



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

tendência da decisão do COPOM pelo aumento da taxa de juros. Também solicitou o apoio do Ministro da Saúde para transformar a 14ª CNS em um marco de mobilização da sociedade brasileira, para discussão do acesso, permitindo que a sociedade tenha o SUS como patrimônio. Por fim, colocou a necessidade de retomar o debate das redes de atenção à saúde.

Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini**, da Confederação Nacional da Indústria – CNI, saudou o Ministro da Saúde pelo cargo e pela participação na reunião do Conselho. Falou do problema de acesso a medicamentos no país, em razão do custo de produção e do medicamento e explicou que a indústria trabalha junto com o Ministério da Saúde na busca de saídas para essa situação. Solicitou o apoio do Ministério da Saúde e do CNS para resolver a questão da tributação dos medicamentos, visto que no Brasil paga-se 33,4% de impostos na compra de medicamentos, a maior carga tributária de medicamentos do mundo. Por fim, colocou a indústria farmacêutica à disposição para contribuir com o Ministério da Saúde.

Conselheiro **José Wilson de Souza Gonçalves**, da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, saudou o Ministro da Saúde pelo cargo e pela escolha da sua equipe. Falou do seu otimismo com a agenda do Ministro, em especial a prioridade ao acesso e alertou para a necessidade de considerar a diversidade e particularidade da população do país. No caso da população rural, falou da dificuldade de acesso a medicamentos e a exames especializados e da ausência de profissionais para atender essa população. Por fim, frisou a importância de regionalizar e descentralizar os serviços de saúde e estruturar a rede pública nos municípios de pequeno porte.

Conselheiro **Renato de Jesus Padilha**, da Associação Pró-Renais Crônicos - APREC-BRASIL, saudou o Ministro da Saúde e o Presidente do CNS e defendeu uma política de prevenção da doença renal. Também falou do seu anseio por uma Conferência Nacional para pacientes renais, considerando que são mais de 100 mil pacientes renais. Por fim, colocou a APREC-BRASIL à disposição desse Ministério e entregou ao Ministro um livro.

Conselheiro **Ubiratan Cassano Santos**, da União Nacional dos Estudantes – UNE, cumprimentou o Ministro da Saúde e a sua equipe e manifestou satisfação com a decisão de priorizar a questão do acesso, destacando a possibilidade de avançar nesse debate durante a 14ª CNS. Ressaltou o compromisso da UNE com a reestruturação dos hospitais universitários e salientou a importância de priorizar a formação dos profissionais de saúde com base nas necessidades do SUS e do PSF. Também solicitou a atenção do Ministério da Saúde às especificidades da saúde do jovem e do adolescente. Por fim, falou do otimismo com a eleição da Presidenta Dilma e a escolha do Ministro da Saúde.

Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira**, da Associação Nacional de Pós-Graduandos - ANPG, salientou a importância de os processos de formação (pós-graduação em saúde, residência médica e residência multiprofissional) e as pesquisas atenderem melhor as necessidades do SUS.

Conselheiro **Artur Custódio de Sousa**, do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN, primeiro, registrou o dia mundial de luta contra a hanseníase, lembrando que o Brasil ocupa o primeiro lugar do mundo em incidência, apesar de ter sido reconhecido como o país que mais avançou em 2010 nos direitos humanos em hanseníase. Em que pese esse reconhecimento, destacou que é preciso retomar e avançar em questões importantes como as antigas colônias e filhos das pessoas com hanseníase. Além dessas questões, salientou a importância da vigilância de baixa incidência na atenção básica e descentralizada. Também disse que é preciso avançar na mudança do modelo de saúde do país com avanço na atenção básica e garantia da proteção à vida como um eixo central do governo. Defendeu uma força nacional de saúde no Brasil para socorrer as pessoas vítimas de catástrofes e propôs uma moção de apoio aos profissionais que estão atuando nas áreas do Rio de Janeiro atingidas por enchentes. Por fim, colocou o CNS à disposição para contribuir na mudança de modelo para o país.

