



1  
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE  
4

5  
6 ATA DA DUCENTÉSIMA DÉCIMA SÉTIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO  
7 NACIONAL DE SAÚDE – CNS  
8

9 Aos vinte e seis e vinte e sete dias do mês de janeiro de dois mil e onze, no Plenário do  
10 Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo,  
11 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Décima Sétima Reunião  
12 Ordinária do CNS. **ITEM 1 – ABERTURA DA REUNIÃO DO CNS - Composição da mesa:**  
13 **Alexandre Padilha**, Ministro de Estado da Saúde; e **Francisco Batista Júnior**, Presidente do  
14 Conselho Nacional de Saúde – CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do  
15 CNS, cumprimentou o Ministro de Estado da Saúde, os Secretários do Ministério da Saúde, os  
16 conselheiros, os representantes da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, os integrantes  
17 da Secretaria-Executiva, os demais presentes e os internautas que acompanhavam a reunião  
18 em tempo real. Na sua fala inicial, fez questão de destacar a inédita presença de um Ministro  
19 de Estado da Saúde com tempo considerável na reunião do Conselho Nacional de Saúde.  
20 Antes abrir a palavra ao Ministro da Saúde, o representante do TCU, **Marcelo Chaves**,  
21 apresentou a cartilha do TCU “Orientações para conselheiros de saúde”, voltada aos  
22 conselheiros estaduais e municipais de saúde, com o objetivo de estimular a ampliação do  
23 controle social no país. Informou que o livro será distribuído para todos os Conselhos de Saúde  
24 do Brasil e está disponível no site do TCU para contribuir com o importante trabalho dos  
25 conselheiros de saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS,  
26 cumprimentou o TCU pela iniciativa. Na sequência, o Ministro de Estado da Saúde, **Alexandre**  
27 **Padilha**, manifestou-se nos seguintes termos: “Bom dia a todos e todas. Queria dizer, em  
28 primeiro lugar, que é uma grande alegria estar aqui, poder rever companheiros, companheiras  
29 e colegas da luta da reforma sanitária, poder rever a Maria que era presidente do Conselho  
30 Municipal de Santarém, representante dos trabalhadores. Eu cheguei a Santarém para um  
31 trabalho de parceria da Faculdade de Medicina da USP com o Ministério da Saúde,  
32 Universidade Federal do Pará. A idéia era construir um núcleo de extensão de medicina  
33 tropical da USP no interior da Amazônia. Nós ficávamos três meses em Santarém e três em  
34 São Paulo. Nós fizemos uma inovação na parceria naquele momento: levar ao Conselho  
35 Municipal o nosso debate de consolidação do núcleo, a proposta de apoio à formação dos  
36 profissionais. O Conselho Municipal de Saúde participou de todos os passos da atividade da  
37 universidade lá no interior de Santarém e eu lembro que o prefeito não entendia muito bem  
38 isso, não entendia “que história é essa desses doutores vindos de lá fazerem questão de ouvir  
39 o Conselho Municipal de Saúde”. Para definir o planejamento das ações que íamos construir,  
40 levamos a prefeitura, o Ministério da Saúde e as duas universidades para debater na reunião  
41 do Conselho, ouvir dos conselheiros o que tínhamos que fazer na parceria do núcleo  
42 universitário no interior da região amazônica do Brasil. Então, em nome da Maria, cumprimento  
43 outros colegas e amigos e manifesto a minha satisfação de conhecer os que eu não conhecia.  
44 Alguns eu conheci na condição de Ministro, porque, desde que eu assumi, nós abrimos as  
45 portas do Gabinete para ouvir e receber as entidades dos vários segmentos – gestores,  
46 usuários, trabalhadores – contudo, sei que não pude receber todas por questões da minha  
47 agenda e da agenda de vocês. Mas gostaria de dizer que Gabinete continua aberto para que  
48 possamos fazer todas as conversas bilaterais necessárias para esse primeiro momento de  
49 composição do Ministério. Presidente Francisco Júnior, gostaria de agradecer a disponibilidade  
50 dessa manhã para que pudéssemos conversar e ouvir o Conselho sobre os nossos primeiros  
51 passos no Ministério da Saúde e apresentar para vocês os membros do Ministério indicados  
52 para nossas vagas de titular e suplente. Eu estou na condição de titular do Ministério da Saúde;  
53 Eliane Cruz – 1ª suplente – vários de vocês a conhecem, foi secretária-executiva do CNS;  
54 Antônio Alves – 2º suplente - que esteve à frente da Secretaria de Gestão Participativa por um  
55 bom tempo e hoje está na Secretaria de Saúde Indígena. Outro titular é o Luiz Odorico, que

56 assumiu a SGEP com um novo desenho que nós vamos fazer para a Secretaria. O governo  
57 todo está fazendo os seus desenhos internos na estrutura do Ministério e até o final de  
58 fevereiro deve ter um decreto da presidente estabelecendo a nova estrutura. A nossa idéia é  
59 que a Secretaria de Gestão Participativa mantenha a Diretoria de Gestão de Participativa, o  
60 canal direto com os espaços de participação, mas também receba o chamado Departamento  
61 de Apoio à Descentralização – DAD, que nós também estamos pensando um novo nome,  
62 porque não é somente apoio à descentralização, é apoio ao desenvolvimento de um sistema  
63 único nacional, com pactuação interfederativa presente, então, uma outra lógica, mas com  
64 idéia de que essa Secretaria, todo o processo de pactuação com a sociedade e com os entes  
65 federados do Ministério da Saúde estejam em uma Secretaria só para que possamos fortalecer  
66 o processo de diálogo, pactuação, contratos com os vários atores, sejam públicos ou da  
67 sociedade que envolve o conjunto do SUS. O suplente do Conselheiro Luiz Odorico é o André  
68 Bonifácio, todos vocês conhecem, foi do DAD por muito tempo. O Bolzan é o 2º suplente. O  
69 outro titular é o Helvécio, Secretário de Atenção à Saúde - SAS; Milton Arruda Martins – 1º  
70 suplente, que assumiu a SGETS; e Ana Estela – 2ª suplente. Além destes, estão presentes  
71 aqui os demais Secretários. A Márcia Amaral teve que se retirar por conta de um chamado;  
72 Jarbas Barbosa, todos os dias pela manhã nós temos uma reunião da chamada sala de  
73 situação do Ministério que nós instituímos para acompanhar a situação de crise do Rio de  
74 Janeiro, de resgate mais imediato e acompanhamento de toda a situação de saúde do Haiti  
75 que pode ter impacto direto na saúde do país: há haitianos vindo para o Brasil e militares  
76 brasileiros ou civis brasileiros que vão para aquele país e retornam para o Brasil. O Jarbas teve  
77 que sair para coordenar a reunião da sala de situação. Está aqui também o Carlos Gadelha,  
78 que era vice-presidente da FIOCRUZ e assumiu a Secretaria de Ciência e Tecnologia e  
79 Insumos Estratégicos; Fausto Pereira, assessor especial do Gabinete; Eliane Cruz, assessora  
80 especial do Gabinete. E a Rozângela, vocês conhecem, e dizer que o meu compromisso ao  
81 convidá-la para continuar na Secretaria-Executiva do CNS, primeiro, reafirmar que a relação da  
82 Secretaria-Executiva do Conselho é direta com o Gabinete do Ministro e nós vamos fazer o que  
83 for necessário para dar mais autonomia para o funcionamento do Conselho. Eu tenho plena  
84 consciência do gesto que estou fazendo ao vir ao Conselho Nacional de Saúde hoje pela  
85 manhã, ao ter me comprometido já no meu discurso de posse que quero estar presente em  
86 todas as reuniões do Conselho Nacional de Saúde, na condição de Ministro e ter solicitado à  
87 presidenta e ela ter compreendido de imediato - porque todos esses passos são inclusive  
88 combinados com ela - de que fosse adiada uma reunião marcada às 10h, no Palácio, para ter a  
89 disposição de estar aqui pela manhã com vocês. Esse não é só um gesto político no sentido de  
90 fortalecimento do controle social ou de aproximação do Ministro com o Conselho Nacional de  
91 Saúde, sinalização clara de abertura para o diálogo. É uma convicção que eu sempre carreguei  
92 e carrego cada vez mais – por isso, citei o exemplo da Conselheira Maria do Conselho  
93 Municipal de Santarém – e a minha experiência mais recente no Ministério das Relações  
94 Institucionais onde fazia a relação com Congresso Nacional, governadores, prefeitos, Conselho  
95 de Desenvolvimento Econômico Social só fortaleceu essa minha convicção de que não é  
96 possível nem desenvolver o país, nem promover mudanças nas políticas, sobretudo aquelas  
97 mudanças que a população espera de nós, que os trabalhadores esperam, os gestores –  
98 sejam municipais, estaduais ou de serviços filantrópicos ou parceiros do SUS esperam de nós -  
99 sem um profundo envolvimento da sociedade. Celso Furtado, que era sempre o nosso mantra  
100 no Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, dizia que o projeto nacional de  
101 desenvolvimento tem que ser sobretudo fruto da consciência coletiva da sociedade, tem que  
102 ser um desejo da sociedade, senão ele não se sustenta. Você não encontra os caminhos de  
103 forma conjunta, não sustenta a iniciativa do desenvolvimento sem o envolvimento e desejo  
104 coletivo permanente da sociedade. O SUS, todos nós sabemos que desde a sua construção,  
105 foi um desejo coletivo em alguns momentos da sociedade como um todo, em outros momentos  
106 só de uma parcela da sociedade - que às vezes nós representamos - em alguns momentos só  
107 o desejo nosso de quem participa, seja no dia a dia dos serviços de saúde, nas ações de  
108 saúde, seja nos espaços do controle social. Então, é uma plena convicção de que para  
109 enfrentar os desafios que nós temos é preciso promover diálogo permanente com o espaço do  
110 controle social; é preciso transformar esse espaço do Conselho Nacional de Saúde em uma  
111 referência para os Conselhos Estaduais, para os Conselhos Municipais, um espaço  
112 permanente de construção de um grande consenso de fortalecimento do SUS. Isso é ainda  
113 mais forte porque nós estamos caminhando nesse ano para a nossa 14ª Conferência Nacional  
114 de Saúde que, assim como outras iniciativas que nós possamos tomar, são iniciativas que  
115 marcam certo caminho do SUS ou não. Acredito que estamos em um momento de virada do

116 nosso país e o SUS tem que estar preparado para essa virada, inclusive para se viabilizar  
117 enquanto projeto político institucional, política pública forte, assim como qualquer outra  
118 iniciativa e decisão que venhamos fazer no SUS pode ser decisiva para essa virada ou não, eu  
119 acredito que a 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde pode ser decisiva para essa virada ou não.  
120 Então, o gesto de vir aqui é sobretudo de valorização desse espaço do controle social, o  
121 espaço de envolvimento do conjunto da sociedade. Também de forma muito humilde quero  
122 transmitir a vocês um pouco da experiência recente que eu tive na coordenação do Conselho  
123 de Desenvolvimento Econômico Social; eu acho que há questões interessantes para que  
124 possamos repensar nosso processo de organização do controle social no SUS. Eu espero que  
125 ao longo dessa nossa convivência isso possa ser transmitido, eu não tenho dúvida nenhuma  
126 que os espaços sociais de diálogo ou são espaço que têm capacidade, de um lado, de fazer  
127 com que as pessoas se sintam à vontade e legítimas para manterem as suas posições  
128 originais, mas, do outro, ser um espaço que tenha a capacidade de construir uma terceira  
129 posição que é fruto do diálogo, do confronto, do conflito, do encontro, ou eles são isso ou  
130 perdem a sua legitimidade, ou perdem a sua força, perdem inclusive o principal motivo que faz  
131 as pessoas participarem dele. Acho que temos que construir isso como um desafio permanente  
132 de todos nós. Talvez um dos primeiros desafios desse Conselho, da relação do Ministério com  
133 esse Conselho, com todos os segmentos aqui, do que esse Conselho pode ser referência para  
134 os Conselhos Estaduais e Municipais; a nossa capacidade de fortalecê-lo é, de um lado, ser o  
135 espaço de expressão das nossas posições individuais, dos segmentos que representamos, das  
136 entidades que são representadas aqui, mas sobretudo da nossa capacidade de construir  
137 consenso aqui. Eu tenho certeza absoluta que vocês têm total capacidade de fazer e fazem  
138 que o Conselho tenha esse papel e de que este seja um espaço onde todos da saúde esperem  
139 a reunião do Conselho e os seus resultados. Outro dia eu ouvi um exemplo, apesar de não ser  
140 tão adequado, porque as nossas funções são outras, mas do ponto de vista simbólico é. Uma  
141 semana antes da reunião do Comitê da Política Monetária – COPOM, que decide a taxa de  
142 juros e outras questões, a sociedade, as centrais sindicais, o mercado, a imprensa começam a  
143 fazer comentários sobre o que será a reunião do COPOM, o que decidirá; a bolsa de valores  
144 espera as decisões do Comitê para decidir os seus movimentos; a CUT, a Força Sindical, a  
145 CGTB esperam a decisão do COPOM para preparar a sua nota, a sua fala, a sua entrevista, ou  
146 seja, o conjunto da sociedade. E se trata de um espaço de técnicos, burocratas, e todos  
147 querem lê o que é a ata do COPOM. Acho que essa deve ser uma reflexão permanente de  
148 todos nós: em que medida o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Estadual, o Municipal  
149 de Saúde tem ocupado esse espaço simbólico também na vida dos trabalhadores da saúde,  
150 dos gestores da saúde, do movimento sanitário, sobretudo os representantes dos usuários, no  
151 conjunto da sociedade, se a nossa reunião é também expressão de debate e decisões que  
152 mudam ou não o dia a dia da saúde, do SUS. Acho que esse é um desafio para todos nós:  
153 quando esse Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e os Conselhos Municipais  
154 surtirem esse efeito para o conjunto da sociedade em relação aos temas da saúde, nós  
155 estaremos cumprindo um papel bastante forte. Quando a reunião para de surtir efeito sobre os  
156 rumos da saúde, seja do país, do estado, do município, nós estamos esvaziando o papel dele,  
157 com toda a complexidade que tem. O Conselho Nacional de Saúde, os conselhos estaduais e  
158 os municipais estarão cumprindo o seu papel quando o setor da saúde naquele nível territorial  
159 aguarda a reunião do Conselho para saber quais os rumos da saúde do país ou uma avaliação  
160 da saúde do país, da saúde no estado ou no município por mais que, para isso, tenha que  
161 conquistar legitimidade. O conselheiro Francisco Júnior me relatou que esteve em uma plenária  
162 regional onde promoveu um amplo debate e ficou feliz pela atividade, mas, no outro dia, ficou  
163 triste porque recebeu a notícia de que o responsável por promover o debate fora demitido pelo  
164 gestor no município. Então, nós sabemos o que enfrentamos para que os conselhos tenham  
165 para a sociedade, sobretudo do setor da saúde, pelo menos aqui no Conselho Nacional de  
166 Saúde onde o Ministro está acenando de forma clara de que respeita esse espaço como  
167 espaço permanente de diálogo, deixando claro que não demitir ninguém ou abrir processo  
168 administrativo por qualquer movimento; não haverá nenhum tipo de retaliação seja do  
169 segmento dos gestores, trabalhadores ou usuários por qualquer tema que possa existir. Então,  
170 vamos nesse espaço – que eu digo que é protegido por todos nós – buscar fortemente que ele  
171 seja uma referência para o conjunto da sociedade, do setor da saúde de quais são as  
172 decisões; que a sociedade se preocupe e queria saber o que será a reunião do Conselho, o  
173 que o Conselho constrói e aponta vem junto uma avaliação da realidade da saúde do país  
174 naquele momento e um conjunto de orientações não só para o Ministério, para o conjunto do  
175 SUS, mas para a sociedade como um todo. Acho que esse é um esforço que nós temos que

176 fazer. Isso vale o esforço e a presença de todos nós aqui. Uma segunda questão que eu  
177 gostaria de trazer para todos, é um tema sobre o qual falei na minha posse, nas reuniões com  
178 meu secretariado e eu queria dividir com o Conselho Nacional de Saúde. Não tenho dúvida que  
179 todos nós crescemos e amadurecemos bastante ao longo desse período de construção do  
180 SUS, pelas várias aproximações que nós tivemos do que foi a nossa participação na  
181 consolidação do SUS. Cada um aqui, ninguém é o mesmo em vários sentidos, mas sobretudo  
182 em amadurecimento político, crescimento individual, pessoal e profissional desde os primeiros  
183 passos de construção do SUS. Então, o SUS por si só já foi uma grande experiência de  
184 crescimento e amadurecimento de cada um de nós do ponto de vista político, intelectual,  
185 profissional, de organização dos nossos interesses, daquilo que nós defendemos, sejam  
186 interesses comuns, sejam interesses individuais de cada um aqui. Também aqui ninguém tem  
187 dúvidas do que é o SUS comparado com outros sistemas no mundo inteiro, do esforço da  
188 construção do SUS no país e do quanto devemos nos orgulhar dessa política pública, desse  
189 sistema nacional, do que promoveu de inclusão, de enfrentamento de desigualdades regionais  
190 do país, do que promoveu inclusive da prática profissional, das práticas clínicas; se o SUS não  
191 existisse não teria acabado com os manicômios no país, ou não teríamos enfrentado os  
192 manicômios no país. Se não existisse o SUS, nós não teríamos quebrado uma série de  
193 preconceitos que existem na sociedade brasileira em relação à orientação sexual das pessoas,  
194 orientação política. Se o SUS não existisse, nós não teríamos potencializado um conjunto de  
195 práticas clínicas, do campo médico, multiprofissional na área da saúde. Então, todos nós temos  
196 que nos orgulhar do SUS. Eu sempre brinco que nós temos que ter um dia nacional do orgulho  
197 SUS; assim como temos dia nacional de outros orgulhos, nós temos que nos orgulhar do que  
198 nós construímos, seja do que ele fez para nós individualmente, porque todos nós crescemos  
199 muito ao longo dessa luta, seja o que ele fez para a sociedade brasileira, ou seja, o que mudou  
200 na vida de vários brasileiros e brasileiras. E também porque é referência para o mundo inteiro,  
201 nós temos muito que se orgulhar disso. Mas eu acho que nós temos que reconstruir um grande  
202 pacto de aliança do SUS com a sociedade brasileira. E eu acho que é uma grande tarefa, pelo  
203 menos será desse Ministério para reconstruir esse pacto. Mas eu quero dividir com vocês se  
204 não deve ser uma tarefa do conjunto do Conselho transformar como centro do nosso debate –  
205 no Ministério tem sido o eixo único de estruturação do Ministério – o tema do acesso, do  
206 acolhimento com qualidade, no tempo adequado, como central do nosso debate nesse  
207 momento. Todos os interesses, defesas, posições são extremamente legítimas aqui, mas elas  
208 têm que estar submetidas a um tema único que é o que pode reconstruir uma aliança do SUS,  
209 de todos nós, em relação ao Sistema. Nós estamos aqui no SUS, sobretudo para promover a  
210 inclusão das pessoas, no acesso aos direitos que elas têm à saúde; nós estamos aqui no SUS  
211 para permitir que cada vez mais pessoas possam encontrar nessa política pública recursos  
212 técnicos, equipamentos e serviços para dar conta das suas necessidades de saúde. Nós  
213 estamos aqui no SUS para que cada vez mais pessoas, inclusive os trabalhadores e gestores,  
214 possam ver no espaço do SUS um espaço de construção permanente da saúde, de promoção  
215 da saúde, de alívio do sofrimento, da dor, da doença, da construção de ações de vigilância que  
216 possam promover saúde coletiva. Essa tem que ser a principal força que nos une e que faz  
217 com que gastemos nosso tempo, consuma nosso esforço técnico, político, nossa capacidade  
218 de mobilização para a defesa do SUS. Sem o controle social, e talvez seja o principal motor  
219 inclusive para a legitimação do controle social. É o controle social exatamente que tem um  
220 espaço privilegiado para transformar esse tema no centro do debate porque é onde está a voz  
221 e a presença dos usuários, que são os principais interessados de que seja o centro do debate,  
222 se as pessoas estão tendo acesso ou não ao SUS e aos serviços de saúde. Nós queremos  
223 transformar essa questão no tema central do processo de pactuação com estados e  
224 municípios. Eu tenho dito para todos que eu acho que será um grande esforço técnico – estão  
225 aqui os nossos companheiros da ABRASCO, do CEBES, da UNIDAS – será um grande  
226 esforço técnico, mas temos que comprar esse desafio do esforço técnico que é pensar a  
227 construção de um indicador, indicador composto nacional, regional do que é garantia de  
228 acesso e que esse indicador seja um marco importante para que a sociedade possa  
229 acompanhar, que a imprensa possa acompanhar, que a academia e os trabalhadores possam  
230 acompanhar se as nossas iniciativas estão aumentando ou não o acesso das pessoas ao SUS  
231 considerando as necessidades reais de saúde do país e um certo padrão de oferta que o SUS  
232 tem que oferecer para todas as pessoas, todas as regiões. Isso tem que estar no centro do  
233 processo de pactuação com estados e municípios. Ontem me perguntaram se eu recebi  
234 solicitação de reajuste da tabela SUS - lógico que sim - mas eu não quero discutir reajuste da  
235 tabela SUS. Eu quero discutir que estratégias aumentam o acesso das pessoas aos

