  
2307 Interno do Ministério da Fazenda”. A instituição do controle interno é uma exigência prevista na Lei nº  
2308 4320/64 e na Lei Complementar nº 101/2000, que antecede à fiscalização dos órgãos de controle  
2309 externo (por exemplo, Tribunal de Contas da União). Para tanto, emitem o “Certificado de Auditoria”  
2310 após a análise e verificação das contas dos “responsáveis pela aplicação, utilização ou guarda de bens  
2311 e valores públicos, e de todo aquele que der causa à perda, subtração ou estrago de valores, bens e  
2312 materiais de propriedade ou responsabilidade da União” (Capítulo VII, Seção IV, 2), nos termos da  
2313 citada Instrução Normativa. Os tipos de Certificado (Capítulo VII, Seção IV, 3) são: I. Certificado de  
2314 Regularidade - será emitido quando o Órgão ou Unidade de Controle Interno formar a opinião de que  
2315 na gestão dos recursos públicos foram adequadamente observados os princípios da legalidade,  
2316 legitimidade e economicidade. II. Certificado de Regularidade com Ressalvas - será emitido quando o  
2317 Órgão ou Unidade de Controle Interno constatar falhas, omissões ou impropriedades de natureza  
2318 formal no cumprimento das normas e diretrizes governamentais, quanto à legalidade, legitimidade e  
2319 economicidade e que, pela sua irrelevância ou imaterialidade, não caracterizem irregularidade de  
2320 atuação dos agentes responsáveis. III. Certificado de Irregularidade - será emitido quando o Órgão ou  
2321 Unidade de Controle Interno verificar a não observância da aplicação dos princípios de legalidade,  
2322 legitimidade e economicidade, constatando a existência de desfalque, alcance, desvio de bens ou outra  
2323 irregularidade de que resulte prejuízo quantificável para a Fazenda Nacional e/ou comprometam,  
2324 substancialmente, as demonstrações financeiras e a respectiva gestão dos agentes responsáveis, no  
2325 período ou exercício examinado. A COFIN/CNS entendeu que esses critérios deveriam ser utilizados  
2326 para definição do posicionamento em relação ao parecer conclusivo anterior após o conjunto de  
2327 esclarecimentos obtidos da SPO/MS em todas as fases de tramitação dessa matéria, inclusive com as  
2328 últimas informações complementares apresentadas na reunião de 02 de outubro de 2012, o que será  
2329 feito no final deste documento. 5) Sobre as propostas de compromissos para o MS: I. Informar  
2330 imediatamente ao CNS o que está sendo feito para atender às exigências legais e infralegais  
2331 relacionadas ao cumprimento dos aspectos formais do RAG 2012 que não foram observadas em 2011  
2332 e nos anos anteriores. Resposta da SPO/MS: proposta parcialmente atendida, com a edição da Nota  
2333 Técnica Conjunta nº 07 SOF/STN/MP/MF. Resta pendente a apresentação do que será feito em  
2334 relação ao cumprimento dos outros aspectos legais e infralegais não atendidos nas gestões de 2011 e  
2335 anteriores, devidamente apontados em cada RAG analisado. II. Submeter ao CNS a PAS 2013 antes  
2336 do final do ano de 2012, bem como submeter a PAS 2014 em março/2013 antes do Projeto de Lei de  
2337 Diretrizes Orçamentárias para 2014, como determina a Lei Complementar nº 141/2012. Resposta da  
2338 SPO/MS: não há como cumprir integralmente esse prazo, pois está em desacordo com a regra da  
2339 Constituição Federal para a entrega do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO) ao  
2340 Congresso Nacional, que é 15 de abril, com prazo para votação até o final do 1º semestre – como  
2341 elaborar a PAS sem ter a LDO aprovada? A COFIN/CNS entende que a justificativa é pertinente, mas  
2342 que será preciso o Poder Executivo apresentar projeto de lei que altere esse dispositivo da Lei  
2343 Complementar nº 141/2012, para evitar a repetição de “leis não cumpridas”. III. Apresentar ao CNS  
2344 propostas de compensação dos Restos a Pagar Cancelados e de outras despesas que não poderiam  
2345 ser caracterizadas como ações e serviços públicos de saúde (como Farmácia Popular, Assistência  
2346 Médica a Servidores, despesas financiadas com Receitas Próprias e/ou pagamento dos usuários).  
2347 Resposta da SPO/MS: para os restos a pagar, ver o item 3 anterior; para a compensação das receitas  
2348 próprias utilizadas para o financiamento das despesas até 2011, a resposta da SPO/MS combinou  
2349 parte do item 3 anterior (sobre a indisponibilidade financeira e orçamentária do MPOG e do MF para  
2350 essa compensação) com o Acórdão TCU nº 957/2005. IV. Apresentar ao CNS as metas de ampliação  
2351 de alocação de recursos para fortalecer o financiamento da Atenção Básica em 2012, 2013 e 2014.