Conselheira **Dulce Helena Chiaverini**, da Unida de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - REDE UNIDA, cumprimentou o Ministro da Saúde pelo cargo e pela sua presença que expressava o compromisso com a saúde e o controle social e colocou a Rede Unida à disposição para contribuir no que fosse necessário.

Conselheiro **Elias Nasralla Neto**, da Associação Brasileira de Fisioterapia -ABEN-FISIO, desejou sucesso ao Ministro da Saúde e a sua equipe e solicitou olhar cuidadoso desse Ministério para a formação dos profissionais de saúde. Também apelou ao MEC e MS que considerem as associações de ensino como a ABEN-FISIO como companheiras no debate de uma política mais efetiva para formação.

Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, deu boas-vindas ao Ministro da Saúde e justificou a ausência da presidente do CONASS. Também cumprimentou o Ministro da Saúde pela escolha da sua equipe uníssona, alinhada, e pela decisão de vir ao Conselho 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 Faciliformes – 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 Sorridente. 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, **Lúgia 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

pontualmente a algumas delas. Primeiro, confirmou a sua presença na atividade do dia de combate à hanseníase, 30 de janeiro, em Nossa Senhora Aparecida, que terá a presença de representante da CNBB. Destacou que Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde devem trabalhar de forma coletiva na construção de consensos para a melhoria do SUS. Concordeu com a proposição de pautar debate sobre a 14ª CNS na próxima reunião do Conselho e, a propósito, expressou o seu entendimento de que o Conselho deve produzir um documento com questões orientadoras sobre o temário da 14ª CNS. Fez referência à intervenção da conselheira Jurema Werneck e do conselheiro Jurandi Frutuoso para salientar que é fundamental efetivar o velho ou o novo sem repetir os erros dos últimos anos. Destacou que o momento é de enfrentamento da dengue e destacou as medidas adotadas pelo Ministério da saúde para reforçar a vigilância: antecipação da estratificação de risco, classificação dos dezesseis estados com maior risco de alerta e publicação de portaria que exige dos serviços de saúde a notificação de suspeitas de óbitos por dengue. Ressaltou ser fundamental que o CNS sinalize a importância das duas frentes de combate à dengue: reforço à mobilização da sociedade; e estruturação da rede de busca de casos. Por fim, manifestou sua satisfação com o debate e reforçou o compromisso de estar em todas as reuniões do CNS.

Conselheira **Marisa Fúria Silva** disse que denunciou marcas de geladeira que acumulam água parada e possibilitavam a criação do mosquito e recebeu a informação de que foram feitas adaptações. Desse modo, sugeriu que o Ministério da Saúde chame os fabricantes para recall dessas geladeiras. Conselheiro **Francisco Batista Junior**, Presidente do CNS, saudou o Ministro da Saúde e sua equipe e fez uma homenagem especial ao Conselheiro Antônio Alves de Souza pela expressiva contribuição no CNS e pela defesa incansável do SUS.

ITEM 2 – APROVAÇÃO DA ATA DA 216ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS E DA 47ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS – Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou em apreciação as atas da 216ª Reunião Ordinária do CNS e da 47ª Reunião Extraordinária do CNS. **Deliberação: a ata da 216ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade, com duas abstenções (dois conselheiros que não participaram da reunião) e a ata da 47ª Reunião Extraordinária do CNS, com a contribuição do conselheiro Geraldo Vasconcelos e três abstenções.** Conselheiro **Jurandi Frutuoso** cumprimentou a relatoria pelo texto da ata que expressou com fidelidade o debate do Pleno.