236 equipamentos e serviços de saúde. Se aumentar a tabela SUS ajuda, eu estou disposto a  
237 discutir o aumento da tabela. Mas eu quero discutir em primeiro lugar ampliação do acesso. O  
238 conselheiro Júnior e representantes da CNTSS estiveram comigo há dois dias e eu disse a eles  
239 que foi uma das conversas mais agudas que eu tive, foi importante porque trouxe a mim a  
240 importância de ter no centro do nosso Ministério o tema, não só da valorização dos  
241 trabalhadores, mas o próprio tema da saúde dos trabalhadores da saúde. Nós queremos fazer,  
242 até importante marcar em uma próxima oportunidade como promover esse debate com o CNS,  
243 nós queremos consolidar algo que ainda é inconcluso no SUS que é o marco regulatório do  
244 processo de pactuação entre estados e municípios. Nós sabemos que a Lei nº. 8.080/90 não  
245 foi regulamentada no seu conjunto, nós queremos ter um instrumento mais forte de contrato  
246 entre União, Estados e Municípios, idéia de contratos que alguns lugares estão fazendo e o  
247 mundo também, que sejam contratos que a sociedade possa acompanhar, que as metas  
248 estejam claras. O processo de pactuação é um instrumento, mas o principal objeto tem que ser  
249 o tema do acesso na relação entre nós e eu quero dividir isso com o Conselho, no debate com  
250 os usuários, os trabalhadores, se esse não deve ser o tema central da nossa discussão. Eu  
251 também quero dividir com vocês, que também tem relação com esse tema do acesso, três  
252 pedidos principais da Presidenta. Certamente um dos motivos dessa reunião que teríamos hoje  
253 era para saber como está. A presidenta me fez um pedido muito especial e nós do SUS temos  
254 que aproveitar a oportunidade de ter pela primeira vez uma mulher na presidência da república,  
255 que é pensar fortemente a rede de atenção integral à saúde da mulher, com a preocupação  
256 especial que ela tem em relação ao tema materno-infantil, mas sem limitar-se a isso; que o  
257 conjunto desses esforços não seja limitado ao tema saúde da mulher e da criança, mas que  
258 seja um disparador para um conjunto de mudanças na rede. Todos nós que militamos no SUS  
259 sabemos que os primeiros avanços que nós tivemos de direitos de usuários ou do processo de  
260 humanização da atenção à saúde foi no tema da mulher e da criança. Foi ali que conseguimos  
261 pela primeira vez a idéia do direito do acompanhante, um conjunto de mudanças ocorreram  
262 nas práticas clínicas em função disso. Então, entendendo isso como um grande disparador, de  
263 um lado, para consolidar avanços no acesso, no acolhimento, na qualidade da atenção para a  
264 saúde da mulher e da criança, entendendo a mulher de forma integral, não só na condição de  
265 mãe, inclusive aquelas que não querem ser mães. Um esforço de consolidação disso, mas  
266 também pensando como um instrumento importante para mudar o conjunto da rede, trazer as  
267 práticas de humanização para o conjunto da rede. Outro pedido especial da Presidenta foi a  
268 consolidação de uma rede de saúde mental com corte específico para enfrentamento de álcool,  
269 drogas, incluindo o crack, sendo isso um exercício de legitimação também das diretrizes gerais  
270 da nossa Política Nacional de Saúde Mental, da luta antimanicomial, não é desconsiderando  
271 essas questões, muito pelo contrário, pode ser inclusive mais um exercício de legitimação de  
272 tudo que construímos desde o final dos anos 70, ao longo dos anos 80 e 90 da reforma  
273 psiquiátrica e da luta antimanicomial. O terceiro pedido da presidenta refere-se ao processo de  
274 implantação das UPAS; pensar as UPAS como mais um equipamento de uma rede de urgência  
275 e emergência, que pense um conjunto dos equipamentos para qualificar a atenção primária  
276 para isso até os serviços de transporte, até os serviços hospitalares de urgência e emergência  
277 no país, abarcando não só as regiões metropolitanas; quais são as soluções para os  
278 municípios menores; pensar o processo de implantação da UPA como um instrumento para  
279 consolidação de uma rede de urgência e emergência no país, sem desconsiderar o  
280 compromisso prioritário de ampliar e consolidar a atenção básica no país. Além desses três  
281 temas relacionados com a consolidação das redes, eu já falei dos outros para suscitar o debate  
282 no Conselho, que é a nossa idéia de, nesse momento, aprimorar o processo de  
283 regulamentação do SUS, da Lei nº. 8.080/90 no que concerne ao processo de pactuação entre  
284 União, Estados e Municípios. E também a idéia de um esforço técnico político de pactuar entre  
285 nós a concepção de um indicador de garantia de acesso que seja uma linha de base para  
286 acompanharmos os esforços de melhoria do acesso no país. Para concluir, eu gostaria de  
287 reafirmar o meu compromisso e dos representantes do Ministério da Saúde no CNS de  
288 estarmos aqui sempre. Nas conversas que tive com representantes dos gestores, usuários,  
289 trabalhadores fiz questão de dizer que estar aqui, além de uma convicção, é um gesto político  
290 para estimular também as entidades a estarem aqui com os seus titulares para que possamos  
291 transformar cada vez mais esse Conselho - esse trabalho brilhante que o conselheiro Júnior  
292 vem desenvolvendo e que todos vocês vem fazendo – em um espaço legítimo e respeitado  
293 cujos debates e decisões sejam esperados por todos. Gostaria de reafirmar ainda o  
294 compromisso de ajudar a consolidar o Conselho, apoiá-lo, sobretudo a Secretaria-Executiva  
295 que terá um contato permanente com o Gabinete. Vocês perceberam que a Secretaria-

296 Executiva Rozângela acompanhou todas as audiências. Muitos de vocês sabem que trabalhei  
297 na saúde indígena e desde o começo, na Lei Arouca, uma das coisas que nós fazíamos  
298 questão era que os Distritos Especiais de Saúde Indígena, que são espaços territoriais próprios  
299 e que têm que ser espaços permanentemente de gestão compartilhada com estados,  
300 municípios e conjunto do SUS, não pode ser separado do SUS, defendíamos que deveriam  
301 ser, do ponto de vista administrativo, uma unidade gestora para ter tranquilidade para agilizar o  
302 conjunto de compras, aquisições, os instrumentos que cada espaço de gestão tem. Eu acredito  
303 que temos que rapidamente pensar um projeto para transformar a Secretaria-Executiva do  
304 Conselho em uma unidade gestora para dar agilidade às demandas e atividades do Conselho.  
305 Unidade gestora tem vantagens e desvantagem. A vantagem é a agilidade, mas tem  
306 orçamento fixo; os mesmos indicadores que queremos ter para os serviços de saúde, para o  
307 desempenho, nós teremos para a unidade gestora do Conselho e sei que o Conselho terá total  
308 capacidade para desenvolver. Então, agradecer a paciência de vocês e estou à disposição  
309 para ouvir a todos. Muito obrigado.” **Manifestações.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, do  
310 Movimento Nacional de Luta Contra a Aids, cumprimentou o Ministro da Saúde e demais  
311 presentes e fez considerações pontuais. Reiterou a importância de fortalecer o controle social e  
312 colocou que a resposta qualificada se dá a partir do tripé da seguridade social. Registrhou como  
313 emblemática a presença do Ministro de Saúde e de sua equipe e desejou que sirva de exemplo  
314 aos gestores estaduais e municipais para valorização dos conselhos de saúde. Também  
315 destacou que a Agenda Política do CNS contempla algumas das questões colocadas pelo  
316 Ministro da Saúde e salientou que é preciso trazer o debate da seguridade social para acabar  
317 com as iniquidades no SUS e fortalecer o acesso. Por fim, enfatizou a importância de retomar o  
318 debate no CNS sobre saúde suplementar e resarcimento ao SUS. Conselheiro **Francisco**  
319 **Batista Júnior** aproveitou para registrar a presença da ex-conselheira Lígia Bahia e apresentar  
320 os novos conselheiros: conselheira **Solange Aparecida Caetano**, da Federação Nacional dos  
321 Enfermeiros; Conselheiro **José Cechin**, Federação Nacional de Saúde Suplementar.  
322 Conselheiro **Clóvis Boufleur**, da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB,  
323 cumprimentou o Ministro da Saúde pelo cargo e pelo discurso que ia ao encontro dos anseios  
324 do CNS. Falou da expectativa de as decisões do CNS terem impacto positivo na vida das  
325 pessoas, considerando que a saúde está presente no cotidiano das pessoas. Também  
326 destacou o acesso e o atendimento com qualidade como cerne da saúde pública e, portanto,  
327 apoiou a iniciativa do Ministro. A respeito do acesso, defendeu a necessidade de mais de uma  
328 porta de acesso, entendendo que o SUS deve estar na comunidade, de braços abertos para  
329 acolher as pessoas que ali vivem. Conselheira **Jurema Werneck**, da Articulação de  
330 Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB, explicou que a principal bandeira do  
331 Movimento no CNS é a defesa da garantia do acesso, daí a sua satisfação com a prioridade da  
332 gestão para o eixo do acesso. Contudo, salientou que pensar em acesso implica considerar  
333 saúde como direito, que se refere à centralidade da cidadania e à individualização de certa  
334 maneira e traz um desafio para um Sistema que é movido por uma burocracia. Ressaltou que,  
335 ao falar de acesso como eixo, o desafio é grande, pois há muito a ser refeito. Disse que a  
336 movimentação do SUS deve considerar as iniquidades em relação a populações negras,  
337 indígenas, nômades, entre outros e construir mecanismos que permitam superar as barreiras.  
338 Defendeu um Sistema unificado que possa ser particularizado ao máximo. Por fim, chamou a  
339 atenção para a importância da demonstração da vontade política e avaliou que se deve fazer  
340 tudo de novo, mas de forma diferente. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, da Liga  
341 brasileira de Lésbicas – LBL, deu boas-vindas ao Ministro da Saúde e falou da sua satisfação  
342 com a prioridade para o fortalecimento do controle social e o acesso e acolhimento em tempo  
343 adequado. Disse que acolhimento significa reconhecer as diversidades e acolhê-las no  
344 atendimento, atenção e tratamento, sem preconceito e discriminação. Para que isso aconteça,  
345 é necessário investimento de recursos e de sensibilização para que se alcance. Ressaltou que,  
346 para o segmento LGBT, é fundamental que a nova gestão inclua entre as suas prioridades a  
347 pactuação da Política Nacional de Saúde LGBT, que foi aprovada pelo CNS em novembro de  
348 2009. Também lembrou que o Pleno aprovou a campanha para mulheres lésbicas e decidiu  
349 recomendar a reprodução em nível nacional para estimular a busca dessa população aos  
350 serviços. Registrhou o dia da visibilidade das travestis e solicitou o apoio à campanha “Nosso  
351 sangue, pela igualdade”, uma iniciativa da LBL do Piauí e do grupo Matizes que será lançada  
352 no dia internacional da solidariedade (31), em protesto à resolução que proíbe a população gay  
353 e bissexual de doar sangue. Conselheiro **Luiz Augusto Facchini**, da Associação Brasileira de  
354 Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, cumprimentou o Ministro da Saúde e fez uma  
355 saudação pela importância dada ao SUS e ao controle social. Destacou também as prioridades

356 ao acesso e qualidade como elementos fundamentos para estruturação e desenvolvimento do  
357 Sistema. Defendeu ampliação do financiamento direcionado para questões que resolvam os  
358 problemas da população e lembrou que a questão do acesso e qualidade é fundamental para  
359 orientar o gasto público. Também falou do debate da relação público x privado e frisou a  
360 capacidade do CNS de apoiar o Ministério da Saúde e mobilizar os serviços filantrópicos e  
361 universitários para atendimento exclusivo ao SUS. Salientou ainda a necessidade de avançar  
362 nos seguintes aspectos: profissionalização da gestão e valorização dos processos de  
363 coordenação interfederativa; superação da precarização do trabalho em saúde e fortalecimento  
364 da educação continuada; desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde como elementos  
365 essenciais para qualificar o atendimento à saúde à população; desenvolvimento da rede de  
366 serviços e do modelo de atenção; diminuição das iniquidades (por exemplo, revisão do pós-  
367 parto – um problema sistêmico para todas as camadas sociais - 70% das mulheres na linha da  
368 miséria não realizam essa revisão); e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e  
369 interação com os programas de combate à miséria, especialmente o Programa Bolsa Família  
370 visando elevar os indicadores de saúde e a qualidade de vida da população. Por fim, convidou  
371 os conselheiros para reunião do movimento da reforma sanitária no Núcleo da UnB para  
372 discutir estas e outras questões. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**, da Rede  
373 Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, cumprimentou o  
374 Ministro da Saúde e registrou um novo momento em que, pela primeira vez, um Ministro de  
375 Estado convida representações da sociedade para ouvi-las. Manifestou satisfação com a  
376 prioridade do Ministro da Saúde à atenção integral à saúde da mulher e salientou que é  
377 fundamental preparar os profissionais de saúde para que vejam a mulher de forma integral.  
378 Conselheiro **Luiz Anibal Machado**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB,  
379 saudou o Ministro da Saúde e, na linha da garantia do acesso, informou que em Cachoeira do  
380 Sul foram colocados relógios e pontos no plantão e nos serviços de emergência do hospital  
381 visando diminuir a demora para o atendimento. Além disso, informou que o CMS de Cachoeira  
382 do Sul, do qual é presidente, está discutindo o contrato com os prestadores de serviços  
383 visando ampliar a fiscalização. Também falou da dificuldade na liberação dos conselheiros de  
384 saúde para participar das atividades das entidades. Salientou ainda a importância de  
385 informatizar as unidades sanitárias, de instalar pólos para atender melhor a população e  
386 fortalecer o DENASUS. Por fim, destacou o alto índice de mortes de homens por câncer de  
387 próstata e solicitou providências para reverter esse quadro. Conselheiro **Manoel Messias**  
388 **Nascimento**, da Central Única dos Trabalhadores – CUT, cumprimentou o Ministro da Saúde e  
389 destacou que a CUT vê com otimismo o início do governo da Presidente Dilma. Também  
390 manifestou satisfação com a prioridade do Ministro da Saúde à garantia do acesso com  
391 qualidade e ao fortalecimento do controle social e destacou o compromisso de participar da  
392 reunião do CNS, o que serve de incentivo aos gestores das demais esferas para participarem  
393 dos conselhos. No mais, solicitou a atuação do Ministério da Saúde de forma a garantir uma  
394 política integrada de atenção à saúde do trabalhador, considerando inclusive as deliberações  
395 da Conferência de Saúde do Trabalhador. Louvou a ênfase no acesso e concordou com a  
396 importância de criação de indicador de saúde desde que seja construído com a participação da  
397 sociedade e possibilite a mudança da realidade. Por fim, disse que é preciso retomar o debate  
398 de problemas estruturais do SUS para garantir um Sistema que a população precisa e merece.  
399 Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, da Central de Movimentos Populares, cumprimentou o  
400 Ministro da Saúde e sua equipe e parabenizou a iniciativa e a vontade do Ministro da Saúde de  
401 estar próximo e fazer parte do CNS. Solicitou que o Ministério da Saúde avance na discussão  
402 da medicina popular na lógica de ampliá-la no país e da situação dos estudantes formados em  
403 outros países, em especial aqueles formados em Medicina em Cuba. Conselheiro **Arlison da**  
404 **Silva Cardoso**, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS,  
405 saudou o Ministro da Saúde pelo cargo e pela escolha da sua equipe técnica e fez um  
406 destaque especial à proposta de definir indicador de acesso. Contudo, defendeu que, além da  
407 ampliar o acesso à atenção básica, é preciso garantir o acesso à média e alta complexidade.  
408 Por fim, colocou o CONASEMS à disposição para trabalhar junto com o Ministério da Saúde  
409 inclusive na busca por soluções para implantação do SUS. Conselheiro **Geraldo Alves**  
410 **Vasconcelos**, da Associação Brasileira de Odontologia – ABO, deu boas-vindas ao Ministro da  
411 Saúde e sua equipe e manifestou o anseio da ABO de continuar a parceria com esse Ministério  
412 visando à definição de novos rumos para o país e a ampliação do Projeto Brasil Soridente.  
413 Solicitou a atenção do Ministro da Saúde, prioritariamente, a duas ações da Agenda Política do  
414 CNS: modelo de gestão (é preciso retomar o debate do modelo de gestão adotado pelo  
415 Ministério da Saúde); e carreira única do SUS (todos os trabalhadores do SUS devem ser