2352 Resposta da SPO/MS: proposta parcialmente atendida, com a apresentação da tabela referente ao  
2353 período 2010 a 2013. Resta pendente o que será feito para 2014 e anos posteriores enquanto uma  
2354 política prioritária. V. Apresentar ao CNS os critérios que serão utilizados para a transferência de  
2355 recursos para Estados e Municípios na modalidade fundo a fundo, bem como o montante previsto no  
2356 PLOA 2013, conforme determina a Lei Complementar nº 141/2012. Resposta da SPO/MS: proposta  
2357 parcialmente atendida, com valores disponíveis no site do Fundo Nacional de Saúde. Resta pendente  
2358 ainda a apresentação dos critérios para essas transferências pactuadas na CIT para deliberação do  
2359 Conselho Nacional de Saúde, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012. Porém, houve uma  
2360 apresentação sobre o que está sendo feito no âmbito do MS para promover a transição do modelo da  
2361 portaria 204 (e outras 222 a ela relacionadas) para o novo modelo, pois não como revogar  
2362 imediatamente o que existe sem desestruturar o sistema. VI. Apresentar ao CNS proposta de mudança  
2363 de procedimentos administrativos para simplificar e agilizar as transferências financeiras para Estados e  
2364 Municípios, de modo a reduzir a formação de restos a pagar (fixar meta de redução de RP). Resposta  
2365 da SPO/MS: proposta parcialmente atendida, com mudanças implementadas para que os municípios  
2366 não percam os recursos por causa dos projetos não realizados ou realizados de forma inadequada.  
2367 Houve uma parceria com a CEF para esse fim, para viabilizar a execução dos projetos para os  
2368 municípios. Novas portarias do MS liberaram a 1ª parcela do recurso, mas condicionaram o repasse  
2369 seguinte após a comprovação efetiva da realização da despesa. Porém, a agilização depende do ritmo  
2370 de execução da despesa pelos Estados e Municípios. Sobre as emendas parlamentares, a tratativa  
2371 para liberação do recurso está centralizada na Secretaria de Relações Institucionais, portanto, fora do  
2372 Ministério da Saúde. Sobre os restos a pagar cancelados, a COFIN/CNS entende que o CNS deveria  
2373 receber informação qualitativa sobre a natureza dos restos a pagar cancelados mensalmente. VII.  
2374 Apresentar ao CNS o que está sendo feito para cumprir com a movimentação financeira dos recursos  
2375 do SUS exclusivamente pelo Fundo Nacional de Saúde, de modo que a partir de 31/12/2012 o FNS  
2376 tenha nas respectivas contas bancárias os recursos financeiros para pagar as despesas empenhadas e  
2377 não pagas em 2012 e os Restos a Pagar de 2011 e anos anteriores. Resposta da SPO/MS: proposta  
2378 parcialmente atendida neste momento, combinando-se as justificativas apresentadas anteriormente no  
2379 item 2 com a informação recebida de que a SPO/MS está se reunindo com a STN/MF para a criação de  
2380 um registro contábil individualizado referente ao Fundo Nacional de Saúde, para o acompanhamento  
2381 mais preciso da compensação dos restos a pagar cancelados. Além disso, a SPO/MS lembrou que já  
2382 foi editada portaria criando modalidades de aplicação específica nos orçamentos para a compensação  
2383 dos restos a pagar cancelados, bem como para compensação de aplicação insuficiente em ações e  
2384 serviços de saúde. VIII. Apresentar ao CNS o que o MS está fazendo e pretende fazer em relação ao  
2385 cumprimento da Lei Complementar nº 141/2012, para evitar que o RAG 2012 já esteja comprometido  
2386 pelo descumprimento dessa lei, bem como adotar os dispositivos que foram revogados da Lei nº  
2387 8080/90 e outras pela Lei Complementar nº 141/2012 para as situações em que os dispositivos da nova  
2388 legislação não tenham entrado em vigor em 2012. Resposta da SPO/MS: proposta parcialmente  
2389 atendida, contendo a informação da exclusão das despesas com assistência à saúde dos servidores,  
2390 despesas subsidiadas da farmácia popular e recursos de operações de crédito (empréstimos) no  
2391 cômputo da aplicação mínima. Sobre isso, resta pendente a exclusão das despesas financiadas com  
2392 recursos próprios. A SPO/MS apresenta ainda que estima aplicar R\$ 1,2 bilhão a mais em relação ao  
2393 mínimo em 2012. Resta pendente ainda a resposta sobre a aplicação dos outros dispositivos da Lei  