ITEM 08 – CALENDÁRIO DE REUNIÕES DO CNS E MESA DIRETORA. RESOLUÇÃO Nº. 434, DE 10 DE JUNHO DE 2010. MEDIDA PROVISÓRIA Nº. 520/2010. INDICAÇÃO PARA A CONEP. INFORMES E INDICAÇÕES. *Indicações:* a) GT CONEP – atribuição: Revisar a Resolução CNS nº. 240 e Processo de Acreditação dos Comitês de Ética em Pesquisa. *Indicações: Segmento de usuários:* Nadir Amaral; e Alexandre Magno. *Segmento de Trabalhadores:* Fernanda Lou Sans Magano; e Ana Crisithina de Oliveira Brasil. *Gestor:* uma vaga (a indicar). b) GT Saúde e Migração: **Acesso à Saúde do Estrangeiro no Brasil** - Fomentar a inserção de dados sobre o atendimento de estrangeiro por serviços e programas dos SUS; revisão da Resolução Recomendada nº 2 do Conselho Nacional de Imigração – CNIG e construção de parâmetros mínimos que permita a padronização do atendimento de estrangeiro na esfera do SUS. *Indicações: Segmento de usuários:* Júlio Gevaerd; e Abrahão Nunes. *Segmento de Trabalhadores:* Ruth e Solange Aparecida Caetano. *Gestor:* uma vaga (a indicar). c) Conselho Municipal de São João da Boa Vista – SP – O CMS enviou denúncia sobre irregularidades no funcionamento do CNS e o Mesa Diretora sugeriu uma visita ao município para conversar com a SMS, o CMS e o MP. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** avaliou que o CNS deveria verificar se o CMS enviou a denúncia ao CES e a manifestação deste antes de definir encaminhamento, respeitando as instâncias de gestão. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** salientou que é preciso recuperar a proposta para regulamentar a forma de apresentação de demandas ao CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, lembrou que a proposta de resolução com as diretrizes estava pronta, mas não foi possível pautá-la no CNS. Tão logo fosse possível, seria trazida para apreciação do Plenário. **Deliberação: solicitar manifestação do CES/SP a respeito da denúncia do CMS para definir os encaminhamentos do CNS.** d) 1ª Conferência Nacional sobre Transparência e Participação Social – I CONSOCIAL. Data: de 13 a 15 de outubro de 2011. Local: Brasília – DF. Coordenação: Controladoria Geral da União – CGU. Tema: “A Sociedade no Acompanhamento da Gestão Pública”. Indicação para compor a Comissão Organizadora: **Conselheiro José Marcos de Oliveira – Titular; e Conselheiro Francisco Batista Júnior – Suplente.** e) Congresso Internacional “International Society for Biological and Environmental Repositories (ISBER) – Annual Meeting 2011. Data: 15 a 18 de maio de 2011. Local: Washington DC – EUA. A CONEP indicou dois nomes - Gabriela e Paulo França –