416 tratados de forma igualitária). Conselheira **Maria Thereza Antunes**, da Federação Brasileira  
417 das Associações de Síndrome de Down, cumprimentou o Ministro da Saúde e sua equipe e  
418 louvou a iniciativa de chamar as entidades do CNS para uma conversa. Disse que se preparou  
419 durante anos para apresentar ao CNS as conquistas das pessoas com síndrome de Down e,   
420 nessa linha, informou com satisfação que são quatro pessoas com síndrome de Down com  
421 curso superior e doze universitários. Salientou que o seu sonho é ser substituída por um jovem  
422 com síndrome de Down para representar esse segmento no CNS, mas, por enquanto, isso não  
423 é possível. Também solicitou o apoio das entidades para divulgação do dia internacional da  
424 síndrome de Down (21 de março). Conselheiro **José Carrijo Brom**, da Federação  
425 Interestadual dos Odontologistas – FIO, saudou o Ministro da Saúde e manifestou o anseio de  
426 que o gesto de vir ao Conselho repercuta em todas as esferas de gestão. Destacou as  
427 discussões do CNS de temas importantes como modelo gestão, PPA, EC nº. 29, atenção  
428 básica, acesso e acolhimento e solicitou ao Ministro da Saúde que as políticas desse  
429 Ministérios fossem submetidas à apreciação do CNS para que Colegiado possa contribuir.  
430 Conselheira **Marisa Fúria Silva**, da Associação Brasileira de Autismo – ABRA, cumprimentou a  
431 iniciativa do Ministro da Saúde de entrar em contato com as entidades e solicitou a atenção  
432 para as pessoas com autismo no Brasil (2 milhões), a maioria sem diagnóstico e sem atenção.  
433 Defendeu que a Política do Humaniza SUS seja voltada inclusive para capacitação dos  
434 profissionais para atender as pessoas com deficiência e patologias. Salientou que é preciso em  
435 enfoque diferenciado para as pessoas com comunicação falha e um amparo para a vida das  
436 pessoas com autismo. Conselheiro **Willen Heil e Silva**, do Conselho Federal de Fisioterapia e  
437 Terapia Ocupacional - COFFITO, manifestou satisfação com a proposta de enfrentamento das  
438 drogas e sugeriu um programa de combate às compulsividades. Também apresentou a  
439 proposta de que gestores públicos utilizem o SUS, desonerando o gasto público com planos  
440 privados de saúde. Dentre outras propostas, destacou a de priorização da política nacional de  
441 saúde funcional e fortalecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e  
442 Complementares. Por fim, disse que junto com os demais conselheiros continuará na busca da  
443 qualidade em todos os campos da saúde. Conselheiro **Antônio Carlos Nardi**, do Conselho  
444 Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, declarou que o CONASEMS é  
445 parceiro do Ministro da Saúde e do CNS, inclusive na busca pela valorização da participação  
446 dos gestores nos conselhos de saúde. Além disso, manifestou o compromisso de realizar força  
447 tarefa junto com os COSEMS para garantir o maior número possível de conferências  
448 municipais de saúde. No mais, disse que é um desafio de todos os segmentos a garantia do  
449 acesso com humanização, acolhimento e oportunidade. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**,  
450 do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, deu boas-vindas ao Ministro da Saúde e sua  
451 equipe e registrou a sua expectativa de fortalecimento do controle social. Conselheira **Ana**  
452 **Cristhina Brasil**, representante da Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas  
453 Ocupacional -FENAFITO, saudou a Presidenta Dilma pela escolha do Ministro Padilha e  
454 cumprimentou o Ministro pela indicação da sua equipe. Manifestou satisfação com a prioridade  
455 dada à questão do acesso e colocou o segmento dos trabalhadores à disposição para  
456 contribuir nesse processo. Solicitou a contribuição do Ministro da Saúde para fazer cumprir a  
457 Agenda Política do CNS com destaque especial à regulamentação da EC nº. 29. Também  
458 apresentou as seguintes propostas do FENTAS: além do PPA, elaborar um plano decenal (a  
459 exemplo do que ocorre na educação); criar uma comissão para acompanhar os  
460 desdobramentos da Conferência Mundial de Sistemas Universais de Seguridade Social; defesa  
461 da carreira única do SUS multiprofissional; manter o debate da relação público x privado  
462 (surpresa com a MP nº. 520, que cria empresa brasileira de serviços hospitalares – cuidado no  
463 debate dessa questão); ampliar o prazo da consulta pública da Política Nacional de Saúde do  
464 Trabalhador no SUS; colocar em consulta pública a Política Nacional de Saúde do Trabalhador;  
465 publicar a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador - PNSST; e ampliar o  
466 debate do PL de regulamentação do exercício da Medicina. Finalizando, solicitou ao Ministro  
467 da Saúde uma audiência para discutir a pauta do FENTAS. Conselheiro **José Rubens**  
468 **Rebelatto**, do Ministério da Educação – MEC, explicou que o MEC auxilia o CNS na análise  
469 dos processos de abertura, reconhecimento e renovação da autorização de cursos na área da  
470 saúde e promove debate das políticas de formação do SUS. Também cumprimentou o Ministro  
471 da Saúde e solicitou atenção especial para o Programa de Reestruturação dos Hospitais  
472 Universitários – REHUF. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, da Federação Nacional  
473 dos Farmacêuticos – FENAFAR, cumprimentou o Ministro da Saúde pelo cargo e pela  
474 indicação da sua equipe e manifestou satisfação com o compromisso expresso de  
475 fortalecimento do controle social. Aproveitou para registrar a insatisfação da FENAFAR com a

476 tendência da decisão do COPOM pelo aumento da taxa de juros. Também solicitou o apoio do  
477 Ministro da Saúde para transformar a 14<sup>a</sup> CNS em um marco de mobilização da sociedade  
478 brasileira, para discussão do acesso, permitindo que a sociedade tenha o SUS como  
479 patrimônio. Por fim, colocou a necessidade de retomar o debate das redes de atenção à saúde.  
480 Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini**, da Confederação Nacional da Indústria – CNI,  
481 saudou o Ministro da Saúde pelo cargo e pela participação na reunião do Conselho. Falou do  
482 problema de acesso a medicamentos no país, em razão do custo de produção e do  
483 medicamento e explicou que a indústria trabalha junto com o Ministério a Saúde na busca de  
484 saídas para essa situação. Solicitou o apoio do Ministério da Saúde e do CNS para resolver a  
485 questão da tributação dos medicamentos, visto que no Brasil paga-se 33,4% de impostos na  
486 compra de medicamentos, a maior carga tributária de medicamentos do mundo. Por fim,  
487 colocou a indústria farmacêutica à disposição para contribuir com o Ministério da Saúde.  
488 Conselheiro **José Wilson de Souza Gonçalves**, da Confederação Nacional dos Trabalhadores  
489 na Agricultura – CONTAG, saudou o Ministro da Saúde pelo cargo e pela escolha da sua  
490 equipe. Falou do seu otimismo com a agenda do Ministro, em especial a prioridade ao acesso  
491 e alertou para a necessidade de considerar a diversidade e particularidade da população do  
492 país. No caso da população rural, falou da dificuldade de acesso a medicamentos e a exames  
493 especializados e da ausência de profissionais para atender essa população. Por fim, frisou a  
494 importância de regionalizar e descentralizar os serviços de saúde e estruturar a rede pública  
495 nos municípios de pequeno porte. Conselheiro **Renato de Jesus Padilha**, da Associação Pró-  
496 Renais Crônicos - APREC-BRASIL, saudou o Ministro da Saúde e o Presidente do CNS e  
497 defendeu uma política de prevenção da doença renal. Também falou do seu anseio por uma  
498 Conferência Nacional para pacientes renais, considerando que são mais de 100 mil pacientes  
499 renais. Por fim, colocou a APREC-BRASIL à disposição desse Ministério e entregou ao Ministro  
500 um livro. Conselheiro **Ubiratan Cassano Santos**, da União Nacional dos Estudantes – UNE,  
501 cumprimentou o Ministro da Saúde e a sua equipe e manifestou satisfação com a decisão de  
502 priorizar a questão do acesso, destacando a possibilidade de avançar nesse debate durante a  
503 14<sup>a</sup> CNS. Ressaltou o compromisso da UNE com a reestruturação dos hospitais universitários  
504 e salientou a importância de priorizar a formação dos profissionais de saúde com base nas  
505 necessidades do SUS e do PSF. Também solicitou a atenção do Ministério da Saúde às  
506 especificidades da saúde do jovem e do adolescente. Por fim, falou do otimismo com a eleição  
507 da Presidenta Dilma e a escolha do Ministro da Saúde. Conselheiro **Pedro Tourinho de**  
508 **Siqueira**, da Associação Nacional de Pós-Graduandos - ANPG, salentou a importância de os  
509 processos de formação (pós-graduação em saúde, residência médica e residência  
510 multiprofissional) e as pesquisas atenderem melhor as necessidades do SUS. Conselheiro  
511 **Artur Custódio de Sousa**, do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela  
512 Hanseníase – MORHAN, primeiro, registrou o dia mundial de luta contra a hanseníase,  
513 lembrando que o Brasil ocupa o primeiro lugar do mundo em incidência, apesar de ter sido  
514 reconhecido como o país que mais avançou em 2010 nos direitos humanos em hanseníase.  
515 Em que pese esse reconhecimento, destacou que é preciso retomar e avançar em questões  
516 importantes como as antigas colônias e filhos das pessoas com hanseníase. Além dessas  
517 questões, salentou a importância da vigilância de baixa incidência na atenção básica e  
518 descentralizada. Também disse que é preciso avançar na mudança do modelo de saúde do  
519 país com avanço na atenção básica e garantia da proteção à vida como um eixo central do  
520 governo. Defendeu uma força nacional de saúde no Brasil para socorrer as pessoas vítimas de  
521 catástrofes e propôs uma moção de apoio aos profissionais que estão atuando nas áreas do  
522 Rio de Janeiro atingidas por enchentes. Por fim, colocou o CNS à disposição para contribuir na  
523 mudança de modelo para o país. Conselheira **Dulce Helena Chiaverini**, da Unida de  
524 Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - REDE UNIDA, cumprimentou o Ministro  
525 da Saúde pelo cargo e pela sua presença que expressava o compromisso com a saúde e o  
526 controle social e colocou a Rede Unida à disposição para contribuir no que fosse necessário.  
527 Conselheiro **Elias Nasrala Neto**, da Associação Brasileira de Fisioterapia -ABEN-FISIO,  
528 desejou sucesso ao Ministro da Saúde e a sua equipe e solicitou olhar cuidadoso desse  
529 Ministério para a formação dos profissionais de saúde. Também apelou ao MEC e MS que  
530 considerem as associações de ensino como a ABEN-FISIO como companheiras no debate de  
531 uma política mais efetiva para formação. Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**, do Conselho  
532 Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, deu boas-vindas ao Ministro da Saúde e  
533 justificou a ausência da presidente do CONASS. Também cumprimentou o Ministro da Saúde  
534 pela escolha da sua equipe uníssona, alinhada, e pela decisão de vir ao Conselho  
535 acompanhado da sua equipe. Conselheira **Solange Aparecida Caetano**, da Federação

Nacional dos Enfermeiros – FNE, também cumprimentou o Ministro da Saúde pelo cargo e pela sua equipe e fez um destaque especial à prioridade ao acesso. Também destacou que é preciso capacitar, valorizar e qualificar os profissionais de saúde como estratégia para garantir o acesso com qualidade. Por fim, reforçou a importância da regulamentação da EC nº. 29 e da jornada de 30 horas semanais para a enfermagem. Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Omore**, da Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), destacou que, apesar das diversidades, a luta é única para garantir saúde de qualidade para o povo brasileiro. Em nome das lideranças indígenas, cumprimentou o Ministro da Saúde e solicitou o fortalecimento da Lei Arouca e maior atenção para a saúde indígena, ribeirinhos e assentados. Conselheiro **João Rodrigues Filho**, da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS, colocou a Confederação, que congrega mais 3 milhões de trabalhadores, à disposição do Ministro da Saúde para executar os planos de garantia de acesso com qualidade e em tempo adequado. Também solicitou a atenção do Ministro da Saúde para a carreira única, multiprofissional, para a MP 520 e a garantia da jornada de 30 horas semanais. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, da Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM, agradeceu o convite à CONAM para participar de audiência com o Ministro da Saúde e saudou os novos integrantes da equipe. Também colocou a CONAM à disposição para contribuir no enfrentamento de lutas importantes como a regulamentação da EC nº. 29. Por fim, salientou que é preciso atenção à proposta da reforma tributária a fim de evitar prejuízos para o setor saúde. Conselheiro **Nadir Francisco do Amaral**, da Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciformes – FANAFAL, chamou a atenção para necessidade de melhorar a triagem neonatal no Brasil e garantir a segurança dos biossimilares/biológicos utilizados no país. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, do Conselho Federal de Odontologia – CFO, deu boas-vindas ao Ministro da Saúde e sua equipe e, inicialmente, fez a solicitação de consolidar o Programa Brasil Soridente. Fez referência à Política Nacional de Oncologia para salientar a importância da formação do profissional para o atendimento e diagnóstico precoce e da disponibilização de medicamentos para os pacientes. Por fim, manifestou sua expectativa de estreitamento das relações do MEC e MS no que diz respeito à formação dos profissionais do SUS visando somar para a qualidade do acesso. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, cumprimentou o Ministro da Saúde e falou da responsabilidade pública expressa. Ratificou a proposta de retomar a agenda da reforma sanitária e apresentar alternativas criativas. Conselheiro **Olympio Távora Derze Correa**, da Confederação Nacional da Saúde-CNS, cumprimentou o Ministro da Saúde pelo cargo e pela sua equipe e saudou, em especial, a iniciativa inédita de permanecer um tempo considerável no Conselho ouvindo as diversas manifestações das entidades. No mais, colocou a Confederação à disposição do Ministério da Saúde para contribuir com a gestão. Conselheira **Maria Cristina Pedro**, do Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa, saudou o Ministro da Saúde e chamou a atenção para a prioridade ao acesso. A ex-conselheira do CNS, **Lígia Bahia**, destacou que os conselheiros devem ser acolhidos pelo Ministro da Saúde e terem acesso a ele. Salientou que é preciso garantir conversas bilaterais do Ministro da Saúde com as entidades, além da presença na reunião do CNS. Por fim, propôs que na próxima reunião do CNS o Pleno apresente ao Ministro da Saúde uma agenda de trabalho sobre a 14ª CNS. A conselheira estadual, **Maria Inês**, da Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde, cumprimentou o Ministro da Saúde pelo compromisso expresso com o acesso, acolhimento e qualidade. Também falou do trabalho determinado do médico Alexandre Padilha no hospital municipal de Santarém. Lembrou que a Plenária de Conselhos, realizada em 2010, aprovou documento encaminhado à Presidente Dilma Rousseff delimitando o perfil do Ministro da Saúde e manifestou satisfação com a indicação de Padilha. Conselheiro **Júlio Atanásio Gevaerd**, da Força Sindical, falou da questão dos transplantes, com ênfase nos de medula óssea e salientou a importância de garantir hospitais credenciados para realizar a cirurgia e acomodações para recuperação das pessoas transplantadas. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, da Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP, destacou que acesso, acolhimento, resolutividade, qualidade dos serviços são questões fundamentais tratadas no Conselho e, nessa linha, defendeu a implementação da Política Nacional de Humanização. Também ressaltou que é preciso criar mecanismos de interação entre Conselhos e Secretarias de Saúde para garantir o acesso. Por fim, convidou o Ministro da Saúde para participar das comemorações do dia de combate à hanseníase, 30 de janeiro, em Nossa Senhora Aparecida. **Retorno da mesa.** Em relação às questões que emergiram das intervenções, o Ministro de Estado da Saúde, **Alexandre Padilha**, pela exiguidade de tempo, tomou nota de todas e respondeu

596 pontualmente a algumas delas. Primeiro, confirmou a sua presença na atividade do dia de  
597 combate à hanseníase, 30 de janeiro, em Nossa Senhora Aparecida, que terá a presença de  
598 representante da CNBB. Destacou que Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde  
599 devem trabalhar de forma coletiva na construção de consensos para a melhoria do SUS.  
600 Concordou com a proposição de pautar debate sobre a 14ª CNS na próxima reunião do  
601 Conselho e, a propósito, expressou o seu entendimento de que o Conselho deve produzir um  
602 documento com questões orientadoras sobre o temário da 14ª CNS. Fez referência à  
603 intervenção da conselheira Jurema Werneck e do conselheiro Jurandi Frutuoso para salientar  
604 que é fundamental efetivar o velho ou o novo sem repetir os erros dos últimos anos. Destacou  
605 que o momento é de enfrentamento da dengue e destacou as medidas adotadas pelo  
606 Ministério da saúde para reforçar a vigilância: antecipação da estratificação de risco,  
607 classificação dos dezesseis estados com maior risco de alerta e publicação de portaria que  
608 exige dos serviços de saúde a notificação de suspeitas de óbitos por dengue. Ressaltou ser  
609 fundamental que o CNS sinalize a importância das duas frentes de combate à dengue: reforço  
610 à mobilização da sociedade; e estruturação da rede de busca de casos. Por fim, manifestou  
611 sua satisfação com o debate e reforçou o compromisso de estar em todas as reuniões do CNS.  
612 Conselheira **Marisa Fúria Silva** disse que denunciou marcas de geladeira que acumulam água  
613 parada e possibilitavam a criação do mosquito e recebeu a informação de que foram feitas  
614 adaptações. Desse modo, sugeriu que o Ministério da Saúde chame os fabricantes para recall  
615 dessas geladeiras. Conselheiro **Francisco Batista Junior**, Presidente do CNS, saudou o  
616 Ministro da Saúde e sua equipe e fez uma homenagem especial ao Conselheiro Antônio Alves  
617 de Souza pela expressiva contribuição no CNS e pela defesa incansável do SUS. **ITEM 2 –**  
618 **APROVAÇÃO DA ATA DA 216ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS E DA 47ª REUNIÃO**  
619 **EXTRAORDINÁRIA DO CNS** – Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS,  
620 colocou em apreciação as atas da 216ª Reunião Ordinária do CNS e da 47ª Reunião  
621 Extraordinária do CNS. **Deliberação: a ata da 216ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada**  
622 **por unanimidade, com duas abstenções (dois conselheiros que não participaram da**  
623 **reunião) e a ata da 47ª Reunião Extraordinária do CNS, com a contribuição do**  
624 **conselheiro Geraldo Vasconcelos e três abstenções.** Conselheiro Jurandi Frutuoso  
625 cumprimentou a relatoria pelo texto da ata que expressou com fidelidade o debate do Pleno.  
626 **ITEM 08 – CALENDÁRIO DE REUNIÕES DO CNS E MESA DIRETORA. RESOLUÇÃO Nº.**  
627 **434, DE 10 DE JUNHO DE 2010. MEDIDA PROVISÓRIA Nº. 520/2010. INDICAÇÃO PARA A**  
628 **CONEP. INFORMES E INDICAÇÕES.** *Indicações:* a) **GT CONEP** – atribuição: Revisar a  
629 Resolução CNS nº. 240 e Processo de Acreditação dos Comitês de Ética em Pesquisa.  
630 *Indicações:* **Segmento de usuários:** Nadir Amaral; e Alexandre Magno. **Segmento de**  
631 **Trabalhadores:** Fernanda Lou Sans Magano; e Ana Cristina de Oliveira Brasil. **Gestor:**  
632 **uma vaga (a indicar).** b) **GT Saúde e Migração:** Acesso à Saúde do Estrangeiro no Brasil  
633 - Fomentar a inserção de dados sobre o atendimento de estrangeiro por serviços e programas  
634 dos SUS; revisão da Resolução Recomendada nº 2 do Conselho Nacional de Imigração – CNIG  
635 e construção de parâmetros mínimos que permita a padronização do atendimento de  
636 estrangeiro na esfera do SUS. **Indicações:** **Segmento de usuários:** Júlio Gevaerd; e  
637 Abrahão Nunes. **Segmento de Trabalhadores:** Ruth e Solange Aparecida Caetano.  
638 **Gestor:** uma vaga (a indicar). c) **Conselho Municipal de São João da Boa Vista – SP** – O  
639 CMS enviou denúncia sobre irregularidades no funcionamento do CNS e o Mesa Diretora  
640 sugeriu uma visita ao município para conversar com a SMS, o CMS e o MP. Conselheiro  
641 Jurandi Frutuoso avaliou que o CNS deveria verificar se o CMS enviou a denúncia ao CES e  
642 a manifestação deste antes de definir encaminhamento, respeitando as instâncias de gestão.  
643 Conselheiro Clóvis Boufleur salientou que é preciso recuperar a proposta para regulamentar a  
644 forma de apresentação de demandas ao CNS. A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela**  
645 **Fernandes Camapum**, lembrou que a proposta de resolução com as diretrizes estava pronta,  
646 mas não foi possível pautá-la no CNS. Tão logo fosse possível, seria trazida para apreciação  
647 do Plenário. **Deliberação: solicitar manifestação do CES/SP a respeito da denúncia do**  
648 **CMS para definir os encaminhamentos do CNS.** d) **1ª Conferência Nacional sobre**  
649 **Transparéncia e Participação Social – I CONSOCIAL.** Data: de 13 a 15 de outubro de 2011.  
650 Local: Brasília – DF. Coordenação: Controladoria Geral da União – CGU. Tema: “A Sociedade  
651 no Acompanhamento da Gestão Pública”. Indicação para compor a Comissão Organizadora:  
652 Conselheiro José Marcos de Oliveira – Titular; e Conselheiro Francisco Batista Júnior –  
653 Suplente. e) **Congresso Internacional “International Society for Biological and**  
654 **Environmental Repositories (ISBER) – Anual Meeting 2011.** Data: 15 a 18 de maio de 2011.  
655 Local: Washington DC – EUA. A CONEP indicou dois nomes - Gabriela e Paulo França –