2394 Complementar nº 141/2012, nos termos do que foi apontado no parecer anterior da COFIN/CNS. IX.  
2395 Apresentar ao CNS uma proposta de encaminhamento para solucionar, em termos de gestão do SUS,  
2396 os apontamentos que estão relacionados às determinações (ilegais) de outros Ministérios (Fazenda e  
2397 Planejamento, Orçamento e Gestão). Resposta da SPO/MS: proposta parcialmente atendida, pois a  
2398 SPO/MS informou que os apontamentos do CNS e os aspectos da Lei Complementar nº 141/2012  
2399 estão sendo debatidos também no âmbito da Presidência da República, Ministério da Fazenda,  
2400 Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, Advocacia Geral da União, sendo que um resultado  
2401 disso foi a edição da Nota Técnica Conjunta nº 07 SOF/STN/MP/MF sobre a apuração dos gastos  
2402 mínimos em saúde. Assim sendo, a COFIN/CNS decidiu: a) Que é de fundamental importância que o  
2403 MS garanta os compromissos firmados anteriormente com o Plenário do CNS para o fortalecimento do  
2404 financiamento das ações e serviços de saúde pela esfera federal de governo, bem como esclareça o  
2405 seu posicionamento definitivo sobre os compromissos de I a IX citados, considerando que a área  
2406 técnica (SPO/MS) apresentou informações parciais sobre o “estado da arte” em relação aos assuntos  
2407 tratados em cada um deles, mas evidentemente sem o poder de responder pelo Ministério da Saúde; e  
2408 b) Recomendar ao Plenário do CNS a atestação de regularidade com ressalvas da gestão do Ministério  
2409 da Saúde em 2011 expressa no Relatório Anual de Gestão/2011 (RAG/2011), desde que os  
2410 compromissos citados (item “A” do Relatório) sejam efetiva e formalmente assumidos pelo Ministério da  
2411 Saúde, inclusive em termos de apresentação das próximas etapas a serem cumpridas para esse fim.  
2412 Essa alteração da conclusão do parecer anterior sobre o RAG/2011/MS (de “reprovação” para  
2413 “regularidade com ressalvas”) foi motivada pela decisão da COFIN/CNS em adotar para a análise deste

2414 segundo recurso o critério citado anteriormente no item 7, combinado com as condicionalidades dos  
2415 compromissos citados anteriormente. Cumpre destacar que a adoção desses critérios não significará  
2416 uma espécie de regra a ser seguida pela COFIN/CNS nas análises dos próximos RAG. **Manifestações.**  
2417 Conselheiro **Ronald Ferreira do Santo** salientou os aspectos políticos que a COFIN aponta no relatório  
2418 e fez um destaque especial aos compromissos do MS com o CNS de ouvir o Colegiado nas discussões.  
2419 Destacou que a COFIN apresenta uma série de condicionantes e é preciso compartilhar os  
2420 compromissos para o próximo período. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento – SPO/MS,  
2421 **Arionaldo Bonfim Rosendo**, salentou a importância desse debate do CNS e cumprimentou a COFIN  
2422 pelo trabalho. Em relação ao relatório da Comissão, discordou da proposta de aprovação parcial do  
2423 RAG 2011, porque algumas situações apontadas para justificar essa posição vão além do âmbito legal.  
2424 Nesse sentido, esclareceu, em relação aos Restos a Pagar, que não é possível fazer depósito em conta  
2425 específica do FNS por conta de um dispositivo constitucional. Todavia, lembrou que o compromisso é a  
2426 reposição dos restos a pagar cancelados e do depósito do recurso no FNS não ensejaria isso. Disse  
2427 que a partir da LC nº. 141/2012 o MS passou a ter um dispositivo que obriga o Poder Executivo a repor  
2428 os restos a pagar cancelados. A respeito da proposta de redução de restos a pagar, disse que gostaria  
2429 de receber sugestões para ir além do que tem sido feito. Explicou que o MS tem contrato a CEF para  
2430 que os convênios de obras executados pelo MS sejam feitos por meio dessa instituição financeira, de  
2431 modo a contribuir para celeridade na execução dos convênios. Além disso, desde 2009, o MS tem  
2432 repassado recursos de investimento fundo a fundo a fim de garantir a execução pelos Estados.  