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

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

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

896 (operacionalização, metodologia, estratégias – como melhorar para funcionar mais e melhor); e
897 resolatividade e eficiência das ações. Fez questão de chamar a atenção para a capilaridade e
898 articulação do CNS com instituições (MP, TCU, DENASUS...), o que representou um avanço.
899 Concordeu que a avaliação é um processo e são necessários critérios definidos para norteá-la.
900 No que se refere à representatividade, destacou a presença do CNS em diversos eventos, mas
901 defendeu a necessidade de um retorno ao CNS sobre a participação em eventos. Por fim,
902 disse que é preciso considerar na avaliação o cenário e a conjuntura. Conselheira **Ruth**
903 **Ribeiro Bittencourt** apelou ao CNS que não transforme as diferentes concepções em crise,
904 que pode servir a interesse de grupos. Frisou que era preciso apresentar produtos (ações)
905 inclusive para servir de base para esse momento de avaliação política do CNS. Defendeu que
906 o CNS trabalhe na lógica de avaliar as ações – o quanto se avançou e o quanto se deve
907 redefinir para avançar ainda mais. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que os fóruns
908 de usuários e de trabalhadores da saúde deveriam fazer avaliação interna das contribuições da
909 Mesa Diretora e da presidência e do retorno às demandas. Conselheiro **Abrahão Nunes da**
910 **Silva** defendeu a elaboração de um planejamento estratégico para o CNS. Conselheiro
911 **Francisco Batista Júnior** destacou que o exercício da democracia avaliativa exigia, dentre
912 outras questões, um permanente processo de avaliação e, no caso do CNS, avaliar para
913 corrigir rumos e avançar. Colocou o entendimento de que o documento apresentado
914 possibilitava a análise do cumprimento das disposições do Regimento Interno do CNS. Disse
915 que as pautas demonstram o quanto o CNS debateu e avançou nos aspectos da sua
916 governabilidade, mas reconheceu que era preciso avaliar a repercussão para o Sistema e a
917 população. No que se refere aos resultados concretos junto à população, destacou que o CNS
918 era referência para o país; e, no que se refere ao Sistema, o CNS realizou várias atividades e
919 promoveu debates de assuntos importantes, mas que fugiam da sua governabilidade. A
920 respeito da Agenda Política do CNS, destacou que era consenso, mas não foi possível avançar
921 e havia movimentos do governo que ia de encontro à proposta. Colocou que o maior desafio do
922 CNS era enfrentar as questões que não estão ocorrendo ou ocorrendo de forma diversa e a
923 expectativa era que se pudesse avançar com a nova gestão do Ministério da Saúde.
924 Conselheiro **Geraldo Vasconcelos** registrou que o CNS teve avanços – mais funcionários,
925 mais equipamentos, solução de problemas internos (emissão de passagens, por exemplo) e
926 destacou a importância da Mesa Diretora do CNS. Ressaltou que os conselheiros deviam fazer
927 uma auto-avaliação acerca do compromisso com o SUS. Manifestou o anseio pela ajuda do
928 Ministro da Saúde para que a Agenda Política do CNS fosse colocada em prática. Conselheira
929 **Marisa Fúria Silva** defendeu que o CNS interfira de forma mais incisiva nas ações de saúde
930 que não estavam ocorrendo. Conselheiro **Ubiratan Cassano**, no que se refere à definição das
931 pautas do CNS, sugeriu que a Mesa Diretora do CNS disponibilize aos conselheiros uma pré-
932 pauta, para possibilitar contribuições como a indicação de convidados. Conselheira **Maria do**
933 **Socorro de Souza** considerou que era preciso pensar outros processos avaliativos levando-se
934 em conta a responsabilidade e o papel do CNS, porque as avaliações realizadas até aquele
935 momento eram atreladas ao planejamento, prevalecendo necessidade de planejar que avaliar
936 e, naquele momento, a avaliação foi realizada como mecanismo de reestabelecimento da
937 ordem política. Avaliou que o Plenário devia considerar a possibilidade de dar a Mesa Diretora
938 uma prerrogativa política e ampliar a agenda política do CNS, que definiu a condução política
939 do CNS. Falou do esforço da Mesa Diretora e da presidência do CNS em estabelecer diálogos
940 com o Executivo e das dificuldades desse processo e, de outro lado, destacou os resultados
941 positivos na relação com o Legislativo, MP. Também reiterou a necessidade de avançar na
942 relação com outros conselhos e com a plenária de conselhos, que, na sua visão, avançou mais
943 na relação com o Presidente. Acrescentou que a agenda do CNS possibilitou aos movimentos
944 sociais a organizar as suas pautas e orientar as estratégias. Relatou que a CONTAG teve
945 dificuldades de participar da Mesa, por conta da expectativa em relação à Mesa de debater os
946 gargalos que dificultam o acesso e atendimento das populações rurais no SUS e da
947 complexidade das pautas. Também disse que é importante discutir se a representação na
948 Mesa se daria pelos conselheiros ou pelas entidades e destacou como positiva a posição do
949 CNS diante da situação de estados como BA, DF, RS. Conselheiro **Luiz Anibal Machado** falou
950 do reconhecimento dos conselhos municipais e estaduais pelo CNS, órgão máximo de
951 deliberação do SUS, que define diretrizes a serem seguidas. Contudo, reconheceu que o CNS
952 deve aproximar-se ainda mais dos conselhos estaduais e municipais com capacitações,
953 formações... Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** destacou que as intervenções refletiam o
954 dilema vivenciado no SUS como a divergência de defender um Sistema que não se usa
955 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 SGEF 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 13ª 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 14ª 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 de seguridade social e a realização do seminário de atenção primária e privado x público. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** 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 mostrava-se 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 envia 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 a 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 Bouffleur** explicou que, nos termos do Regimento Interno do CNS, relatórios das atividades deveriam ser encaminhados à