656 responsáveis por consolidar as contribuições à resolução do CNS sobre biobancos, para  
657 representar o CNS. Aprovadas as indicações da CONEP: **Gabriela e Paulo França**.  
658 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** sugeriu que, em casos semelhantes, os indicados  
659 estivessem presentes na reunião onde o CNS deliberaria sobre a indicação. **f) GT Saúde da**  
660 **População Carcerária Brasileira. Segmento dos usuários:** 2 vagas; **Segmento do**  
661 **Gestor/prestador:** 1 vaga; **Segmento dos Trabalhadores:** 2 vagas. As indicações serão  
662 feitas na próxima reunião do CNS. **g) Indicação para compor a CONEP** - substituição da  
663 bióloga Vera Engrace – suplente - O GT, composto por José Marcos de Oliveira, Graciara  
664 Matos de Azevedo e Jurandi Frutuoso, se reuniria para analisar os currículos e indicar um  
665 profissional graduado em Ciências Biológicas para substituir Vera Engrace, suplente na  
666 CONEP. O nome seria submetido à apreciação do CNS posteriormente. Conselheiro **Luiz**  
667 **Augusto Facchini** convidou os conselheiros para o 5º Congresso Brasileiro de Ciências  
668 Sociais e Humanas em Saúde, de 17 a 20 de abril de 2011, na USP e o 8º Congresso  
669 Brasileiro de Epidemiologia, de 12 a 16 de novembro de 2011, no Centro de Convenções  
670 Anhembi. Quando for formalizado, o convite será tratado na Mesa Diretora do CNS. **ITEM 3 –**  
671 **APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA COMISSÃO PARITÁRIA DO CNS** - *Composição da*  
672 **mesa: Geraldo Adão dos Santos**, coordenador da Comissão Paritária do CNS; **Alessandra**  
673 **Vanessa Alves**, Coordenadora Geral de Assuntos Jurídicos/CJ/MS. **Coordenação:** conselheiro  
674 **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. Após cumprimentos, o coordenador da  
675 Comissão Paritária do CNS passou à apresentação do relatório da reunião da Comissão  
676 Paritária sobre o Processo Eleitoral do CNS, realizada no dia 20 de janeiro de 2011. Primeiro,  
677 informou que participaram da reunião os integrantes da Comissão - Geraldo Adão dos Santos,  
678 COBAP; Jorge Alves de Almeida Venâncio, CGTB; Maria do Espírito S. T. dos Santos, Rede  
679 Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Maria do Socorro  
680 Souza, CONTAG; Ana Cristina de Oliveira Brasil, FENAFITO; José Carrijo Brom, FIO; José Eri  
681 de Medeiros, CONASEMS; Eliane Aparecida da Cruz, MS -; Francisco Batista Júnior,  
682 Presidente do CNS; Rozângela Fernandes Camapum, Secretária-Executiva do CNS;  
683 Alessandra Vanessa Alves, CONJUR/AGU/MS; Watália e Silva Azevedo, da AGU; Gianne de  
684 Freitas Andrade, da AGU; Ivaneck Perez Alves, assessor jurídico da CONTAG; e Denise  
685 Rinehart, assessora do CONASEMS. Relatou que na abertura dos trabalhos a Secretária-  
686 Executiva do CNS recuperou a deliberação da 47ª Reunião Extraordinária do CNS, realizada  
687 no dia 10 de dezembro de 2010: constituir uma comissão paritária comporta por oito pessoas  
688 com a competência principal de avaliar o aspecto jurídico entre o Decreto e o Regimento  
689 Interno do CNS no que diz respeito à duração do mandato do Presidente e da Mesa Diretora  
690 do CNS e apresentar o resultado na Reunião Ordinária do CNS de janeiro de 2011. Feito esse  
691 registro, disse que fora aberta a palavra à advogada **Alessandra Vanessa Alves**, que  
692 apresentou parecer conforme deliberação do Pleno do CNS. Na oportunidade, o assessor  
693 jurídico da CONTAG, **Ivaneck Perez Alves**, também apresentou parecer jurídico, por  
694 solicitação da Conselheira Maria do Socorro de Souza. Feitas as exposições dos pareceres, foi  
695 aberta a palavra para esclarecimento. Na sequência, os assessores jurídicos e participantes se  
696 retiraram da reunião permanecendo os membros da Comissão, a Secretária-Executiva do CNS  
697 e o Presidente do CNS. Na avaliação, observou-se que, apesar das divergências na exposição,  
698 a conclusão dos dois pareceres era a mesma: possibilidade de realizar o processo eleitoral  
699 para presidente anualmente até dezembro de 2011, sendo que a partir de dezembro de 2012 o  
700 mandato para presidente será de 3 anos, sendo necessário adequar o Regimento Interno do  
701 CNS. Antes de apresentar as propostas da Comissão Paritária, Conselheiro Geraldo Adão  
702 Santos passou a palavra à advogada **Alessandra Vanessa Alves** para uma síntese do  
703 parecer da CONJUR/MS. A advogada começou esclarecendo que o Decreto Presidencial  
704 5.839/2006 não expressa a duração do mandato e o Regimento Interno do CNS define o  
705 mandato de um ano. Explicou que, de início, a Consultoria fez uma análise do decreto e do  
706 Regimento Interno para verificar eventual contrariedade e concluiu que inexistia confronto  
707 expresso entre as duas normas. Acrescentou que o decreto deveria ter definido o prazo do  
708 mandato, pois não cabe ao Regimento Interno do CNS dispor sobre essa matéria, porque este  
709 dispõe sobre questões internas de organização e funcionamento. Na conclusão da CONJUR,  
710 devia-se aplicar o decreto, inclusive nas suas disposições implícitas, que seria o mandato de  
711 três anos, sem prejuízo de utilizar o Regimento Interno do CNS até uma nova posse para  
712 adotar a previsão implícita do decreto. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou se  
713 havia dúvidas em relação ao parecer da CONJUR. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**  
714 destacou que a dúvida jurídica que resultou na suspensão do processo eleitoral fora  
715 esclarecida e o parecer da COJUR recomendou a realização do processo eleitoral do CNS.

716 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** esclareceu que a próxima tarefa do CNS era adequar o  
717 Regimento Interno do CNS ao Decreto Presidencial 5.839/2006. Feitos esses esclarecimentos,  
718 conselheiro **Geraldo Adão Santos** apresentou as propostas da Comissão Paritária: **1)** diante  
719 da concordância dos presentes com a conclusão do parecer da CONJUR/AGU, apresentar ao  
720 Pleno do CNS em janeiro de 2011; **2)** conforme deliberação da 47ª Reunião Extraordinária do  
721 CNS, avaliar a Mesa Diretora, o Pleno do CNS e a Presidência; **3)** após a avaliação, proceder  
722 aos encaminhamentos do processo Eleitoral; e **4)** adequar o Regimento Interno do CNS ao  
723 parecer da CONJUR/AGU. Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou se havia prejuízo da não  
724 realização da Mesa Diretora do CNS até aquele momento. A advogada **Alessandra Vanessa**  
725 **Alves** explicou que o parecer analisou exclusivamente a eleição do Presidente do CNS. No  
726 caso da Mesa Diretora do CNS, a eleição podia ser disposta no Regimento Interno do CNS, por  
727 se tratar de matéria relativa à organização dos trabalhos. Conselheira **Maria de Lourdes**  
728 **Rodrigues** perguntou se o CNS estaria regido pelo Regimento Interno até o ajuste e foi  
729 esclarecida que sim. Conselheiro **Volmir Raimondi** explicou que o argumento colocado pela  
730 CONJUR era falho considerando que o Presidente do CNS integra a Mesa Diretora do CNS.  
731 De todo modo, disse que não divergia do consenso colocado. Conselheira **Maria do Socorro**  
732 **de Souza** explicou que, para a assessoria da CONTAG, houve no decreto a intencionalidade  
733 de não definir prazo de mandato da presidência do CNS para que o Pleno do CNS utilizasse da  
734 sua legitimidade para definir toda e qualquer matéria relativa à organização e funcionamento.  
735 Portanto, não caberia ao Executivo definir prazo de mandato para a presidência do CNS.  
736 Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** avaliou que não é necessário rever o Regimento Interno  
737 do CNS, porque o Decreto visa apenas dar posse aos novos conselheiros. **Retorno da mesa.**  
738 A advogada **Alessandra Vanessa Alves** explicou que não havia contradição no fato de o  
739 Presidente compor a Mesa Diretora, porque o Presidente, embora integrante da Mesa Diretora  
740 do CNS, possui a função de representar o CNS que vai além da atividade de organização e  
741 condução dos trabalhos. Destacou que a divergência entre o parecer da CONTAG e o da  
742 CONJUR era mínima e a conclusão semelhante. Na avaliação da CONJUR, havia uma  
743 contradição implícita do Regimento Interno do CNS com o Decreto e não era intenção do  
744 decreto remeter ao Regimento a definição do prazo do mandato. Também colocou que o prazo  
745 do mandato não era uma matéria menos relevante que as atribuições do Presidente porque se  
746 baseava na idéia do princípio democrático e se tratava da escolha do representante do CNS.  
747 Além disso, frisou que o Decreto visava regulamentar a lei e não apenas dar posse aos novos  
748 conselheiros, devendo dispor sobre matérias essenciais ao órgão deixando ao Regimento  
749 Interno questões relativas à organização e funcionamento. **Deliberação: não havendo**  
750 **manifestações contrárias, o relatório da Comissão Paritária do CNS foi acatado, com os**  
751 **devidos encaminhamentos.** Com isso, o Presidente do CNS agradeceu o coordenador da  
752 Comissão Paritária do CNS e à advogada e passou ao item seguinte. **ITEM 4 – AVALIAÇÃO**  
753 **DA MESA DIRETORA, PRESIDÊNCIA E PLENO DO CNS/2010 – Composição da mesa:**  
754 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. **Coordenação:** Conselheiro **Clóvis**  
755 **Adalberto Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**  
756 recuperou que, por deliberação do Pleno, foi pautada avaliação da Mesa Diretora, Presidência  
757 e Pleno do CNS/2010. Para subsidiar o processo, a Mesa Diretora do CNS enviou aos  
758 conselheiros uma planilha das atividades do CNS em 2010. Conselheiro **Francisco Batista**  
759 **Júnior** procedeu à apresentação do material sobre as atividades do CNS em 2010 para dar  
760 subsídio à avaliação. Começou pelas competências da Mesa Diretora do CNS, segundo o  
761 Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde – 2010: I - articular, junto ao Poder  
762 Executivo, as condições necessárias para o pleno funcionamento do CNS, incluindo a  
763 execução do planejamento e o monitoramento das ações; II - promover articulações políticas  
764 com órgãos e instituições, internos e externos, com vistas a garantir a intersetorialidade do  
765 controle social e a articulação com outros conselhos de políticas públicas com o propósito de  
766 cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento da  
767 participação da sociedade na formulação, implementação e no controle das políticas públicas;  
768 e VIII - receber da Secretaria-Executiva do CNS matérias, processos, denúncias, pareceres e  
769 sugestões, inclusive os provenientes dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, para  
770 análise e encaminhamentos cabíveis. Explicou como foi definida a participação do CNS em  
771 eventos, sendo: convites dirigidos ao Presidente: avaliação da agenda do Presidente e  
772 consulta a conselheiros, na impossibilidade de participação do Presidente; convites dirigidos à  
773 Mesa Diretora: definidos em reunião da Mesa Diretora; e convites dirigidos ao Pleno do CNS:  
774 conhecimento do tema por parte do conselheiro, conselheiro que reside próximo ao local do  
775 evento e deliberação de temas no Pleno do CNS. Acrescentou que as indicações do

776 Conselheiro dependiam da disponibilidade para a data do evento, lembrando que os convites,  
777 em sua maioria, chegavam próximo à data do evento, o que dificulta a participação. Em  
778 seguida, mostrou um quadro sobre a atuação da Mesa Diretora em 2010 (evento, data, local,  
779 assunto e participante). A respeito da metodologia de trabalho da Mesa Diretora do CNS,  
780 explicou, no que se refere a demandas gerais, que todos os documentos que chegavam ao  
781 CNS eram repassados para a Secretaria Executiva/CNS. A Secretaria Executiva/CNS  
782 elaborava um relatório e apresentava à Mesa Diretora e esta procedia aos seguintes  
783 encaminhamentos: direcionava documentos remetidos às Comissões e aos GTs; solicitava  
784 esclarecimentos às Secretarias do Ministério da Saúde; apresentava ao Pleno do CNS  
785 demandas de visitas; encaminhava ao DenaSUS solicitações de auditorias; e distribuía  
786 documentos dos Conselhos Municipais de Saúde/Conselhos Estaduais de Saúde/Outros de  
787 acordo com a demanda apresentada. Lembrou a proposta da Mesa Diretora de aprovar uma  
788 resolução que regulamente a forma de apresentação de demandas ao CNS. Disse que, de  
789 janeiro a dezembro de 2010, a Mesa Diretora avaliou 247 processos. Ainda sobre a  
790 metodologia de trabalho, explicou que, para definição das pautas da reunião do CNS, a Mesa  
791 considera solicitações gerais, solicitações do Pleno do CNS, solicitações do Ministério da  
792 Saúde e a planilha com a data da solicitação, tema e solicitante. Disse que das cem de  
793 demandas de pauta do CNS, 77 foram atendidas e 23 não atendidas. Detalhou que os itens  
794 fixos de pauta são: aprovação das Atas do CNS; Comissão Intersetorial de Recursos  
795 Humanos/ CIRH; Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento/COFIN; e Informes e  
796 Indicações. Além das demandas, lembrou que foram pautados itens extras em 2010 e mostrou  
797 um quadro com as pautas realizadas no último ano. A seguir, falou do Presidente do CNS,  
798 começando pelas atribuições, dentre outras: II - representar o CNS em suas relações internas  
799 e externas; III - estabelecer interlocução com órgãos do Ministério da Saúde e demais órgãos  
800 do governo e com instituições públicas ou entidades privadas, com vistas ao cumprimento das  
801 deliberações do CNS; IV - representar o CNS junto ao Ministério Público, quando as atribuições  
802 e deliberações do CNS ou assuntos relativos ao direito à saúde forem desrespeitados ou  
803 ocorrer ameaça de grave lesão à saúde pública, desde que aprovado por, no mínimo, a maioria  
804 qualificada dos seus membros; e IX - delegar atribuições a outros representantes da Mesa  
805 Diretora e demais Conselheiros, sempre que se fizer necessário; dentre outras. Citou quadro  
806 que mostra a sua atuação, na condição de Presidente do CNS em 2010 e outro com a  
807 participação dos conselheiros delegados (evento, data, local, indicação). Na sequência, falou  
808 do Plenário do CNS começando pelas competências: V - criar, coordenar e supervisionar as  
809 Comissões Intersetoriais, Permanentes e outras que julgar necessárias, integradas pelos  
810 ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil e,  
811 também, grupos de trabalho compostos por Conselheiros do CNS; X - incrementar e  
812 aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, o Ministério Público, o  
813 Judiciário, o Congresso Nacional e a mídia, bem como com setores relevantes não  
814 representados no Conselho; e XI - definir ações de integração com outros conselhos setoriais  
815 com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o  
816 fortalecimento do sistema de participação e controle social. Destacou que, dentre outras  
817 questões, são atribuições dos conselheiros representar o CNS perante as instâncias e fóruns  
818 da sociedade e do governo quando for designado pelo Plenário. Também apresentou um  
819 quadro que demonstra a participação expressiva dos conselheiros representando o CNS, por  
820 deliberação do Pleno. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,  
821 explicou que, se não fossem os itens extra pauta, as demandas pendentes teriam sido  
822 esgotadas. Conselheiro **Volmir Raimondi**, da Mesa Diretora do CNS, acrescentou que a Mesa  
823 tentou definir pautas mais concisas e trabalhou focando-se nas demandas gerais e não por  
824 segmento. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS, destacou o esforço da  
825 Mesa Diretora para pautar dois no Plenário do CNS: readequação das Comissões e mudança  
826 do Regimento Interno do CNS; e reformulação da Resolução nº. 333. Conselheira **Ruth**  
827 **Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS, falou da boa relação dos integrantes da Mesa  
828 Diretora do CNS e destacou o cuidado dos integrantes em chegar a consenso sobre os  
829 encaminhamentos a serem apresentados ao Pleno. Nessa linha, ressaltou que é preciso  
830 preservar o caráter colegiado da Mesa Diretora do CNS. **Manifestações**. Conselheiro **José**  
831 **Marcos de Oliveira** perguntou qual seria a metodologia de avaliação da Mesa Diretora e quais  
832 os indicadores para avaliar o impacto das ações na ponta (políticas internas e externas ao  
833 CNS). Defendeu uma análise do impacto político das atividades da Mesa Diretora e do Pleno  
834 do CNS, verificando como as pautas se materializam na melhoria da qualidade da assistência  
835 ao usuário. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que a metodologia inicial de avaliação era o