2433 Também reiterou que os Restos a Pagar, independente do ano de sua inscrição, estão mantidos até o  
2434 momento que o MS cesse a possibilidade de cumprir com essas transferências. Acerca da receita  
2435 própria para efeito de cálculo no âmbito da União, ressaltou que não há dispositivo impedindo a  
2436 utilização desse tipo de receita para fins de cálculo da EC nº. 29 no âmbito da União. Sendo assim,  
2437 salientou que não se deve colocar a União no mesmo patamar dos Estados para efeitos de aplicação  
2438 do mínimo para ações e serviços de saúde, porque a metodologia de cálculo é diferente. Ressaltou  
2439 que, para assegurar o volume de recursos, além de inscrever em Restos a Pagar, a Presidente da  
2440 República necessita ratificar o montante. Por fim, informou que o Relatório, elaborado pela SPO/MS, foi  
2441 discutido em três reuniões do Colegiado do Ministério, tendo sido tratadas as questões colocadas pelo  
2442 CNS. Portanto, trata-se de uma peça ratificada pelo Ministro da Saúde e seus Secretários. Conselheiro  
2443 **Ronald Ferreira dos Santos** perguntou ao Subsecretário de Planejamento e Orçamento se havia  
2444 discordância em relação ao parecer da COFIN ao RAG 2011: “regular com ressalvas”. O Subsecretário  
2445 de Planejamento e Orçamento, **Arionaldo Bonfim Rosendo**, explicou que o entendimento é que não  
2446 se trata de ressalvas porque o MS não deixou de fazer algo contra a legislação aplicável; ou seja, pela  
2447 legislação, o MS não poderia fazer de forma diferente. De todo modo, disse que era válida uma  
2448 recomendação para que o Ministério verifique o que fazer para evitar o que vem acontece hoje.  
2449 Todavia, frisou que, legalmente, não há lei que desampare o que o MS vem fazendo. Conselheira  
2450 **Maria Laura Carvalho Bicca** perguntou qual é o conceito utilizado em relação ao termo “regular”. O  
2451 Subsecretário de Planejamento e Orçamento, **Arionaldo Bonfim Rosendo**, respondeu sobre a  
2452 questão citando o exemplo dos Restos a Pagar Cancelados. Disse que os restos a pagar cancelados,  
2453 no ano em que foram inscritos, serviu para efeitos de cumprimento da EC nº. 29. Todavia, a legislação  
2454 que deveria ter regulamentado a Emenda não traz a regra legal de reposição. Transcorridos dez anos,  
2455 o TCU, acionado pelo Congresso Nacional, editou acórdão determinando que, a partir de 2009, caberia  
2456 ao MPO e ao MF repor no âmbito da saúde o montante cancelado que foi considerado para fins de  
2457 cumprimento. Disse que esse acordão foi questionado, pela AGU e o TCU suspendeu o efeito desse  
2458 dispositivo para debater com mais profundidade. Todavia, diante da promulgação da LC nº. 141, em  
2459 janeiro de 2012, a Advocacia entendeu que não caberia legislar porque a Lei foi promulgada. No  
2460 entendimento do MS, o recurso deveria ser acrescido ao orçamento da saúde, mas não havia amparo  
2461 legal para solicitar recursos adicionais ao MPO e MF. Desse modo, o entendimento é que essa questão  
2462 dos Restos a Pagar, assim como a questão da assistência médica e odontológica a servidores, poderia  
2463 ser uma ressalva, mas não motivo para não aprovação, porque não existe lei determinando que não  
2464 pode ser contabilizado. Nessa linha, salientou que, em termos legais, não há de se falar que o MS  
2465 cometeu ilegalidade, todavia, politicamente, o CNS pode apontar o entendimento de as despesas como  
2466 as citadas não poderiam ser consideradas para fins de cumprimento do mínimo de ações e serviços de  
2467 saúde. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, primeiro, salientou que a questão colocada pelo  
2468 Subsecretário foi discutida à exaustão e a COFIN optou por modificar a sua recomendação de  
2469 “reprovação” para “regular com ressalvas”, diante dos princípios da administração pública, de  
2470 interpretação de lei acumulada ao longo dos anos e de questões não superadas no debate. Além disso,  
2471 a Comissão entendeu que o conjunto de compromissos que foram parcialmente atendidos, deveria  
2472 retornar à direção do MS para definição do que fazer para serem cumpridos. Conselheira **Maria do**  
2473 **Socorro de Souza** avaliou que um dos papéis mais difíceis do conselheiro é analisar o orçamento da  
2474 política de saúde, nessa linha, destacou que o trabalho da COFIN, apesar de essencial, ainda é  
2475 insuficiente para subsidiar o posicionamento do CNS. Salientou que no debate sobre orçamento é

2476 preciso considerar a questão técnica, formal e, sobretudo, a política, debatendo, inclusive, o prejuízo  