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

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

saúde na seguridade social” fosse incluído “integralidade, equidade e universalidade”. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que um grupo deverá reunir-se para elaborar um texto de orientação sucinto e essa proposta será discutida nesse momento. **Deliberação: o Plenário reafirmou o tema da 14ª CNS “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro”;** e aprovou, por unanimidade: 1) a redefinição do eixo da 14ª CNS: “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS: Política de saúde na seguridade social; Participação da comunidade e controle social; Gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde)”;

2) a elaboração de um texto com questões orientadoras sobre o temário da 14ª Conferência para debate municipal, estadual e nacional. Os subsídios para a construção do texto são os relatórios das duas últimas Conferências Nacionais e o objetivo é elaborar diretrizes com ações estratégicas prioritárias para o município, o estado e a União; e 3) a redefinição da data da etapa municipal, sendo o calendário: Etapa municipal – 01 de abril a 15 de julho de 2011; Etapa estadual – 16 de julho a 31 de outubro de 2011; e Etapa nacional – 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011. Além disso, acordou-se que a Comissão Organizadora indicará os nomes para compor os GTs de elaboração do texto de subsídio e o Regimento Interno do CNS.

Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o CNS deveria definir o encaminhamento acerca dos municípios que definiram a data da Conferência com base no calendário anterior. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** destacou que é preciso separar conferência municipal de saúde e etapa municipal da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Explicou que, a partir da publicação do decreto de convocação da 14ª CNS, os municípios realizarão a etapa municipal da conferência nacional. Disse que tratou dessa questão com o presidente do CONASEMS e foi informado que não há problema a esse respeito. A conselheira estadual, **Maria Inês**, explicou que conselhos municipais de saúde deveriam ter realizado as conferências em 2010 e o processo eleitoral foi adiado para início de 2011. Portanto, disse que os municípios não têm condições de realizar plenárias e conferências em abril e maio de 2011. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu o envio de um comunicado do CNS aos CES e CMS com as novas orientações acerca da 14ª CNS e enfatizou a necessidade de publicar o decreto de convocação da 14ª CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, avaliou que não haverá problemas, porque os municípios aguardam a definição dessa reunião para dar encaminhamento ao processo da 14ª CNS. Enfatizou a necessidade de compor os GTs para elaborar o texto orientador e o Regimento Interno da CNS para que as conferências municipais se iniciem com essas orientações. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** sugeriu o envio de carta aos municípios comunicando e justificando as modificações acerca da 14ª CNS. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** informou que, em sendo aprovada a proposta de redefinição acerca da 14ª CNS, o Ministro da Saúde encaminharia a resolução do CNS naquele dia à Casa Civil e o decreto possivelmente seria publicado na semana seguinte. Além disso, disse que os recursos repassados a municípios e estados da Política do Participa SUS para apoiar a mobilização social e fortalecer o controle social poderiam ser utilizado na realização das conferências. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, considerando a importância de mobilizar a sociedade para a 14ª CNS, sugeriu a assinatura simbólica do decreto de convocação, pela Presidenta Dilma Rousseff e o pronunciamento do Ministro da Saúde convocando a sociedade para a 14ª. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, na linha do que foi sugerido pelo Conselheiro Ronald, disse que era preciso dar encaminhamento à proposta de metodologia, aprovada em dezembro de 2010, que contempla as sugestões de mobilização. Conselheira **Fernanda Magano** solicitou maior atenção ao município de São Paulo para evitar eventuais problemas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que a proposta do conselheiro Ronald dos Santos, entre outras, já está sendo encaminhada pela Comissão Organizadora da 14ª. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, a respeito da situação de São Paulo, falou da sugestão de solicitar item na pauta da próxima reunião do CMS/SP para tratar da 14ª e se colocar à disposição para contribuir no processo. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou que os conselheiros nacionais de saúde residentes em São Paulo poderão contribuir na solução de eventuais problemas. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** explicou que estão previstas atividades do Ministro da Saúde em São Paulo e é possível tratar dessa questão. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** destacou que o CNS deve solicitar esclarecimentos sobre os encaminhamentos acerca da denúncia sobre o Estado de São Paulo que chegou ao CNS e, em seguida, definir estratégias de mobilização. Também solicitou espaço para apresentar uma moção sobre saúde suplementar. **Deliberação: o Plenário aprovou ofício circular do CNS aos CES e CMS informando as redefinições acerca da 14ª**