836 cumprimento do Regimento Interno do CNS, podendo ser adicionados outros critérios.  
837 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** colocou o entendimento de que as resoluções do  
838 CNS eram o indicador de atuação do CNS, portanto, o Plenário precisava refletir sobre o fato  
839 de, em 2010, terem sido aprovadas duas resoluções, uma de convocação da Conferência de  
840 Saúde Mental e outra reformulando o Regimento Interno do CNS. Frisou que o Plenário devia  
841 focar-se no entendimento do que é o CNS, enquanto órgão colegiado para definir com mais  
842 clareza o papel da Mesa Diretora e da presidência do CNS. Conselheira **Maria do Socorro de**  
843 **Souza** sugeriu que o Plenário se manifestasse sobre o foco central da avaliação. No seu  
844 entendimento, deveria focar-se na projeção para superar as dificuldades de cunho político.  
845 Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** concordou a necessidade de definir uma  
846 metodologia para avaliação e considerar outros elementos, além de dados numéricos, para  
847 torná-la mais efetiva. Como sugestão, apresentou a proposta de construir indicador de  
848 efetividade para avaliar o CNS, a exemplo do que foi feito no Conselho Estadual de São Paulo.  
849 Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que estava à disposição dos conselheiros no mural do  
850 CNS uma planilha com as resoluções do CNS, o que poderia servir de subsídio para o debate.  
851 Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** ressaltou que a avaliação devia considerar a Agenda  
852 Política do CNS e outros elementos para definir estratégias de enfrentamento dos pontos  
853 colocados neste documento do Conselho. Destacou a terceirização, no seu ponto de vista o  
854 ponto nevrágico da agenda, para salientar a importância de tomar conhecimento dessa  
855 realidade para apresentar proposições para resolvê-la. Conselheiro **José Wilton da Silva**, para  
856 subsidiar a avaliação, destacou que era preciso fazer levantamento das demandas atendidas e  
857 não atendidas, no que se avançou e não se avançou (por que?) e definir metas cujo  
858 cumprimento seria analisado no final do ano. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que outra  
859 etapa do processo seria a avaliação das ações do planejamento do CNS. Conselheiro **Manuel**  
860 **Messias Nascimento** destacou que era preciso analisar o quanto o Pleno do CNS acompanha  
861 os temas prioritários definidos para modificar a realidade. Ressaltou que a demanda não cabia  
862 na pauta do CNS, o que, algumas vezes, prejudicava os debates. Em sua avaliação, o Plenário  
863 deve refletir sobre o que é planejamento estratégico do CNS, visto que essa não era a  
864 estratégia mais viável porque o Conselho era o comando de várias estratégias. Conselheiro  
865 **Volmir Raimondi** destacou o seu anseio de ouvir uma avaliação da atuação da Mesa Diretora  
866 e da presidência do CNS e a influência no resultado efetivo do colegiado do Conselho.  
867 Lembrou que a Mesa Diretora do CNS tem um papel definido e, nesse sentido, perguntou se a  
868 Mesa ultrapassou o limite definido pelo Pleno do CNS. Discordou do entendimento de que a  
869 atuação do CNS mede-se pela quantidade de resoluções aprovadas. Conselheira **Jurema**  
870 **Werneck** disse saber que, em certa medida, o impacto das ações do Pleno, da Mesa Diretora  
871 e da presidência do CNS não vinha tendo o resultado esperado. De todo modo, ressaltou que  
872 era preciso considerar que o CNS passou o mandato anterior e o atual buscando reafirmar  
873 princípios constitucionais e que existia uma dinâmica operacional que interferia nas ações do  
874 CNS e da Mesa Diretora. Também enfatizou que a avaliação era um processo que implicava  
875 na definição de indicadores de avaliação e monitoramento que demandam revisão permanente.  
876 Por fim, colocou que a agenda política pode ser acrescida de nuances para expressar as  
877 demandas da sociedade. Conselheiro **Clóvis Boufleur** recuperou que a avaliação feita  
878 naquele momento era desdobramento do processo eleitoral do CNS. Conselheiro **Luiz**  
879 **Augusto Facchini** frisou que as contradições existiam e eram necessárias, mas o CNS tinha  
880 condições de formular consensos buscando melhor caminho para o SUS e a sociedade.  
881 Avaliou que é possível pensar em um processo de trabalho focado nas responsabilidades  
882 políticas do CNS, em especial na agenda do Conselho, que deve ser o eixo central da atuação  
883 do Conselho. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que a Mesa Diretora do CNS acompanhou  
884 o desdobramento da Agenda Política do CNS, mas um percentual das propostas dependia do  
885 Congresso Nacional. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** defendeu uma avaliação  
886 permanente e qualitativa (e não apenas quantitativa) da atuação da Mesa Diretora. Também  
887 sugeriu, em um segundo momento, a reformulação da Agenda Política do CNS e a definição de  
888 formas cotidianas de avaliação. Conselheiro **José Carrijo Brom** fez a defesa de uma avaliação  
889 política e do todo para corrigir rumos, se fosse o caso. Disse que no processo de planejamento  
890 devia-se definir instrumento de avaliação permanente das ações do CNS. Ressaltou que os  
891 conselheiros nacionais e a Mesa Diretora atuaram de forma importante e contribuíram nas  
892 agendas do país no que se refere à saúde. Em sua visão, era preciso avaliar as repercussões  
893 políticas das ações da Mesa Diretora e da Presidência do CNS. Conselheira **Ana Cristhina**  
894 **Brasil** pontuou três aspectos a serem considerados na avaliação: cumprimento das atribuições  
895 da Mesa Diretora, da Presidência e do Plenário do CNS (aspectos regimentais); funcionamento

(operacionalização, metodologia, estratégias – como melhorar para funcionar mais e melhor); e resolutividade e eficiência das ações. Fez questão de chamar a atenção para a capilaridade e articulação do CNS com instituições (MP, TCU, DENASUS...), o que representou um avanço. Concordou que a avaliação é um processo e são necessários critérios definidos para norteá-la. No que se refere à representatividade, destacou a presença do CNS em diversos eventos, mas defendeu a necessidade de um retorno ao CNS sobre a participação em eventos. Por fim, disse que é preciso considerar na avaliação o cenário e a conjuntura. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apelou ao CNS que não transforme as diferentes concepções em crise, que pode servir a interesse de grupos. Frisou que era preciso apresentar produtos (ações) inclusive para servir de base para esse momento de avaliação política do CNS. Defendeu que o CNS trabalhe na lógica de avaliar as ações – o quanto se avançou e o quanto se deve redefinir para avançar ainda mais. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que os fóruns de usuários e de trabalhadores da saúde deveriam fazer avaliação interna das contribuições da Mesa Diretora e da presidência e do retorno às demandas. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** defendeu a elaboração de um planejamento estratégico para o CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que o exercício da democracia avaliativa exigia, dentre outras questões, um permanente processo de avaliação e, no caso do CNS, avaliar para corrigir rumos e avançar. Colocou o entendimento de que o documento apresentado possibilitava a análise do cumprimento das disposições do Regimento Interno do CNS. Disse que as pautas demonstram o quanto o CNS debateu e avançou nos aspectos da sua governabilidade, mas reconheceu que era preciso avaliar a repercussão para o Sistema e a população. No que se refere aos resultados concretos junto à população, destacou que o CNS era referência para o país; e, no que se refere ao Sistema, o CNS realizou várias atividades e promoveu debates de assuntos importantes, mas que fugiam da sua governabilidade. A respeito da Agenda Política do CNS, destacou que era consenso, mas não foi possível avançar e havia movimentos do governo que ia de encontro à proposta. Colocou que o maior desafio do CNS era enfrentar as questões que não estão ocorrendo ou ocorrendo de forma diversa e a expectativa era que se pudesse avançar com a nova gestão do Ministério da Saúde. Conselheiro **Geraldo Vasconcelos** registrou que o CNS teve avanços – mais funcionários, mais equipamentos, solução de problemas internos (emissão de passagens, por exemplo) e destacou a importância da Mesa Diretora do CNS. Ressaltou que os conselheiros deviam fazer uma auto-avaliação acerca do compromisso com o SUS. Manifestou o anseio pela ajuda do Ministro da Saúde para que a Agenda Política do CNS fosse colocada em prática. Conselheira **Marisa Fúria Silva** defendeu que o CNS interfira de forma mais incisiva nas ações de saúde que não estavam ocorrendo. Conselheiro **Ubiratan Cassano**, no que se refere à definição das pautas do CNS, sugeriu que a Mesa Diretora do CNS disponibilize aos conselheiros uma pré-pauta, para possibilitar contribuições como a indicação de convidados. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** considerou que era preciso pensar outros processos avaliativos levando-se em conta a responsabilidade e o papel do CNS, porque as avaliações realizadas até aquele momento eram atreladas ao planejamento, prevalecendo necessidade de planejar que avaliar e, naquele momento, a avaliação foi realizada como mecanismo de reestabelecimento da ordem política. Avaliou que o Plenário devia considerar a possibilidade de dar a Mesa Diretora uma prerrogativa política e ampliar a agenda política do CNS, que definiu a condução política do CNS. Falou do esforço da Mesa Diretora e da presidência do CNS em estabelecer diálogos com o Executivo e das dificuldades desse processo e, de outro lado, destacou os resultados positivos na relação com o Legislativo, MP. Também reiterou a necessidade de avançar na relação com outros conselhos e com a plenária de conselhos, que, na sua visão, avançou mais na relação com o Presidente. Acrescentou que a agenda do CNS possibilitou aos movimentos sociais a organizar as suas pautas e orientar as estratégias. Relatou que a CONTAG teve dificuldades de participar da Mesa, por conta da expectativa em relação à Mesa de debater os gargalos que dificultam o acesso e atendimento das populações rurais no SUS e da complexidade das pautas. Também disse que é importante discutir se a representação na Mesa se daria pelos conselheiros ou pelas entidades e destacou como positiva a posição do CNS diante da situação de estados como BA, DF, RS. Conselheiro **Luiz Anibal Machado** falou do reconhecimento dos conselhos municipais e estaduais pelo CNS, órgão máximo de deliberação do SUS, que define diretrizes a serem seguidas. Contudo, reconheceu que o CNS deve aproximar-se ainda mais dos conselhos estaduais e municipais com capacitações, formações... Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** destacou que as intervenções refletiam o dilema vivenciado no SUS como a divergência de defender um Sistema que não se usa cotidianamente. Também falou do dilema de organizar um sistema de saúde único em um país

federativo e perguntou como garantir a coerência interna do que se discute em nível federal e o sistema como um todo, nos seus diferentes níveis de complexidade. Identificou nas falas que parte das questões enfrentadas referia-se à ausência do Ministro da Saúde no CNS, portanto, a decisão do Ministro Padilha de participar do CNS fortalecia esse órgão colegiado e acenava para outro caminho. Por fim, colocou a SGEP à disposição para apoiar a realização do planejamento estratégico do CNS. Conselheiro **Jurandi Frutuoso**, inicialmente, cumprimentou os conselheiros pela coragem de se autoavaliar e identificou uma crise instalada do controle social. Pontuou que as fragmentações das posições do controle social se refletiam no relatório da 13<sup>a</sup> CNS, com 800 deliberações. Reconheceu o trabalho árduo do Plenário, da Mesa Diretora e da presidência e destacou que o CNS é referência nacional. Por fim, considerou que a 14<sup>a</sup> CNS é o momento de corrigir rumos e fortalecer o CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** dialogou com aspectos colocados nas falas, destacando, inicialmente, que a Mesa Diretora possui um componente fundamentalmente político, pois as decisões norteiam-se pela conotação política. Também avaliou que o método de trabalho do Plenário e do Mesa Diretora é o Regimento Interno do CNS. No mais, destacou que os integrantes da Mesa Diretora devem cumprir as deliberações do CNS e não se ocupar de debate de temas de interesse particular das entidades. Colocou ainda que os conselheiros nacionais de saúde têm um débito com a Plenária de Conselhos e é preciso estreitar a relação do CNS com esse espaço. Por fim, destacou a participação do CNS na realização de três conferências – meio ambiente, saúde mental e mundial de sistemas universais desegurança social e a realização do seminário de atenção primária e privado x público. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** sintetizou os encaminhamentos gerais das intervenções dos conselheiros: 1) definir metodologia de avaliação com indicadores de efetividade – avaliação cada vez mais política e periódica. A esse respeito, explicou que, na última avaliação do CNS, o Plenário decidiu apresentar um quadro de resoluções, como foi feito, mas nesse momento, a alternativa mostrasse insuficiente como indicador de avaliação. Em sendo consenso, era preciso trabalhar na definição de outros indicadores. 2) disponibilizar a minuta de pauta das reuniões do CNS com antecedência aos conselheiros para conhecimento e para contribuições, por exemplo, na indicação de convidados. Nesse caso, lembrou que, nos termos do Regimento Interno do CNS, a pauta devia chegar aos conselheiros com sete dias de antecedência da reunião. 3) avaliar a agenda política do CNS na lógica de aperfeiçoá-la visando melhorar a eficácia. 4) buscar ferramentas mais incisivas de fiscalização. Em relação ao terceiro encaminhamento, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** clarificou que a Agenda Política do CNS contemplava o conjunto de diretrizes para fortalecer o SUS, mas outras demandas poderiam ser incluídas nos itens da Agenda. Conselheiro **Alcides de Miranda** retomou a proposição de envidar esforços para investimento visando realizar levantamento de dados e diagnósticos acerca dos itens da Agenda Política do CNS, para subsidiar as intervenções do CNS. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** ponderou sobre a possibilidade de debater no planejamento a Agenda Política do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que o planejamento do CNS, aprovado para três anos, contemplava a Agenda Política do CNS e outras demandas do Pleno. Recuperou que a avaliação desse planejamento foi marcada para o mês de fevereiro e, nessa oportunidade, sugeriu que o CNS discutisse novas formas de atuação. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** colocou que o planejamento era um momento de reflexão onde questões afins poderiam ser debatidas. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, esclareceu que, em março de 2010, foi aprovado planejamento do CNS para o período de 2010 a 2012 e no mês de fevereiro de 2011 seria pautada avaliação das ações de 2010 e redefinição de rumos para 2011 e 2012, se fosse o caso. Desse modo, disse que era possível realizar um momento de avaliação do planejamento de 2010-2012, após o mês de março de 2011, quando seria liberado o orçamento total do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** concordou que era preciso um momento para avaliar o planejamento do CNS 2010-2012 e redefinir ações, se necessário. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que foi feito empenho para impressão de 20 mil exemplares da Agenda Política do CNS, portanto, qualquer alteração deveria ser definida naquele momento para que pudesse sustar o processo de reprodução. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que a Agenda Política do CNS era produto de debate com os Estados, com ampla divulgação, logo, não se devia discutir a alteração. Conselheiro **Volmir Raimondi** acrescentou aos encaminhamentos: no caso de representação, oficializar um mecanismo de retorno ao Plenário do CNS, com formato padrão. Disse que a intenção era sistematizar os relatórios para apresentar ao Plenário do CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que, nos termos do Regimento Interno do CNS, relatórios das atividades deveriam ser encaminhados à

1016 Mesa Diretora e estes poderiam ser incluídos como um dos indicadores de participação.  
1017 Também sugeriu discutir posteriormente o formato padrão do relatório. Não havendo  
1018 manifestações contrárias, foram aprovados os encaminhamentos: 1) definir metodologia  
1019 de avaliação com indicadores de efetividade – avaliação cada vez mais política e  
1020 periódica; 2) disponibilizar a minuta de pauta das reuniões do CNS com antecedência  
1021 aos conselheiros para conhecimento e para contribuições, por exemplo, na indicação de  
1022 convidados; 3) avaliar a agenda política do CNS na lógica de aperfeiçoá-la visando  
1023 melhorar a eficácia. 4) buscar ferramentas de fiscalização mais incisivas para o CNS; e 5)  
1024 definir formato padrão de relatório a ser apresentado, no caso de representação do CNS  
1025 em evento externo (a intenção é sistematizar os relatórios para apresentar ao Plenário do  
1026 CNS). Com esses encaminhamentos, a mesa passou a condução dos trabalhos à comissão  
1027 paritária do CNS para os encaminhamentos do processo eleitoral. **ITEM 5 –**  
1028 **ENCAMINHAMENTO DO PROCESSO ELEITORAL** – *Composição da mesa:* Conselheiro  
1029 **Geraldo Adão dos Santos**, membro da Comissão Paritária do CNS; Conselheiro **José Eri de**  
1030 **Medeiros**, membro da Comissão Paritária do CNS; e Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira**  
1031 **Brasil**, membro da Comissão Paritária do CNS. *Coordenação:* Conselheiro **Francisco Batista**  
1032 **Júnior**, Presidente do CNS. Composta a mesa, conselheiro **Francisco Batista Júnior**,  
1033 Presidente do CNS, colocou em votação a proposta de realizar eleição da Mesa Diretora e  
1034 Presidência do CNS no mês de fevereiro de 2011. **Deliberação:** aprovada a realização do  
1035 **processo eleitoral do CNS no mês de fevereiro de 2011, com a abstenção do Conselheiro**  
1036 **Francisco Batista Júnior.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** declarou que esse processo  
1037 tem sido difícil e que discordava da forma como os movimentos ocorreram. Disse que, ao  
1038 receber manifestações de apoio à sua candidatura, manifestou-se no sentido de que o CNS  
1039 devia nortear-se pela maturidade política e não permitir que o legítimo processo de disputa  
1040 interna exacerbasse os limites do processo político civilizado. Contudo, na sua avaliação os  
1041 limites foram extrapolados. Explicou que, após debate interno, o segmento dos trabalhadores  
1042 decidiu não apresentar candidato para o processo eleitoral e apoiar a candidatura do segmento  
1043 dos usuários. Por fim, agradeceu o apoio à sua candidatura, mas declarou que não concorreria  
1044 à reeleição. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou o Presidente do CNS pela  
1045 decisão e perguntou os próximos encaminhamentos para realização do processo eleitoral.  
1046 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que o processo eleitoral ocorrerá na próxima  
1047 reunião, de acordo com o Regimento Interno do CNS. Conselheira **Maria de Lourdes**  
1048 **Rodrigues** avaliou que o CNS saiu amadurecido desse processo político e cumprimentou o  
1049 Presidente do CNS. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** agradeceu a confiança e encerrou os  
1050 trabalhos da Comissão Paritária do CNS. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**  
1051 aproveitou para declarar a contribuição do Presidente do CNS para o crescimento do  
1052 Conselho. Com essa fala, a mesa encerrou os trabalhos do primeiro dia. Estiveram presentes:  
1053 **Titulares:** Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Alexandre Rocha Santos  
1054 Padilha, Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Clóvis A. Boufleur,  
1055 Edmundo Dzuawi Omore, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério,  
1056 Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Geraldo Alves Vasconcelos, Helvécio  
1057 Magalhães Júnior, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida  
1058 Venâncio, José Carrijo Brom, José Cechin, José Marcos de Oliveira, José Rubens  
1059 Rebelatto, José Wilson de Souza Gonçalves, Jurema Pinto Werneck, Lérida Maria S.  
1060 Vieira, Luiz Odorico M. de Andrade, Manoel Messias Nascimento Melo, Maria Cristina  
1061 Pedro, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos,  
1062 Maria Thereza Almeida Antunes, Marisa Fúria Silva, Olympio Távora Derze Correa, Paulo  
1063 Guilherme Romano, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sandra Regis, Solange Aparecida Caetano,  
1064 Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi e Wilen Heil e Silva. **Suplentes:** Ana Cristhina  
1065 de Oliveira Brasil, Ana Maria R. Silva, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Conceição  
1066 Aparecida Accetturi, Dulce Helena Chiaverini, Eliane Aparecida da Cruz, Elias Nasrala  
1067 Neto, Eurídice Ferreira de Almeida, Flávia de Oliveira B. Brasileiro, Gilson Silva, Graciara  
1068 Matos de Azevedo, José Wilton da Silva, José Eri Medeiros, José Luiz Spigolon, José  
1069 Naum de Mesquita Chagas, Juares Pires de Souza, Júlio A. Gevaerd, Jurandi Frutuoso  
1070 Silva, Laudeci Vieira dos Santos, Luís Carlos Bolzan, Luiz Aníbal Vieira Machado, Luiz  
1071 Augusto Facchini, Luiz Alberto Catanoce, Maria do Socorro de Souza, Maria Ermínia  
1072 Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Nadir Francisco do Amaral, Nelson A. Mussolini,  
1073 Noemy Yamaghishi Tomita, Paulo César Augusto de Souza, Pedro Tourinho de Siqueira,  
1074 Renato de Jesus Padilha, Ronald Ferreira dos Santos, Rildo Mendes e Sérgio Custódio  
1075 Vieira. Iniciando, a Secretaria-Executiva do CNS retomou os itens pendentes da reunião.