2477 político das regras utilizadas para garantir o “fechamento” das contas para a saúde pública. Ressaltou  
2478 que é preciso conjugar a avaliação do PNS com o RAG e defendeu que o setor saúde não pode ficar  
2479 refém das amarras que outros setores definem. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do  
2480 CNS, destacou que o Colegiado do Ministério da Saúde debateu amplamente ações e estratégias para  
2481 responder às recomendações dos CNS e garantir uma aplicação que pudesse modificar a realidade.  
2482 Concordou que é preciso detalhar melhor esse tema para que todos possam entender e intervir no que  
2483 está em discussão. Destacou que, para modificar a realidade e fazer a máquina pública andar, é  
2484 necessário um conjunto de ações, com envolvimento do MS, SES e SMS, além da ação de CES e  
2485 CMS. Reiterou o compromisso do MS de debater os instrumentos de gestão com o CNS e recordou  
2486 que a PLOA 2013 foi debatida com o Conselho, além do Plano Nacional de Saúde. Fez referência às  
2487 ressalvas do CNS no que diz respeito ao RAG e comentou as respostas do MS sobre duas delas -  
2488 orçamento da atenção básica e Restos a Pagar. No que diz respeito à atenção básica, salientou que  
2489 houve ampliação de recursos no último período e o compromisso do MS é buscar ainda mais recursos  
2490 para esse nível de atenção. Em relação a Restos a Pagar, concordou com a recomendação do CNS de  
2491 buscar uma capacidade cada vez maior de execução dos recursos orçamentários e acelerar a  
2492 execução dos restos a pagar. Também ressaltou que o MS trabalhou intensamente para assegurar que  
2493 na regulamentação da EC nº. (LC nº. 141/2012) os restos a pagar cancelados fossem repostos no ano  
2494 seguinte. Além disso, destacou o esforço do MS para excluir de ações e serviços de saúde os recursos  
2495 oriundos de políticas não universais - Farmácia Popular e planos privados de saúde. Salientou que o  
2496 MS tomou uma série de medidas para acelerar a execução de restos a pagar, seguindo a orientação do  
2497 CNS e, para ilustrar, disse que em 2011 o MS pagou R\$ 4,8 bilhões de restos a pagar e até aquele  
2498 momento haviam sido executados R\$ 5,7 bilhões, índice maior mesmo em ano eleitoral. Entre as  
2499 medidas adotadas pelo Ministério, destacou o aumento da execução do PAC FUNASA e salientou que  
2500 há outras medidas para acelerar os restos a pagar. Citou, por exemplo, a aprovação, pelo Congresso  
2501 Nacional, da mudança do rito de licitação das obras do PAC, incluindo o PAC da Saúde, por entender  
2502 que também contribuirá para acelerar a execução dos recursos dos restos a pagar, e a compra  
2503 centralizada de medicamentos e equipamentos. Também esclareceu que não procede a avaliação que  
2504 a baixa execução de restos a pagar é uma postura da área econômica do governo, uma vez que a  
2505 gestão orçamentária é melhor quando o volume de restos a pagar inscrito é pequeno. Também  
2506 esclareceu que a baixa capacidade de execução de estados e municípios interfere na velocidade da  
2507 execução de restos a pagar, portanto, é necessário dotar esses entes de maior capacidade de  
2508 execução e assegurar que o controle social fiscalize a execução. Além disso, salientou que na saúde  
2509 não existe contingenciamento no limite definido pela EC nº. 29. Por fim, sugeriu que, independente do  
2510 parecer final da COFIN, a Mesa Diretora do CNS paute debate no CNS visando à definição de  
2511 estratégias para acelerar a execução dos restos a pagar na saúde e como ampliar os compromissos e  
2512 investimentos na atenção básica, pelo MS e secretarias de saúde. Conselheiro **Clóvis Boufleur**  
2513 explicou que avaliou em profundidade o Relatório da COFIN e destacou que a Lei nº. 141/2012 não  
2514 deixa claro o que acontece se o CNS não aprovar o RAG. Salientou que o fórum dos usuários não  
2515 concorda com a aprovação do Relatório com ressalvas e propõe a aprovação, sem ressalvas, com  
2516 indicativo de rediscussão das pendências para melhorar a gestão do SUS, inclusive com definição de  
2517 prazo. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** salientou que, para além da aprovação, o importante é  
2518 politizar o debate do RAG. Também avaliou que o Plenário não tinha condições de aprovar ou reprovar  
2519 o Relatório naquele momento, mas, se o Pleno decidisse por votar, independente do resultado, que o  
2520 tema fosse retomado posteriormente, traduzindo dados e disponibilizando mais material para qualificar  