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

1316 sequência, o Secretário de Vigilância em Saúde, **Jarbas Barbosa**, fez uma exposição sobre as
1317 ações de combate à dengue. Inicialmente, disse que a grande dificuldade de combate à
1318 dengue refere-se ao fato de exigir trabalho articulado e intersetorial (MS, Estados, Municípios,
1319 sociedade civil, mídia) e de ser uma doença produzida pelas condições urbanas do mundo
1320 desenvolvido. Explicou que casos notificados e internações por dengue/FHD Brasil (1986-
1321 2010) mostram um processo contínuo de transmissão. De 1986 a 1993, observam-se ondas
1322 epidêmicas em áreas localizadas; de 1994 a 2000, comportamento endêmico/epidêmico com
1323 circulação do vírus em todas as regiões; 2002 a 2008, casos graves em crianças e
1324 adolescentes; e 2009 e 2010, casos graves em idosos. Em 2010, foram registrados cerca de 1
1325 milhão de casos, 15.500 casos graves e 550 mortes. Explicou que as epidemias têm impacto
1326 nas economias dos países e um estudo de custos de epidemias de dengue realizado em oito
1327 países mostrou: dias de doença: 11,9 dias (amb.) e 11 dias (hosp.); Hospitalizados: 5,6 dias
1328 perdidos de escola e 9,9 dias de trabalho; Custo médio: U\$ 514,0 paciente ambulatorial e U\$
1329 1.394,0 paciente hospitalizado; e estimativa do custo de dengue nos oito países: U\$ 587
1330 milhões, podendo chegar a U\$ 1,8 bilhões com outros gastos incluindo atividades de
1331 prevenção. Disse que foi realizada investigação dos 94 óbitos em 2010 e verificou-se que: a
1332 média de idade (anos) é de 48; 61 pessoas procuraram duas ou mais unidades diferentes para
1333 o atendimento (65%) – esse dado mostra a importância do cartão do acompanhamento do
1334 paciente; treze pacientes atendidos em Unidade Primária (14%); 48 tiveram suspeita clínica de
1335 dengue no 1º atendimento (51%); 73 tiveram diagnóstico laboratorial específico (78%); e 18
1336 com classificação de risco nas Unidades de atendimento (19%). Além disso, a investigação
1337 desses 94 óbitos mostrou: Casos de Febre Hemorrágica da dengue – 58%; Casos de dengue
1338 grave - 42%; 54% com co-morbidades, sendo as principais hipertensão arterial e diabetes
1339 melittus; e 87% apresentou sinais de alarme, sendo os mais comuns vômitos persistentes e dor
1340 abdominal. A respeito do cenário atual, explicou que, em 2010, o MS definiu indicadores para
1341 definir o “Risco Dengue”, quatro indicadores do setor Saúde, um indicador ambiental e um
1342 indicador demográfico. Explicou que em setembro de 2010 foi elaborado mapa de risco de
1343 dengue que mostrou: dez estados com risco muito alto de epidemia; nove estados com risco
1344 alto de epidemia; cinco estados e o DF com risco moderado; um estado sem transmissão
1345 autóctone; e um estado com transmissão focalizada. Disse que a antecipação das ações