1076 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** lembrou que, em 2009, o Pleno aprovou a constituição  
1077 de um GT para adequar a recomendação do CNS sobre a resposta do Brasil para tuberculose,  
1078 mas o Grupo não conseguiu iniciar os trabalhos. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela**  
1079 **Fernandes Camapum**, lembrou que os GTs irão reunir-se a partir de março de 2011, posto  
1080 que no momento o CNS dispõe de apenas 1/12 do orçamento. Conselheiro **José Marcos de**  
1081 **Oliveira** solicitou a autorização do Pleno para iniciar os trabalhos do GT, independente de  
1082 orçamento, para que finalize os seus trabalhos até 24 de março, dia de combate à tuberculose.  
1083 Destacou que, caso fosse necessária reunião presencial, buscaria financiamento do Programa  
1084 de Tuberculose. **Deliberação: aprovada a convocação do GT Tuberculose para reunião no**  
1085 **mês de fevereiro de 2011.** Conselheira **Fernanda Magano** recuperou que é preciso compor o  
1086 GT de Saúde Prisional e solicitar à área técnica do MS a legislação específica de saúde  
1087 prisional. A Secretária-Executiva do CNS disse que retomaria a questão do GT de Saúde  
1088 Prisional no período da tarde. Também consultou se o GT composto por Jurandi Frutuoso,  
1089 Graciara Matos de Azevedo, José Marcos de Oliveira e Ruth Ribeiro Bittencourt poderia reunir-  
1090 se para uma pré-indicação de um médico (ainda não se afastou) e um biólogo para a CONEP.  
1091 **Acordou-se que o GT se reuniria e retornaria com os nomes no período da tarde.**  
1092 Segundo, a Secretária-Executiva do CNS submeteu à apreciação do Pleno o calendário de  
1093 reuniões ordinárias 2011 do CNS: 218<sup>a</sup> RO: 16 e 17 de fevereiro; 219<sup>a</sup> RO: 16 e 17 de março;  
1094 220<sup>a</sup> RO: 06 e 07 de abril; 221<sup>a</sup> RO: 11 e 12 de maio; 222<sup>a</sup> RO: 08 e 09 de junho; 223<sup>a</sup> RO: 06  
1095 e 07 de julho; 224<sup>a</sup> RO: 10 e 11 de agosto; 225<sup>a</sup> RO: 14 e 15 de setembro; 226<sup>a</sup> RO: 05 e 06 de  
1096 outubro; 227<sup>a</sup> RO: 09 e 10 de novembro; 228<sup>a</sup> RO: 07 e 08 de dezembro. **Deliberação:**  
1097 **aprovado o calendário de reuniões 2011 do CNS. RESOLUÇÃO Nº 434, DE 10 DE JUNHO**  
1098 **DE 2010** – aprova o Relatório Anual de Gestão 2008 do Ministério da Saúde com as ressalvas  
1099 e recomendações contidas no Parecer da COFIN/CNS de 12 de abril de 2010. A Secretária-  
1100 Executiva do CNS informou que a Resolução foi assinada pelo Ministro e publicada no site do  
1101 CNS. Na sequência, fez os seguintes informes: **1)** Resposta à Recomendação 014 do CNS -  
1102 Portaria nº. 3.841, de 7 de dezembro de 2010 – autoriza aos Superintendentes Estaduais da  
1103 Fundação Nacional de Saúde e Chefes dos Distritos Especiais de Saúde Indígena, perante às  
1104 Superintendências Estaduais da Fundação Nacional de Saúde a praticar atos relativos à saúde  
1105 indígena, visando garantir o processo de transição da gestão e atenção à saúde indígena da  
1106 Fundação Nacional de Saúde – FUNASA para a Secretaria Especial de Saúde Indígena –  
1107 SESAI. **2)** Portaria Conjunta nº. 1/2010, publicada no Diário Oficial da União, no dia 17 de  
1108 dezembro de 2010, convocou a VIII Conferência Nacional de Assistência Social, de 7 a 10 de  
1109 dezembro de 2011. **3)** O CES/RS manifestou posicionamento contrário à criação de Fundação  
1110 Pública de Direito Privado no município de Porto Alegre. **4)** O CNAS envia cópia da Resolução  
1111 nº. 39, de 9 de dezembro de 2010, que dispõe sobre o processo de reordenamento dos  
1112 Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de  
1113 Saúde. Conselheiro **Volmir Raimondi**, representante do CNS no GT que debateu o tema, fez  
1114 breve informe a esse respeito. O Pleno decidiu disponibilizar cópia da Resolução no site do  
1115 CNS. **5)** Solenidade de Anúncio de Medicamentos Gratuitos para Hipertensão e Diabetes do  
1116 Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular. Data: 3 de fevereiro de  
1117 2011. Local: Palácio do Planalto. Hora: 11h (a confirmar). **6)** Relatório Final da IV Conferência  
1118 Nacional de Saúde Mental Intersetorial - está disponível no site do CNS e do MS. **ITEM 6 –**  
1119 **COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14<sup>a</sup> CNS – Composição da mesa:** **Clóvis Adalberto**  
1120 **Boufleur**, Mesa Diretora do CNS e Comissão Organizadora da 14<sup>a</sup> CNS; Conselheira **Maria**  
1121 **Thereza Antunes**, Comissão Organizadora da 14<sup>a</sup> CNS; e **Rozângela Fernandes Campum**,  
1122 Secretária-Executiva do CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que a Comissão  
1123 Organizadora rediscutiu os eixos temáticos da 14<sup>a</sup> CNS, considerando inclusive as  
1124 ponderações do Ministro da Saúde e elaborou nova proposta de eixo temático, mantendo o  
1125 tema e propôs alteração da data da etapa municipal. Detalhou a proposta que é a seguinte: 1)  
1126 Eixo - Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS: Política de saúde na  
1127 segurança social; Participação da comunidade e controle social; Gestão do SUS  
1128 (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do  
1129 Trabalho e da Educação em Saúde). Questões orientadoras: texto com questões orientadoras  
1130 sobre o temário da 14<sup>a</sup> Conferência para debate municipal, estadual e nacional. a) Subsídios  
1131 para a construção do texto: relatório das duas últimas Conferências Nacionais. b) Objetivo:  
1132 elaboração de diretrizes com ações estratégicas prioritárias para município, estado e União. 2)  
1133 Etapas: Etapa municipal – 1º de abril a 15 de julho de 2011; Etapa estadual – 16 de julho a 31  
1134 de outubro de 2011; e Etapa nacional – 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011.  
1135 **Manifestações.** Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu que no item “Política de

1136 saúde na seguridade social" fosse incluído "integralidade, equidade e universalidade".  
1137 Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que um grupo deverá reunir-se para elaborar um texto  
1138 de orientação sucinto e essa proposta será discutida nesse momento. **Deliberação: o Plenário**  
1139 **reafirmou o tema da 14ª CNS "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política**  
1140 **Pública, patrimônio do Povo Brasileiro"; e aprovou, por unanimidade: 1) a redefinição do**  
1141 **eixo da 14ª CNS: "Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS: Política**  
1142 **de saúde na seguridade social; Participação da comunidade e controle social; Gestão do**  
1143 **SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema,**  
1144 **do Trabalho e da Educação em Saúde")"; 2) a elaboração de um texto com questões**  
1145 **orientadoras sobre o temário da 14ª Conferência para debate municipal, estadual e**  
1146 **nacional. Os subsídios para a construção do texto são os relatórios das duas últimas**  
1147 **Conferências Nacionais e o objetivo é elaborar diretrizes com ações estratégicas**  
1148 **prioritárias para o município, o estado e a União; e 3) a redefinição da data da etapa**  
1149 **municipal, sendo o calendário: Etapa municipal – 01 de abril a 15 de julho de 2011; Etapa**  
1150 **estadual – 16 de julho a 31 de outubro de 2011; e Etapa nacional – 30 de novembro a 04**  
1151 **de dezembro de 2011.** Além disso, acordou-se que a Comissão Organizadora indicará os  
1152 nomes para compor os GTs de elaboração do texto de subsídio e o Regimento Interno do CNS.  
1153 Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o CNS deveria definir o encaminhamento acerca  
1154 dos municípios que definiram a data da Conferência com base no calendário anterior.  
1155 Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** destacou que é preciso separar conferência municipal  
1156 de saúde e etapa municipal da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Explicou que, a partir da  
1157 publicação do decreto de convocação da 14ª CNS, os municípios realizarão a etapa municipal  
1158 da conferência nacional. Disse que tratou dessa questão com o presidente do CONASEMS e  
1159 foi informado que não há problema a esse respeito. A conselheira estadual, **Maria Inês**,  
1160 explicou que conselhos municipais de saúde deveriam ter realizado as conferências em 2010 e  
1161 o processo eleitoral foi adiado para início de 2011. Portanto, disse que os municípios não têm  
1162 condições de realizar plenárias e conferências em abril e maio de 2011. Conselheira **Maria de**  
1163 **Lourdes Rodrigues** sugeriu o envio de um comunicado do CNS aos CES e CMS com as  
1164 novas orientações acerca da 14ª CNS e enfatizou a necessidade de publicar o decreto de  
1165 convocação da 14ª CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,  
1166 avaliou que não haverá problemas, porque os municípios aguardam a definição dessa reunião  
1167 para dar encaminhamento ao processo da 14ª CNS. Enfatizou a necessidade de compor os  
1168 GTs para elaborar o texto orientador e o Regimento Interno da CNS para que as conferências  
1169 municipais se iniciem com essas orientações. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**  
1170 sugeriu o envio de carta aos municípios comunicando e justificando as modificações acerca da  
1171 14ª CNS. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** informou que, em sendo aprovada a proposta  
1172 de redefinição acerca da 14ª CNS, o Ministro da Saúde encaminharia a resolução do CNS  
1173 naquele dia à Casa Civil e o decreto possivelmente seria publicado na semana seguinte. Além  
1174 disso, disse que os recursos repassados a municípios e estados da Política do Participa SUS  
1175 para apoiar a mobilização social e fortalecer o controle social poderiam ser utilizado na  
1176 realização das conferências. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, considerando a  
1177 importância de mobilizar a sociedade para a 14ª CNS, sugeriu a assinatura simbólica do  
1178 decreto de convocação, pela Presidenta Dilma Rousseff e o pronunciamento do Ministro da  
1179 Saúde convocando a sociedade para a 14ª. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, na linha do que foi  
1180 sugerido pelo Conselheiro Ronald, disse que era preciso dar encaminhamento à proposta de  
1181 metodologia, aprovada em dezembro de 2010, que contempla as sugestões de mobilização.  
1182 Conselheira **Fernanda Magano** solicitou maior atenção ao município de São Paulo para evitar  
1183 eventuais problemas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que a proposta do  
1184 conselheiro Ronald dos Santos, entre outras, já está sendo encaminhada pela Comissão  
1185 Organizadora da 14ª. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, a respeito da situação de  
1186 São Paulo, falou da sugestão de solicitar item na pauta da próxima reunião do CMS/SP para  
1187 tratar da 14ª e se colocar à disposição para contribuir no processo. Conselheiro **Clóvis**  
1188 **Boufleur** destacou que os conselheiros nacionais de saúde residentes em São Paulo poderão  
1189 contribuir na solução de eventuais problemas. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** explicou  
1190 que estão previstas atividades do Ministro da Saúde em São Paulo e é possível tratar dessa  
1191 questão. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** destacou que o CNS deve solicitar  
1192 esclarecimentos sobre os encaminhamentos acerca da denúncia sobre o Estado de São Paulo  
1193 que chegou ao CNS e, em seguida, definir estratégias de mobilização. Também solicitou  
1194 espaço para apresentar uma moção sobre saúde suplementar. **Deliberação: o Plenário**  
1195 **aprovou ofício circular do CNS aos CES e CMS informando as redefinições acerca da 14ª**

1196 **CNS. ITEM 7 – SITUAÇÃO EMERGENCIAL DA BACTÉRIA KPC E DA DENGUE NO BRASIL**  
1197 – Composição da mesa: **Jarbas Barbosa**, Secretário de Vigilância em Saúde;  
1198 **Giovanini Coelho**, Coordenador do Programa da Dengue; e **Heder Murari Borba**, Gerente  
1199 Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES/ANVISA. Coordenação: Conselheira  
1200 **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro expositor foi o Gerente Geral de  
1201 Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES/ANVISA, **Heder Murari Borba**, que tratou do  
1202 desafio dos microrganismos multiresistentes, especificamente, Klebsiella pneumoniae  
1203 carbapenemase (KPC). Iniciou explicando que os patógenos associados com a maioria das  
1204 infecções relacionadas aos serviços de saúde são: Enterococcus faecium, Staphylococcus  
1205 aureus, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumanii, Pseudomonas aeruginosa e  
1206 Enterobacter species. Disse que as bactérias multiresistentes produzem uma enzima que  
1207 impede a ação dos antibióticos carbapenêmicos, de última geração, de alto custo e  
1208 empregados em pacientes de alta gravidade (Imipenem, Meropenem, Ertapenem e  
1209 Doripenem). Detalhou, em síntese, como se dá o processo: cepas resistentes raras; exposição  
1210 ao antibiótico; seleção natural das cepas resistentes que se tornam dominantes. Disse que a  
1211 Klebsiella pneumoniae carbapenemase (KPC) é uma enzima produzida por bactérias Gram-  
1212 negativas, que confere resistência aos antimicrobianos carbapenêmicos (meropenen,  
1213 ertapenem, imipenem), além de inativar algumas classes de antimicrobianos, como por exemplo,  
1214 penicilinas, cefalosporinas e monobactâmicos. Além da Klebsiella pneumoniae, que foi  
1215 primeiramente descrita, o KPC pode ser identificado em outras bactérias, como por exemplo, K.  
1216 pneumoniae, Enterobacter cloacae, Citrobacter freundii, Salmonella spp., E. coli; Pseudomonas  
1217 spp. Disse que, além do Brasil, o KPC surgiu na Colômbia, USA, entre outros. Segundo ele, as  
1218 bactérias, entre os organismos vivos, são as que mais têm condições de adaptar-se a  
1219 natureza. Portanto, o KPC surgiu de um processo natural de seleção natural dos  
1220 microorganismos. Detalhou outros fatores que contribuem para o surgimento: o uso  
1221 indiscriminado de antibióticos que favorecem o surgimento da resistência por pressão seletiva  
1222 natural sofrida pelos patógenos da microbiota normal expostos a múltiplos antibióticos; a  
1223 melhoria do suporte avançado de vida em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), incluindo  
1224 procedimentos invasivos, que elevam a sobrevida; ausência de protocolos e rotinas bem  
1225 definidas de trabalho com medicamentos e medidas de prevenção e controle de infecção  
1226 hospitalar; deficiência de suporte laboratorial na identificação de processos infecciosos (uso de  
1227 terapia empírica); prolongamento do tempo de internação, que eleva o risco de contrair  
1228 infecções; e a deficiência na formação dos profissionais de saúde no tema controle de infecção  
1229 hospitalar e uso racional de antimicrobianos. Explicou que nos serviços de saúde as bactérias  
1230 multiresistentes são transmitidas por transferência horizontal através das mãos (paciente  
1231 colonizado/infectado ou superfície contaminada); transferência de uma instituição de saúde  
1232 para outra; seleção de bactérias resistentes por pressão seletiva ao uso de antibióticos;  
1233 transferência de genes de resistência (de uma bactéria para outra); e transmitidos também  
1234 através de instrumental médico/hospitalar como o estetoscópio. Ressaltou que a maior  
1235 preocupação é com a capacidade de resistência migrar das bactérias hospitalares para as que  
1236 estão na comunidade. Disse que estão mais expostos as pessoas hospitalizadas,  
1237 principalmente em Unidades de Terapia Intensiva; pacientes com baixa imunidade; e pacientes  
1238 em uso de dispositivos invasivos (catéter venoso, ventilação mecânica, catéter urinário etc.). A  
1239 maioria das amostras de KPC encontradas até agora são sensíveis aos antibióticos como  
1240 aminoglicosídeos, polimixinas e tigeciclínas. Contudo, existe o risco de a bactéria desenvolver  
1241 resistência a estes medicamentos ou de o gene ser adquirido por uma espécie bacteriana que  
1242 é naturalmente resistente à tigeciclina ou às polimixinas. A respeito da KPC no mundo, disse  
1243 que a cepa foi isolada em hospital, na Carolina do Norte, EUA em 1996 com uma rápida  
1244 expansão para a costa oeste americana. Em 2005, descreveu-se o primeiro isolado na França,  
1245 em um paciente vindo de Nova Iorque. Mostrou gráficos com a distribuição de KPC no mundo e  
1246 a evolução das bactérias produtoras de KPC. Segundo, justificou porque as enterobacterias  
1247 produzindo carbapenemases estão sendo consideradas um grande problema de saúde pública.  
1248 Para se ter menção da gravidade, destacou que a multiresistência bacteriana será o centro da  
1249 campanha da OMS 2011. Dados publicados relatam que infecções causadas por  
1250 Enterobacterias produtoras de carbapenemases estão associadas a uma taxa de mortalidade  
1251 de 58% em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva e de 70-80 % entre pacientes com  
1252 bactériemia, com aumento do tempo de hospitalização e dos custos. Além disso, em algumas  
1253 parte dos Estados Unidos klebsiella pneumoniae que produz KPC já é endêmica. Nesses  
1254 casos, restam opções de tratamento limitadas para infecções graves. Soma-se a esse quadro o  
1255 fato de que não haverá nenhuma nova droga disponível para tratamento de bacilos Gram-

negativos nos próximos anos (não há drogas em estudo pela indústria). Na sequência, apresentou dados de KPC no Brasil - 2009-2010 (Fontes: Laboratório de Pesquisa em Infecção Hospitalar, IOC – FIOCRUZ, Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – REDE RM/Anvisa e Rede Nacional de Investigação de Surtos em Serviços de Saúde – RENISS/Anvisa). Sobre as notificações de surtos infecciosos X Enterobactérias no Brasil 2009-2010, destacou surtos de infecções nos hospitais brasileiros em nível relativamente alto e aumento nos meses de setembro e outubro de 2010, por conta da busca apurada dos casos. A respeito das cepas, disse que há cerca de dez clones cirlantes em dez estados brasileiros. Explicou que a prevenção e controle é feita por meio de: higienização das mãos (Manual da Anvisa: Segurança do paciente em serviços de saúde: Higienização das Mãos); uso racional de antimicrobianos; medidas gerais de higiene do ambiente (Manual da Anvisa: Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies); reforço na aplicação de precauções de contato em adição às precauções-padrão para profissionais de saúde, visitantes e acompanhantes; ênfase nas medidas gerais de prevenção de IRAS no manuseio de dispositivos invasivos (Manuais da Anvisa: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea e Trato Respiratório); e provimento de meios técnicos, financeiros, administrativos, laboratoriais e recursos humanos para a identificação, prevenção e interrupção da transmissão de microrganismos multirresistentes. Nesse caso, disse que o gargalo é a questão laboratorial, sendo necessário prover de recursos nos serviços de saúde. Diante da situação, as ações da ANVISA foram as seguintes: publicação da RDC nº 42/2010 – dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país, e dá outras providências – medida mundialmente reconhecida para a prevenção e o controle das IRAS; publicação da RDC nº 44/2010 - dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências; estabelecimento de metodologia de detecção laboratorial (CLSI +EUCAST); fortalecimento da comunicação das infecções relacionadas à assistência à saúde; definição de critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde; e definição de monitoramento de um indicador nacional de qualidade da assistência. Enfocou a questão da higienização das mãos em serviços de Saúde, destacando o kit HM em Serviços de Saúde, o Manual Segurança do Paciente - Higienização das Mãos e a elaboração e produção de vídeo sobre higienização das mãos (meio DVD). Também destacou a estratégia da OMS de aliança mundial para higienização das mãos, que motivou a resolução da ANVISA. Destacou que a correta higienização das mãos deve ser feita no ponto de assistência onde o paciente está. Portanto, a estratégia mundial é que os dispensadores de álcool estejam próximo onde o paciente está recebendo assistência, não permitindo que o profissional se desloque ou que estejam no bolso do profissional. Explicou que, além de indicador, foi estabelecida meta, que está sendo pactuada pelas coordenações estaduais de controle, de redução em 30% dos índices nacionais de infecção por corrente sanguínea no decorrer de três anos (2010-2013). Detalhou que as ações da ANVISA foram: reforço e divulgação das recomendações sobre investigação e controle de bactérias multirresistentes, publicado em março de 2007; e publicação na Nota nº 01/2010, em 25 de outubro de 2010, reforçando as medidas de prevenção e controle das infecções. Também elencou oportunidades de ações conjuntas: fortalecimento (formalização e cadastramento) das Coordenações Estaduais, Distrital e Municipais de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS); adesão e implantação dos critérios nacionais de diagnóstico das IRAS para a vigilância epidemiológica e das ações voltadas à redução das infecções de corrente sanguínea, conforme a meta nacional; ampliação junto aos estados e municípios do cronograma de implantação dos demais indicadores de infecção (ISC, ITU, ITR, Neo, outros); e cadastramento das Comissões de Controle de Infecção (CCIH) dos hospitais prioritários do país (em 2010, foram cadastradas 610); e notificação mensal pactuada com os serviços das IPCS pelos hospitais prioritários (observou-se pequena tendência de redução após o trabalho implementado). Por fim, detalhou outras ações conjuntas: fortalecimento da parceria com a SVS/CGLAB para melhoria contínua da qualidade dos laboratórios de microbiologia, públicos e privados; parceria com a SVS/CIEVS na melhoria da qualificação da informação e mecanismos de comunicação frente à resposta de emergência sanitária, surtos e alertas de infecções em serviços de saúde; planejamento junto a SVS/CGLAB para o (in) esperado no monitoramento da vigilância da resistência microbiana em serviços de saúde como: Nova Delhi metalo beta-lactamases (NDM enzima-1). Explicou que se trata de outra cepa de enterobactéria produtora de carbapenemases circulando em diversos países como Índia, Grã-Bretanha e no Paquistão. Na