2521 os conselheiros. Conselheiro **José Carrijo Brom** declarou que, apesar de ter analisado o parecer com  
2522 antecedência, tinha dúvidas e dificuldades para votar o RAG 2011. Disse que, caso necessário, votaria  
2523 acompanhando o parecer da COFIN, mas entende que seria necessário um prazo, inclusive para que  
2524 as respostas da SPO às solicitações da fossem apresentadas de forma mais elaborada e com  
2525 compromisso político da gestão. Conselheira **Lígia Bahia** concordou com a dificuldade de entender a  
2526 questão orçamentária e financeira, todavia, lembrou que o CNS voltou o Relatório em anos anteriores,  
2527 mas hoje entendia não ser possível votar por conta dessa dificuldade. Avaliou que votar ou não o RAG  
2528 faz diferença, entendendo que, ao votar, o CNS manifesta sua confiança na lisura do processo  
2529 orçamentário. Por outro lado, concordou que o Conselho deve capacitar-se para entender esse  
2530 processo e, para isso, é preciso que a proposta seja apresentada de outra forma para avançar na  
2531 inteligibilidade do processo. Por fim, lembrou que a prioridade do CNS é o financiamento da saúde, que  
2532 é mais vasto que o orçamento. Conselheira **Júlia Maria Roland** avaliou que, historicamente, houve um  
2533 avanço em relação às demandas colocadas pelo CNS no que diz respeito ao orçamento e salientou  
2534 que o CNS tinha condições de aprovar o Relatório, tendo em vista as respostas do MS e os  
2535 compromissos assumidos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que o problema do  
2536 debate decorre da forma como a ordem do capitalismo se processa para reproduzir as coisas, sendo  
2537 comum no capitalismo a alienação, ou seja, não identificar no fruto do trabalho o próprio trabalho.

2538 Lembrou que esse debate é uma etapa do processo que o CNS conseguiu acumular, em conjunto com  
2539 a COFIN, no sentido de intervir na PAS, no PNS, nos relatórios quadrimestrais. Disse que é importante  
2540 se manifestar em relação às ressalvas apresentadas pela COFIN, inclusive por conta do compromisso  
2541 que representam. Por fim, solicitou que o Plenário do CNS seguisse o parecer da COFIN. Conselheiro  
2542 **Arilson da Silva Cardoso** avaliou que o CNS deveria acompanhar o parecer da COFIN, lembrando  
2543 que é delegada à Comissão a análise do Relatório, por conta da especificidade do tema, e a  
2544 apresentação de parecer para subsidiar a decisão do Plenário. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio**  
2545 explicou que, primeiro, o Plenário deveria decidir por votar ou não Relatório naquele momento e  
2546 perguntou se alguém defendia a proposta de adiar a votação. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**  
2547 disse que, no caso de decidir por votar o Relatório, o Plenário deveria apontar compromissos e prazos  
2548 a serem cumpridos pelo MS e definir agenda estratégica para superação de entraves – critério de  
2549 repasse, restos a pagar, entre outros aspectos. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do  
2550 CNS, retomou a sua proposta de votar o RAG 2011 e pautar debate sobre o tema na próxima reunião  
2551 do CNS a fim de definir estratégias e recomendações, com prazo. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio**  
2552 explicou que a COFIN tomou nota das recomendações do Plenário e comprometeu-se a trazê-las na  
2553 próxima reunião do CNS. **Diante dessas considerações, conselheiro Jorge Alves Venâncio colocou em votação e foi aprovado, com uma abstenção, o Relatório, elaborado pela COFIN, em que o Plenário do CNS atesta a regularidade, com ressalvas, da gestão do Ministério da Saúde em 2011 expressa no Relatório Anual de Gestão/2011 (RAG/2011), considerando os compromissos a serem assumidos pelo Ministério da Saúde, conforme explicitado no Relatório da Comissão e as recomendações feitas pelo Plenário durante o debate.** A seguir, conselheiro  
2554 **Jorge Alves Venâncio** colocou em apreciação o modelo de Relatório de Gestão a ser seguido pelos  
2555 Estados, esclarecendo que a proposta havia sido apreciada e aprovada pela COFIN. **Deliberação: aprovado, com uma abstenção, o modelo de Relatório de Gestão a ser seguido pelos Estados.**  
2556 Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** registrou que o ex-conselheiro Pedro Tourinho foi eleito vereador  
2557 de Campinas. Por fim, conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** informou que se encerraria no dia 11  
2558 de outubro o chamamento público para seleção de projetos de intervenção e formação de adolescente  