1346 preventivas pode evitar este cenário resultante do novo método de avaliação de risco:
1347 dezesseis estados com risco muito alto de epidemia; cinco estados com risco alto de epidemia;
1348 três estados e o DF com risco moderado; um estado sem transmissão autóctone (SC); e um
1349 estado com transmissão focalizada (RS). Ressaltou que a vantagem do levantamento rápido
1350 dos índices de infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA) é a possibilidade de identificar criadouros
1351 predominantes e o índice de infestação de larvas e direcionar ações de controle para áreas
1352 mais críticas. Detalhou que os parâmetros utilizados no levantamento são os seguintes:
1353 inferiores a 1%: condições satisfatórias; de 1% a 3,9%: situação de alerta; e superior a 4%:
1354 risco de surto de dengue. Esclareceu que a aplicação do levantamento apontou 24 municípios
1355 em risco de surto, incluindo duas capitais: Rio Branco e Porto Velho; 154 municípios em
1356 situação de alerta, incluindo catorze capitais; e 192 municípios estão em situação satisfatória.
1357 Explicou que os criadouros predominantes nas capitais, segundo o LIRAA 2010, são: Norte e
1358 Nordeste: predomina o abastecimento de água; Sul e Sudeste: predominam os depósitos
1359 domiciliares; e Centro Oeste: predomina o lixo. Comentou as ações de preparação do setor
1360 saúde em articulação entre Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Em julho de 2009,
1361 lançamento das Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, em
1362 conjunto com CONASS e CONASEMS. Como medida de preparação, o Ministério da Saúde
1363 distribuiu equipamentos, insumos e inseticidas. A respeito do financiamento, lembrou que cada
1364 município adapta os recursos a sua realidade. Disse que se estima que 70% do Piso
1365 Financeiro de Vigilância e Promoção da Saúde, de R\$ 950 milhões, é gasto com ações de
1366 dengue de maior custo e continuada e outros recursos específicos como R\$ 40 milhões em
1367 campanha de mídia. Falou do Grupo executivo interministerial, coordenado pelo Ministério da
1368 Saúde e formado por doze órgãos do governo federal, que reuniu com a presença da
1369 presidente da República. Também falou da campanha nacional de combate à dengue que tem
1370 uma fase reativa e uma educativa, de acordo com a sazonalidade da doença. Também
1371 apresentou as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em 2011: reunião do Grupo
1372 Executivo Interministerial com a definição de atividades para cada ministério; visita do Ministro
1373 da Saúde aos estados com risco. Visitados: RJ, AM, AC, PA. GO e TO - dia 21/01 e ES - dia
1374 22/01; portaria tornando os casos graves e óbitos por dengue de notificação imediata;
1375 assessoria para implantação dos Planos de Contingência aos estados com risco. Realizado