sequência, o Secretário de Vigilância em Saúde, **Jarbas Barbosa**, fez uma exposição sobre as ações de combate à dengue. Inicialmente, disse que a grande dificuldade de combate à dengue refere-se ao fato de exigir trabalho articulado e intersetorial (MS, Estados, Municípios, sociedade civil, mídia) e de ser uma doença produzida pelas condições urbanas do mundo desenvolvido. Explicou que casos notificados e internações por dengue/FHD Brasil (1986-2010) mostram um processo contínuo de transmissão. De 1986 a 1993, observam-se ondas epidêmicas em áreas localizadas; de 1994 a 2000, comportamento endêmico/epidêmico com circulação do vírus em todas as regiões; 2002 a 2008, casos graves em crianças e adolescentes; e 2009 e 2010, casos graves em idosos. Em 2010, foram registrados cerca de 1 milhão de casos, 15.500 casos graves e 550 mortes. Explicou que as epidemias têm impacto nas economias dos países e um estudo de custos de epidemias de dengue realizado em oito países mostrou: dias de doença: 11,9 dias (amb.) e 11 dias (hosp.); Hospitalizados: 5,6 dias perdidos de escola e 9,9 dias de trabalho; Custo médio: U\$ 514,0 paciente ambulatorial e U\$ 1.394,0 paciente hospitalizado; e estimativa do custo de dengue nos oito países: U\$ 587 milhões, podendo chegar a U\$ 1,8 bilhões com outros gastos incluindo atividades de prevenção. Disse que foi realizada investigação dos 94 óbitos em 2010 e verificou-se que: a média de idade (anos) é de 48; 61 pessoas procuraram duas ou mais unidades diferentes para o atendimento (65%) – esse dado mostra a importância do cartão do acompanhamento do paciente; treze pacientes atendidos em Unidade Primária (14%); 48 tiveram suspeita clínica de dengue no 1º atendimento (51%); 73 tiveram diagnóstico laboratorial específico (78%); e 18 com classificação de risco nas Unidades de atendimento (19%). Além disso, a investigação desses 94 óbitos mostrou: Casos de Febre Hemorrágica da dengue – 58%; Casos de dengue grave - 42%; 54% com co-morbidades, sendo as principais hipertensão arterial e diabetes mellittus; e 87% apresentou sinais de alarme, sendo os mais comuns vômitos persistentes e dor abdominal. A respeito do cenário atual, explicou que, em 2010, o MS definiu indicadores para definir o “Risco Dengue”, quatro indicadores do setor Saúde, um indicador ambiental e um indicador demográfico. Explicou que em setembro de 2010 foi elaborado mapa de risco de dengue que mostrou: dez estados com risco muito alto de epidemia; nove estados com risco alto de epidemia; cinco estados e o DF com risco moderado; um estado sem transmissão autóctone; e um estado com transmissão focalizada. Disse que a antecipação das ações preventivas pode evitar este cenário resultante do novo método de avaliação de risco: dezesseis estados com risco muito alto de epidemia; cinco estados com risco alto de epidemia; três estados e o DF com risco moderado; um estado sem transmissão autóctone (SC); e um estado com transmissão focalizada (RS). Ressaltou que a vantagem do levantamento rápido dos índices de infestação por Aedes aegypti (LIRAA) é a possibilidade de identificar criadouros predominantes e o índice de infestação de larvas e direcionar ações de controle para áreas mais críticas. Detalhou que os parâmetros utilizados no levantamento são os seguintes: inferiores a 1%: condições satisfatórias; de 1% a 3,9%: situação de alerta; e superior a 4%: risco de surto de dengue. Esclareceu que a aplicação do levantamento apontou 24 municípios em risco de surto, incluindo duas capitais: Rio Branco e Porto Velho; 154 municípios em situação de alerta, incluindo catorze capitais; e 192 municípios estão em situação satisfatória. Explicou que os criadouros predominantes nas capitais, segundo o LIRAA 2010, são: Norte e Nordeste: predomina o abastecimento de água; Sul e Sudeste: predominam os depósitos domiciliares; e Centro Oeste: predomina o lixo. Comentou as ações de preparação do setor saúde em articulação entre Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Em julho de 2009, lançamento das Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, em conjunto com CONASS e CONASEMS. Como medida de preparação, o Ministério da Saúde distribuiu equipamentos, insumos e inseticidas. A respeito do financiamento, lembrou que cada município adapta os recursos a sua realidade. Disse que se estima que 70% do Piso Financeiro de Vigilância e Promoção da Saúde, de R\$ 950 milhões, é gasto com ações de dengue de maior custo e continuada e outros recursos específicos como R\$ 40 milhões em campanha de mídia. Falou do Grupo executivo interministerial, coordenado pelo Ministério da Saúde e formado por doze órgãos do governo federal, que reuniu com a presença da presidente da República. Também falou da campanha nacional de combate à dengue que tem uma fase reativa e uma educativa, de acordo com a sazonalidade da doença. Também apresentou as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em 2011: reunião do Grupo Executivo Interministerial com a definição de atividades para cada ministério; visita do Ministro da Saúde aos estados com risco. Visitados: RJ, AM, AC, PA, GO e TO - dia 21/01 e ES - dia 22/01; portaria tornando os casos graves e óbitos por dengue de notificação imediata; assessoria para implantação dos Planos de Contingência aos estados com risco. Realizado

1376 AM, AC, PA, ES, TO e GO. Rio de Janeiro - dia 24/01; realizada reunião com os Parceiros da  
1377 Saúde - dia 18/01; reunião com centrais sindicais, CONTAG, operadoras de planos de saúde  
1378 no dia 20/01; reunião com cooperativas de catadores de papel no dia 28/01; reunião com  
1379 secretários da saúde dos 16 estados com alto risco dia 19/01; e reunião com os secretários  
1380 municipais no dia 8/02. No caso dos estados com risco muito alto de epidemias de dengue,  
1381 explicou que foram definidas ações de assistência, combate ao vetor e vigilância  
1382 epidemiológica. Na assistência, foram definidas as seguintes ações: organizar o fluxo da rede  
1383 assistencial para o manejo do paciente com suspeita de dengue; utilizar a classificação de risco  
1384 em todos os consultórios das unidades de saúde; implantar o cartão de acompanhamento;  
1385 garantir à rede assistencial a realização de exames inespecíficos (hemograma completo,  
1386 contagem de plaquetas e proteínas totais); e prover as unidades de saúde com insumos e  
1387 equipamentos (soro de hidratação oral e venosa, antitérmicos, termômetros e  
1388 esfignomanômetro adulto e pediátrico). No que se refere ao combate ao vetor, foram definidas  
1389 as ações: articular ações intersetoriais para a redução de criadouros (mutirões de limpeza,  
1390 recolhimento de pneus, etc..); organizar estrutura de ações de nebulização espacial para  
1391 intervenção oportuna (central de UBV, veículos, equipamentos e insumos); orientar o  
1392 planejamento das ações de controle em articulação com a vigilância epidemiológica; garantir  
1393 estoques adequados de insumos estratégicos (inseticidas, solventes e EPI); garantir a  
1394 realização de exames de colinesterase sanguínea onde se usa inseticidas organofosforados; e  
1395 assessorar e acompanhar os municípios nas atividades de controle vetorial. Acerca da  
1396 vigilância epidemiológica: notificar semanalmente os casos suspeitos de dengue no Sinan On-  
1397 line ou Sinan Net ou planilha simplificada; notificar e investigar imediatamente casos graves e  
1398 óbitos suspeitos de dengue no Sinan On-line; avaliar semanalmente inconsistências do banco  
1399 de dados do Sinan (duplicidades, classificação final, critério de confirmação); e monitorar  
1400 indicadores de vigilância laboratorial (sorologia e isolamento viral). No que se refere à gestão:  
1401 implantar imediatamente a sala de situação em articulação com o CIEVS com as seguintes  
1402 recomendações: Documento oficial de composição, participação multisectorial (controle de  
1403 vetores, vigilância epidemiológica e laboratorial, assistência, gestão, mobilização e  
1404 comunicação) com reuniões semanais, produção e divulgação de informes semanais; atualizar  
1405 os planos de contingência com indicadores, metas e responsáveis pela execução; assessorar e  
1406 acompanhar os municípios prioritários; garantir a aquisição e distribuição de insumos  
1407 estratégicos (solvente, medicamentos e equipamentos); e convocar comitês de mobilização  
1408 social. Finalizando, solicitou o apoio do CNS e das entidades que compõem esse colegiado ao  
1409 processo de mobilização contra a dengue. **Manifestações.** Conselheira **Maria do Espírito**  
1410 **Santo Tavares** cumprimentou os expositores pelas informações elucidativas e, a respeito do  
1411 KPC, perguntou sobre as ações voltadas para informar a sociedade. A respeito da dengue,  
1412 salientou que o Cartão SUS é um instrumento importante de acompanhamento do paciente. No  
1413 mais, disse que os profissionais da atenção primária devem ser preparados para atender os  
1414 pacientes com suspeita do dengue. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** registrou  
1415 satisfação com ações acertadas de vigilância, apesar das dificuldades de articulação. Como  
1416 encaminhamento, sugeriu manifestação do CNS, por meio de moção, em favor da Resolução  
1417 da ANVISA nº. 44 e recomendação aos gestores (CONASS e CONASEMS) de estruturação  
1418 das comissões de controle de infecção (CCIH). Conselheiro **José Marcos de Oliveira** saudou  
1419 os expositores e, no caso da dengue, sugeriu recomendação do CNS aos CES e CMS para  
1420 atuação política mais efetiva visando resposta mais eficaz em nível local. A respeito da KPC,  
1421 salientou que é preciso aprofundar o debate da prevenção a partir dos princípios da precaução  
1422 universal e promover debate com a representação dos conselhos profissionais (enfermagem,  
1423 fisioterapeuta...) sobre os limites e necessidades para prevenção da KPC. Conselheiro **Luiz**  
1424 **Augusto Facchini** cumprimentou a mesa e, acerca da KPC, destacou que há tempo a questão  
1425 da higienização das mãos é vista como fundamental para o bom atendimento dos pacientes.  
1426 Salientou que é preciso: investir em campanhas nacionais dirigidas à população e aos  
1427 profissionais para que universalizem as práticas em relação à higienização das mãos e  
1428 atendimento pronto e adequado de pacientes com infecções; e expandir a internação domiciliar  
1429 de pacientes para evitar a hospitalização. Sobre a dengue, frisou que é preciso investir: no  
1430 conhecimento clínico dos profissionais; na tecnologia da informação, visando à criação de rede  
1431 informatizada para facilitar o monitoramento; e nas ações intersetoriais com vistas a fortalecer  
1432 a integração das vigilâncias e tornar a saúde em prioridade de governo. Conselheiro **Geraldo**  
1433 **Alves Vasconcelos** cumprimentou os expositores e agradeceu pelas informações  
1434 esclarecedoras. A respeito da KPC, perguntou se a ANVISA tem conhecimento de infecções  
1435 em clínicas e consultórios (procedimentos invasivos). No caso da dengue, quis saber sobre a

1436 eficácia do fumacê e o produto utilizado nesse processo. Também sugeriu aos expositores o  
1437 envio de materiais sobre dengue e KPC às entidades que compõem o CNS para divulgação.  
1438 **Retorno da mesa.** O Gerente Geral/GGTES/ANVISA, **Heder Murari Borba**, primeiro, informou  
1439 que a sua apresentação estava à disposição do CNS. Disse que a intenção é utilizar a  
1440 capacidade mobilizadora do CNS para sensibilizar os CES e CMS para importância desse  
1441 tema. Explicou que essa questão não é nova, mas, diante das novas ameaças e mecanismos  
1442 priorizou-se o trabalho desses profissionais de saúde. Também reconheceu como necessária a  
1443 integração entre ANVISA e SVS para tratar dessa e de outras questões. A respeito da RDC nº.  
1444 44, concordou que é fundamental divulgá-la, considerando tratar-se de uma iniciativa que pode  
1445 contribuir para coibir a venda abusiva e o uso irracional de antibióticos. Esclareceu que as  
1446 medidas de precaução e isolamento, quando diagnosticado um caso, são para todos os  
1447 profissionais e as orientações estão disponíveis na página da ANVISA e na nota divulgada em  
1448 outubro de 2010. Disse que a higienização das mãos ainda não assumiu no Brasil a dimensão  
1449 que assumiu em outros países e a ANVISA tem trabalho no sentido de incorporar essa  
1450 questão. Além disso, ressaltou que os índices de infecção hospitalar diminuem somente  
1451 quando se atinge mais de 70% de adesão dos profissionais à estratégia. Informou ainda que  
1452 não há relatos de casos de KPC em consultórios e clínicas, mas há um processo de migração  
1453 das ocorrências de saúde pública relacionadas à infecção para outros locais que não os  
1454 hospitais, porque a tecnologia médica está migrando para clínicas e consultórios de menor  
1455 porte. Lembrou que, recentemente, houve um surto de microbactérias em clínicas e  
1456 consultórios de cirurgia plástica e cirurgia laboroscópica. O Secretário/SVS/MS, **Jarbas**  
1457 **Barbosa**, agradeceu as manifestações e respondeu as questões colocadas. Disse que o  
1458 Cartão de acompanhamento é necessário, pois permite identificar o agravamento dos casos de  
1459 dengue. Contudo, esse instrumento não será mais necessário com a implantação do Cartão  
1460 SUS, que permitirá o acompanhamento. Explicou que a identificação dos casos de dengue e as  
1461 medidas iniciais podem ser feitas nas unidades básicas de saúde. Portanto, as equipes de  
1462 unidade básica e da família devem ter ação mais pró-ativa com integração da rede local.  
1463 Reconheceu que a intersectorialidade é essencial e informou que na reunião do GT  
1464 Interministerial o Ministério das Cidades comprometeu-se a definir indicadores para orientar  
1465 sistemas de priorização de obras. Também esclareceu que o fumacê é indicado em situações  
1466 de forte transmissão, porque leva à morte de metade das formas adultas do mosquito. Disse  
1467 que o ideal é remover criadouro, utilizar o larvícola, e, por último, se necessário, utilizar o  
1468 fumacê. No mais, ressaltou que os inseticidas utilizados no Brasil são recomendados pelo  
1469 comitê específico da OMS, em todo caso, é preciso monitorar. Colocou a proposta de constar,  
1470 entre os direitos do paciente, o de perguntar se os profissionais de saúde lavaram as mãos  
1471 antes de atendê-lo, pois, com isso, reduziria a infecção hospitalar, febres e outras doenças de  
1472 transmissão por contato com superfície contaminada. Por fim, informou que teria que se retirar  
1473 naquele momento, mas permaneceria o Coordenador do Programa da Dengue, Giovanini  
1474 Coelho, para responder as perguntas. **Manifestações.** Conselheiro **Ubiratan Cassano**  
1475 agradeceu os expositores pelas falas elucidativas e, no caso dos Hospitais e de Ensino,  
1476 perguntou se as CCHs estão cadastradas e seria possível disponibilizar os dados a esse  
1477 respeito. Conselheira **Maria Thereza Antunes** fez os seguintes questionamentos acerca da  
1478 KPC e da ANVISA: Por que foi escolhida a Klebsiella pneumoniae carbapenemase entre as  
1479 gran-negativas?; Os hospitais particulares são obrigados a fazer a notificação da KPC no caso  
1480 de óbito? Quem controla o cumprimento das resoluções da ANVISA nos hospitais particulares?  
1481 Conselheiro **Arilson Cardoso** reforçou a defesa do CONASEMS pela inclusão do agente de  
1482 controle de endemias em 100% das equipes do PSF, considerando a necessidade de tratar a  
1483 questão da vigilância cada vez mais de forma descentralizada. Conselheiro **José Cechin**  
1484 cumprimentou o Ministro da Saúde e sua equipe pela iniciativa de informar sobre a dengue e  
1485 comunicou que as operadoras de saúde estão trabalhando na linha da informar os beneficiários  
1486 sobre o assunto. Ressaltou ser fundamental que os médicos que atendem as operadoras de  
1487 serviços conheçam e façam adesão aos protocolos clínicos, visando otimizar o processo de  
1488 identificação da dengue e recuperação dos doentes. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** disse que,  
1489 apesar do esforço, o trabalho do Ministério da Saúde, estados e municípios tem sido  
1490 insuficiente para enfrentar a dengue. Salientou que esse problema deve ser discutido a partir  
1491 dos determinantes sociais e, nessa linha, frisou que R\$ 13 bilhões/por ano durante cinco anos  
1492 resolveria o problema de saneamento básico do Brasil. No mais, informou que no dia 28 de  
1493 novembro de 2010 foi publicada a Norma Regulamentadora MT/MS nº 32, que trata do  
1494 trabalho em saúde, mas para implementá-la são necessários R\$ 7 bilhões. **Retorno da mesa.**  
1495 Em resposta às intervenções, o Gerente Geral/GGTES/ANVISA, **Heder Murari Borba**,