2559 e jovens promotores da saúde. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheiro **Jorge**  
2560 **Alves Venâncio**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou a 238ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram  
2561 presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: **Titulares – Alcides Silva de Miranda**,  
2562 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministério da  
2563 Saúde (MS); **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
2564 (CONASEMS); **Carlos Eduardo Ferrari**, União Brasileira de Cegos (UBC); **Carlos Alberto Ebeling**  
2565 **Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cid Pimentel**, Ministério da Previdência Social;  
2566 **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Clóvis A. Boufleur**,  
2567 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional  
2568 dos Psicólogos (FENAPSI); **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação Nacional das Associações de  
2569 Moradores (CONAM); **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em  
2570 Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Alves Vasconcelos**, Associação  
2571 Brasileira de Odontologia (ABO); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**,  
2572 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,  
2573 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de  
2574 Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **José Carrijo Brom**, Federação Interestadual dos  
2575 Odontologistas – FIO; **José Cechin**, Federação Nacional de Saúde Suplementar; **Lígia Bahia**,  
2576 Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); **Lorena Baía Alencar**,  
2577 Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados  
2578 (SIND-NAP); **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Maria do**  
2579 **Esírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos  
2580 Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura  
2581 (CONTAG); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelson Augusto**  
2582 **Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nildes de Oliveira Andrade**, Federação  
2583 Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Paulo Guilherme Romano**,  
2584 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Ruth Ribeiro Bittencourt**,  
2585 Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e  
2586 Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiratan Cassano Santos**, União  
2587 Nacional dos Estudantes (UNE); **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia  
2588 Ocupacional (COFFITO); e **Zilda de Faveri Vicente Souza**, Associação Brasileira de Alzheimer  
2589 (ABRAz). **Suplentes – Adriana Almeida Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome  
2590 de Down; **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas  
2591 Ocupacional (FENAFITO); **Edmundo Dzuaiwi Omote**, Coordenação das Organizações indígenas da  
2592 Amazônia Brasileira (COIAB); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais  
2593 – ABRATO; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Geordecy M. Souza**, Central Única  
2594

2600 dos Trabalhadores; **Geraldo Adão dos Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e  
2601 Pensionistas – COBAP; **Gilson Silva**, Força Sindical; **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal  
2602 de Odontologia (CFO); **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **José**  
2603 **Wilton da Silva**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Jovita**  
2604 **José Rosa**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde (UNASUS); **Julia Maria Santos**  
2605 **Roland**, Ministério da Saúde; **Júlio Atanásio Gevaerd**, Força Sindical; **Lucimar Batista da Costa**,  
2606 Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Maria Ermínia**  
2607 **Ciliberti**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Maria Laura Bicca**, Federação Nacional dos  
2608 Assistentes Sociais (FENAS); **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa**, Movimento Brasileiro de Luta  
2609 Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN);  
2610 **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia; **Olympio Távora Derze Correa**,  
2611 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Oriana Bezerra**  
2612 **Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação  
2613 Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e **Tania Maria Onzi Pietrobelli**, Federação Brasileira de  
2614 Hemofilia.