1496 explicou, a respeito do cadastramento das comissões de controle de infecção, que  
1497 prioritariamente, são cadastrados os hospitais com 10 leitos de UTI ou mais, portanto, os HUEs  
1498 estão sendo ou serão cadastrados. Explicou que a disponibilização dos dados para UNE  
1499 poderia ser tratada diretamente com a ANVISA para verificar a possibilidade. Reiterou que o  
1500 desenvolvimento da multiresistência ocorre com o desenvolvimento natural dos  
1501 microorganismos e a enzima KPC foi desenvolvida pela Klebsiella. Esclareceu que a lista de  
1502 classificação compulsória é editada pelo MS e os agravos relacionados à infecção hospitalar  
1503 não são de notificação compulsória. Contudo, isso não significa que não há obrigatoriedade de  
1504 comunicação, pois, a legislação da ANVISA abrange os serviços públicos e privados. Ademais,  
1505 disse que, de acordo com a determinação legal de 1998, em cada estado há uma coordenação  
1506 estadual de controle de infecção ligada à vigilância em saúde ou vigilância sanitária. Ressaltou  
1507 que a responsabilidade de aplicação das normas é descentralizada conforme norma do SUS.  
1508 Explicou que em muitos países é hábito do paciente perguntar ao profissional de saúde que irá  
1509 atendê-lo se foram lavadas as mãos, mas isso não ocorre no Brasil. Também informou que a  
1510 utilização da solução anti-séptica (álcool 70%) é mais eficaz que o sabão. Por essa razão, a  
1511 ANVISA editou a RDC nº. 42, que obriga os serviços públicos e privados a terem dispensador  
1512 de álcool ou disponibilizar frasco de álcool aos profissionais. Frisou que essa é uma  
1513 responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. O Coordenador do Programa da Dengue,  
1514 **Giovanini Coelho**, explicou que as diretrizes nacionais lançadas em 2009 apontam a  
1515 necessidade do agente comunitário de endemia na equipe do PSF e foi publicada portaria a  
1516 esse respeito. Portanto, é preciso incentivar essa questão em nível local. Agradeceu a  
1517 disposição das operadoras de planos privados de saúde e frisou a importância do setor de  
1518 saúde suplementar para ajudar no diagnóstico precoce e tratamento da dengue. Avaliou que  
1519 duas ações acenam mudança da visão da dengue como um problema restrito ao setor saúde,  
1520 sendo necessário envolvimento de outras áreas: aprovação da Política Nacional de Resíduos  
1521 Sólidos; e envolvimento direto da Presidente da República. **Manifestações**. Conselheiro **José**  
1522 **Wilton da Silva** manifestou preocupação com a contaminação de pacientes transplantados por  
1523 KPC e perguntou se há orientação da ANVISA de fiscalização dos serviços de diálise e UTIs  
1524 para prevenir mortes. A respeito da dengue, quis saber se há previsão de punição daqueles  
1525 que descumprem as orientações para evitar criadouro do mosquito (falta de cuidado de  
1526 terrenos, por exemplo) e onde esses casos podem ser denunciados. Conselheiro **Abrahão**  
1527 **Nunes da Silva** enfatizou que é preciso elaborar uma campanha educativa para a população e  
1528 pensar em sansões para os que não cumprem as orientações para prevenir a dengue.  
1529 Conselheira **Marisa Fúria Silva** disse que é preciso esclarecer melhor à população que, para  
1530 fricção antisséptica das mãos, deve-se usar o álcool 70, que é bactericida. Também perguntou  
1531 se a ANVISA fiscaliza as empresas que produzem álcool em gel. Disse que, ao denunciar  
1532 marcas de geladeira que possibilitavam a criação do mosquito da dengue, fora informada de  
1533 que a empresa fez adaptações no projeto das geladeiras. Desse modo, sugeriu que o  
1534 Ministério da Saúde chame os fabricantes para que procedam ao recall dessas geladeiras.  
1535 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu divulgar a agenda do Ministro da Saúde nos  
1536 Estados aos conselheiros nacionais para que acompanhem a atividade em nível local. A  
1537 respeito da mobilização, disse que estão sendo realizadas reuniões com grupos específicos e  
1538 sugeriu verificar outros grupos interessados. Conselheiro **Renato Padilha** sugeriu o envio do  
1539 material da ANVISA sobre KPC aos centros de hemodiálise e a definição de ações de  
1540 prevenção das doenças renais a serem divulgados no dia mundial do rim. **Retorno da mesa**.  
1541 Em relação às questões que emergiram das intervenções, o Gerente Geral/GGTES/ANVISA,  
1542 **Heder Murari Borba**, respondeu que o transplantado faz parte da população de risco para  
1543 adquirir infecções, portanto, merece maior atenção. Também informou que a RDC da ANVISA  
1544 normatiza o funcionamento das unidades de diálise e a intenção é atualizá-la em 2011.  
1545 Frisou novamente que as ações de vigilância sanitária seguem a norma do SUS de  
1546 compartilhamento das responsabilidades entre as três esferas de gestão. Nessa linha, as  
1547 vigilâncias dos estados e municípios são as responsáveis pela fiscalização. Disse que a RDC  
1548 da ANVISA 42/2010 define as fórmulas adotadas para fricção antisséptica das mãos e o  
1549 produto de uso hospitalar deve atender a formulação. Contudo, essa regra não se aplica ao  
1550 álcool vendido nas farmácias para uso da população. Salientou que a publicação de uma  
1551 resolução que normatiza a antisepsia das mãos modificará a configuração dos mercados,  
1552 inclusive na formulação dos produtos. Disse que as unidades de diálise devem ter um  
1553 tratamento diferenciado em relação à prevenção de infecção hospitalar porque é onde os  
1554 pacientes têm maior risco de contrair infecção. Agradeceu a oportunidade e solicitou dos  
1555 Conselhos de Saúde a devida atenção a questões como KPC e dengue, que fazem parte da

realidade do cotidiano do serviço de saúde. O Coordenador do Programa da Dengue, **Giovanini Coelho**, em resposta às intervenções, disse que: não há lei federal para punição dos proprietários de locais que concentram grande número de criadouros, mas municípios utilizam leis locais para punição, mas, por outro lado, municípios estimulam boas práticas com prêmios para os que evitam criadouros do mosquito; as denúncias devem ser feita, preferencialmente, no nível local para que a questão seja resolvida; segundo pesquisa do Ministério da Saúde, a população sente-se informada a respeito da dengue, portanto, o problema é transformar a informação em mudança de comportamento (é preciso debater como avançar nesse sentido); e os municípios poderiam subsidiar o MS com informações acerca de criadouros de mosquitos em geladeira para avaliar a dimensão do problema e, enquanto não haja recall, que os proprietários retirem a água acumulada para evitar infestações. Conselheira **Marisa Fúria Silva** disse que é preciso fazer circular informação para que a população fique atenta às geladeiras que acumulam água e formam criadouro do mosquito. O Coordenador do Programa da Dengue, **Giovanini Coelho**, explicou que a recomendação à população é de atenção a qualquer local que acumule água, porque pode se constituir em um potencial criadouro. Na sequência, Conselheira **Jurema Werneck** sintetizou os encaminhamentos que emergiram das intervenções: 1) recomendação do CNS aos gestores do SUS para estruturação e fortalecimento das coordenações estaduais e municipais de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, fortalecimento da parceria entre ANVISA e SVS, entre outras questões; 2) moção de apoio às RDCs nº. 42 e nº. 44; 3) orientação aos conselhos a ampliar a mobilização e a incidência política no nível local ao combate à KPC e à dengue; 4) debate com as representações de profissionais de saúde que trabalham na assistência sobre os limites e necessidades para prevenção da KPC; e 5) divulgação da agenda de ação do Ministro da Saúde nos Estados para prevenção da dengue a fim de que os conselheiros nacionais participem das atividades. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou o texto da proposta de moção e de recomendação, respectivamente: 1) considerando o uso indiscriminado de antibióticos que favorece o surgimento de resistência por pressão seletiva natural sofrida por patógenos da microbiota natural exposta a múltiplos antibióticos, o CNS vem apoiar a ANVISA pela publicação da RDC nº 44, de 2010, que dispõe sobre o controle de medicamentos a base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso de prescrição médica isolados ou em associações e a RDC nº. 42, que dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país; 2) considerando o uso indiscriminado de antibióticos; considerando a melhoria de suporte avançado de vida em UTIs, incluindo procedimentos invasivos que leva à sobrevida; considerando a ausência de protocolos e rotinas bem definidos de trabalho com medicamentos e medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar; considerando a deficiência de suporte laboratorial na identificação de processos infecciosos; considerando o prolongamento do tempo de internação que eleva o risco de contrair uma infecção; considerando a deficiência da formação de profissionais de saúde no controle infecção hospitalar e uso racional de antimicrobianos, o CNS recomenda aos gestores do SUS: 1) estruturação, fortalecimento, formalização e cadastramento das coordenações estaduais e municipais de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde; 2) adesão e implementação dos critérios nacionais de diagnóstico das infecções para vigilância epidemiológica e das ações voltadas à redução das infecções de corrente sanguínea, conforme meta nacional; 3) fortalecimento da parceria entre SVS e CGLAB para melhoria contínua da qualidade dos laboratórios de microbiologias públicos e privados, parceria da SVS com as CIVS na melhoria da qualificação da informação e mecanismos de comunicação frente a resposta à emergência sanitária, surtos e alertas de infecção em serviços de saúde e planejamento junto à SVS e CGLAB para o inesperado no monitoramento da vigilância da resistência microbiana em serviços de saúde. **Deliberação:** o Plenário aprovou o mérito da recomendação do CNS aos gestores do SUS e o mérito de moção de apoio às RDCs nº. 42 e nº. 44 e decidiu: orientar aos conselhos para ampliar a mobilização e a incidência política sobre a resposta local ao combate à KPC e à dengue; promover debate com as representações de profissionais de saúde sobre os limites e necessidades para prevenção da KPC; e divulgar a agenda do Ministro nos Estados para prevenção da dengue a fim de que os conselheiros nacionais participem das atividades. Conselheiro **Nelson Mussolini** sugeriu incluir no considerando da recomendação que todo medicamento com tarja vermelha deve ser vendido com prescrição médica. **A sugestão foi acatada.** Por fim, o Gerente Geral/GGETES/ANVISA, **Heder Murari Borba**, informou que a ANVISA disponibilizará publicação sobre medicamento para servir de subsídio a estados e municípios. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço.

Iniciando, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, retomou as pendências do item informes e indicações. Coordenação: Conselheiro **Volmir Raimondi**, da Mesa Diretora do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que foi disponibilizado quadro das resoluções do CNS: 1) Não Homologadas: uma de 2008, seis de 2009 (quatro foram devolvidas ao CNS) e uma de 2010; e 2) homologadas: 2010. Comprometeu-se a debater com o Gabinete do Ministro da Saúde o encaminhamento acerca das resoluções que se encontram no Gabinete e não homologadas. Conselheiro **Volmir Raimondi** explicou que o Pleno teria que definir o que fazer acerca das resoluções devolvidas para o CNS. **Deliberação: encaminhar cópia das resoluções não homologadas pelo Ministro da Saúde e devolvidas ao CNS aos fóruns para análise e retomar na próxima reunião. GT SAÚDE DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA BRASILEIRA.** **Deliberação:** indicar nomes na próxima reunião do CNS. **Usuários:** 2 vagas; **Gestor:** 1 vaga; **Trabalhador:** 2 vagas. Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS fez a leitura do ofício circular do CNS aos CES e CMS informando as redefinições acerca da 14<sup>a</sup> CNS. **Deliberação: o texto do ofício foi aprovado.** **MEDIDA PROVISÓRIA Nº. 520/2010** - autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. – EBSERH. Conselheiro **José Rubens Rebelatto** recuperou que, ao apresentar o REHUF ao Pleno do CNS, apontou pontos sobre os quais fora possível avançar (gestão, financiamento...) e destacou que não fora possível avançar na reposição de pessoal. Explicou que foi realizado diagnóstico para verificar o montante de profissional necessário para reposição e verificou-se a necessidade de contratação de 7.659 funcionários em caráter emergencial. Disse que, ao apresentar o diagnóstico ao Ministério do Planejamento, a decisão foi que não seria contratado funcionário até que não houvesse acordo acerca de um novo modelo jurídico de gestão para os hospitais universitários federais. Acrescentou que nesse ínterim o então Presidente recebeu os reitores e comprometeu-se a negociar o envio de proposta ao Congresso Nacional. Contudo, não houve tempo hábil para esse envio e ficou-se na dependência de um texto que devesse ser mandado como medida provisória ao Presidente. No dia 28 de dezembro, a Casa Civil consultou o MEC sobre o texto do decreto e, após discussão entre MEC e Casa Civil, chegou-se ao texto da MP nº. 520/10. Explicou que a orientação do Ministro da Educação é que o debate dessa matéria deva ocorrer no âmbito do Congresso Nacional e afirmou que não será tomada nenhuma iniciativa até deliberação em âmbito nacional. Na sua avaliação, o texto da MP nº. 520/10 permite três possibilidade para os HUFs e, além disso, acena para a solução do problema da contratação de 24 mil profissionais de forma ilegal. Disse que, aos hospitais já existentes, a MP permite que continuem como estão, que se torne uma filial da empresa ou que a universidade contrate a futura empresa para operacionalizar o seu hospital. De todo modo, lembrou que somente poderá ser realizado por meio de adesão, considerando a autonomia universitária. A respeito dos novos hospitais (a serem criados), a perspectiva é que iniciem como filial da empresa. Frisou que a MP é superficial e o estatuto deverá definir o que será a empresa. Em sua opinião, a empresa deverá ser vinculada ao MEC, com capital público e responsável por gerenciar e oferecer serviço gratuito e leitos destinados 100% SUS. **Manifestações.** Conselheiro **Manuel Messias Nascimento** avaliou como um equívoco do governo a criação de uma empresa pública para terceirizar profissional, em especial pela forma como se deu: por meio de Medida Provisória, publicada no final do governo, sem um debate com a sociedade. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que, após oito anos, o governo tentou resolver a situação dos 24 mil profissionais contratados de forma ilegal da pior forma possível: MP editada no último dia de mandato sem debate com atores sociais, gerando situação difícil de ser enfrentada. Ressaltou que a proposta é uma versão piorada da proposta de fundação e o CNS deve manifestar-se sobre essa questão. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** manifestou preocupação com a opção de uma lógica de direito privado, em especial por se tratar de hospital universitário. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** ratificou as falas que a antecederam e defendeu manifestação enfática do CNS a respeito da MP 520/10. Conselheiro **João Rodrigues Filho** propôs a aprovação de moção de repúdio à MP 520. **Retorno da mesa.** Conselheiro **José Rubens Rebelatto** lembrou que se trata de uma decisão de governo exposta em MP, assinada pelo Presidente da República e publicada no DOU. Lembrou que, antes do REHUF, não se sabia as formas de contratação no âmbito dos 46 hospitais, nem da dimensão das dívidas, entre outras questões. Disse que poderia levar a posição do CNS às direções governamentais, mas um conjunto de encaminhamentos fugia da sua governabilidade. Reiterou a posição de que o debate democrático dessa matéria seja feito no âmbito do Congresso Nacional. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** concordou com a proposta de moção de repúdio do CNS e sugeriu que o CNS defenda a retirada da proposta do

1676 Congresso Nacional. Defendeu ainda que as entidades do CNS entrem com ADIn contra a MP  
1677 e que o CNS ajude nas ações impetradas no STF. **Deliberação: aprovado, com seis**  
1678 **abstenções, o mérito de moção de repúdio à MP 520/10.** Conselheira **Eurídice Ferreira de**  
1679 **Almeida** e conselheiro **João Rodrigues Filho** se dispuseram a elaborar o texto da moção.  
1680 **INDICAÇÃO PARA COMPOSIÇÃO DA CONEP** - substituição da Vera Engrace – suplente.  
1681 **Deliberação: aprovado o nome do biólogo José Roberto Goldim, da UFRGS, para**  
1682 **substituir a bióloga Vera Engrace, suplente, na CONEP.** Item extra – Conselheiro **José**  
1683 **Marcos de Oliveira** apresentou minuta de recomendação à ANVISA e ANS de observância  
1684 estrita do critério de não conflito de interesse para ocupação de cargos multiprofissionais de  
1685 direção das agências reguladoras do setor saúde. **Deliberação: a recomendação foi**  
1686 **aprovada.** **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH -**  
1687 **Aprovação de Pareceres da CIRH – Composição da mesa:** Conselheira **Graciara Matos de**  
1688 **Azevedo**, da CIRH/CNS; Conselheira **Ana Estela Haddad**. **Coordenação:** Conselheiro **Volmir**  
1689 **Raimondi**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, primeiro,  
1690 informou a exclusão de um dos pareceres da planilha enviada aos conselheiros, porque  
1691 necessita de nova análise por conta da publicação do novo índice de avaliação dos cursos.  
1692 Também informou que a conselheira Ana Stella substituía o prof. Brenelli que está em viagem.  
1693 Conselheira **Ana Stella Haddad** justificou a ausência da conselheira Maria Helena,  
1694 coordenadora da CIRH e manifestou sua satisfação por participar do CNS na condição de  
1695 conselheira. Feitas essas considerações, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** passou à  
1696 apresentação dos pareceres da CIRH - três relativos a processos de autorização e quatro a de  
1697 reconhecimento: 1) Referência: Processo nº 201006501. Interessado: Centro Universitário  
1698 Católico Salesiano Auxilium. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: Insatisfatório.  
1699 2) Referência: Processo nº 201006378. Interessado: Faculdade de Mineiros. Curso:  
1700 Autorização do curso de Psicologia. Parecer: Insatisfatório. 3) Referência: Processo nº  
1701 200913931. Interessado: Faculdade de Pimenta Bueno. Curso: Autorização do curso de  
1702 Psicologia. Parecer: Insatisfatório. 4) Referência: Processo nº 200907421. Interessado: Instituto  
1703 Luterano de Ensino Superior de Porto Velho. Curso: Reconhecimento do curso de Psicologia.  
1704 Parecer: Insatisfatório. 5) Referência: Processo nº 200815312. Interessado: Faculdade  
1705 Divinópolis. Curso: Reconhecimento do Curso de Psicologia. Parecer: Insatisfatório. 6)  
1706 Referência: Processo nº 200902994. Interessado: Universidade Luterana do Brasil. Curso:  
1707 Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: Insatisfatório. 7) Referência: Processo nº  
1708 20079914. Interessado: Faculdade Anhanguera de Jundiaí. Curso: Reconhecimento do curso  
1709 de Psicologia. Parecer: Insatisfatório. **Deliberação: aprovados, em bloco, com uma**  
1710 **abstenção, os sete pareceres da CIRH - três relativos a processos de autorização e**  
1711 **quatro a de reconhecimento.** **ITEM 10 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E**  
1712 **FINANCIAMENTO** - Item não apresentado para que os segmentos dos usuários e dos  
1713 trabalhadores da saúde se reunissem. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar,  
1714 Conselheiro **Volmir Raimondi**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou a reunião. Estiveram  
1715 presentes no segundo dia de reunião: **Titulares:** Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de  
1716 Miranda, Arilson da Silva Cardoso, Clóvis A. Boufleur, Edmundo Dzuawi Omore,  
1717 Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo  
1718 Adão Santos, Geraldo Alves Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho,  
1719 Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Carrijo Brom, José Cechin, José Marcos de  
1720 Oliveira, José Rubens Rebelatto, Jurema Pinto Werneck, Lérida Maria S. Vieira, Luiz  
1721 Odorico M. de Andrade, Manoel Messias Nascimento Melo, Maria Cristina Pedro, Maria  
1722 de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Maria Thereza  
1723 Antunes, Marisa Fúria Silva, Olympio Távora Derze Correa, Paulo Guilherme Romano,  
1724 Sandra Regis, Solange Aparecida Caetano, Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi e  
1725 Wilen Heil e Silva. **Suplentes:** Ana Crithina de Oliveira Brasil, Ana Maria R. Silva, Ana  
1726 Estela Haddad, André Luiz de Oliveira, Conceição Aparecida Accetturi, Dulce Helena  
1727 Chiaverini, Eliane Aparecida da Cruz, Elias Nasrala Neto, Eurídice Ferreira de Almeida,  
1728 Flávia de Oliveira B. Brasileiro, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, José Wilton da  
1729 Silva, Jovita José Rosa, José Eri Medeiros, Juarez Pires de Souza, Júlio A. Gevaerd,  
1730 Jurandi Frutuoso Silva, Luís Carlos Bolzan, Luiz Aníbal Vieira Machado, Luiz Augusto  
1731 Facchini, Luiz Alberto Catanoce, Maria do Socorro de Souza, Maria Ermínia Ciliberti,  
1732 Nadir Francisco do Amaral, Nelson A. Mussolini, Noemy Yamaghishi Tomita, Paulo César  
1733 Augusto de Souza, Renato de Jesus Padilha, Ronald Ferreira dos Santos e Rildo  
1734 Mendes.  
1735