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

eficácia do fumacê e o produto utilizado nesse processo. Também sugeriu aos expositores o envio de materiais sobre dengue e KPC às entidades que compõem o CNS para divulgação.

Retorno da mesa. O Gerente Geral/GGTES/ANVISA, **Heder Murari Borba**, primeiro, informou que a sua apresentação estava à disposição do CNS. Disse que a intenção é utilizar a capacidade mobilizadora do CNS para sensibilizar os CES e CMS para importância desse tema. Explicou que essa questão não é nova, mas, diante das novas ameaças e mecanismos priorizou-se o trabalho desses profissionais de saúde. Também reconheceu como necessária a integração entre ANVISA e SVS para tratar dessa e de outras questões. A respeito da RDC nº. 44, concordou que é fundamental divulgá-la, considerando tratar-se de uma iniciativa que pode contribuir para coibir a venda abusiva e o uso irracional de antibióticos. Esclareceu que as medidas de precaução e isolamento, quando diagnosticado um caso, são para todos os profissionais e as orientações estão disponíveis na página da ANVISA e na nota divulgada em outubro de 2010. Disse que a higienização das mãos ainda não assumiu no Brasil a dimensão que assumiu em outros países e a ANVISA tem trabalho no sentido de incorporar essa questão. Além disso, ressaltou que os índices de infecção hospitalar diminuem somente quando se atinge mais de 70% de adesão dos profissionais à estratégia. Informou ainda que não há relatos de casos de KPC em consultórios e clínicas, mas há um processo de migração das ocorrências de saúde pública relacionadas à infecção para outros locais que não os hospitais, porque a tecnologia médica está migrando para clínicas e consultórios de menor porte. Lembrou que, recentemente, houve um surto de microbactérias em clínicas e consultórios de cirurgia plástica e cirurgia laboroscópica. O Secretário/SVS/MS, **Jarbas Barbosa**, agradeceu as manifestações e respondeu as questões colocadas. Disse que o Cartão de acompanhamento é necessário, pois permite identificar o agravamento dos casos de dengue. Contudo, esse instrumento não será mais necessário com a implantação do Cartão SUS, que permitirá o acompanhamento. Explicou que a identificação dos casos de dengue e as medidas iniciais podem ser feitas nas unidades básicas de saúde. Portanto, as equipes de unidade básica e da família devem ter ação mais pró-ativa com integração da rede local. Reconheceu que a intersetorialidade é essencial e informou que na reunião do GT Interministerial o Ministério das Cidades comprometeu-se a definir indicadores para orientar sistemas de priorização de obras. Também esclareceu que o fumacê é indicado em situações de forte transmissão, porque leva à morte de metade das formas adultas do mosquito. Disse que o ideal é remover criadouro, utilizar o larvicida, e, por último, se necessário, utilizar o fumacê. No mais, ressaltou que os inseticidas utilizados no Brasil são recomendados pelo comitê específico da OMS, em todo caso, é preciso monitorar. Colocou a proposta de constar, entre os direitos do paciente, o de perguntar se os profissionais de saúde lavaram as mãos antes de atendê-lo, pois, com isso, reduziria a infecção hospitalar, febres e outras doenças de transmissão por contato com superfície contaminada. Por fim, informou que teria que se retirar naquele momento, mas permaneceria o Coordenador do Programa da Dengue, Giovanini Coelho, para responder as perguntas.

Manifestações. Conselheiro **Ubiratan Cassano** agradeceu os expositores pelas falas elucidativas e, no caso dos Hospitais e de Ensino, perguntou se as CCHs estão cadastradas e seria possível disponibilizar os dados a esse respeito. Conselheira **Maria Thereza Antunes** fez os seguintes questionamentos acerca da KPC e da ANVISA: Por que foi escolhida a *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase entre as gran-negativas?; Os hospitais particulares são obrigados a fazer a notificação da KPC no caso de óbito? Quem controla o cumprimento das resoluções da ANVISA nos hospitais particulares? Conselheiro **Arilson Cardoso** reforçou a defesa do CONASEMS pela inclusão do agente de controle de endemias em 100% das equipes do PSF, considerando a necessidade de tratar a questão da vigilância cada vez mais de forma descentralizada. Conselheiro **José Cechin** cumprimentou o Ministro da Saúde e sua equipe pela iniciativa de informar sobre a dengue e comunicou que as operadoras de saúde estão trabalhando na linha da informar os beneficiários sobre o assunto. Ressaltou ser fundamental que os médicos que atendem as operadoras de serviços conheçam e façam adesão aos protocolos clínicos, visando otimizar o processo de identificação da dengue e recuperação dos doentes. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** disse que, apesar do esforço, o trabalho do Ministério da Saúde, estados e municípios tem sido insuficiente para enfrentar a dengue. Salientou que esse problema deve ser discutido a partir dos determinantes sociais e, nessa linha, frisou que R\$ 13 bilhões/por ano durante cinco anos resolveria o problema de saneamento básico do Brasil. No mais, informou que no dia 28 de novembro de 2010 foi publicada a Norma Regulamentadora MT/MS nº 32, que trata do trabalho em saúde, mas para implementá-la são necessários R\$ 7 bilhões.

Retorno da mesa. Em resposta às intervenções, o Gerente Geral/GGTES/ANVISA, **Heder Murari Borba**,

explicou, a respeito do cadastramento das comissões de controle de infecção, que prioritariamente, são cadastrados os hospitais com 10 leitos de UTI ou mais, portanto, os HUEs estão sendo ou serão cadastrados. Explicou que a disponibilização dos dados para UNE poderia ser tratada diretamente com a ANVISA para verificar a possibilidade. Reiterou que o desenvolvimento da multiresistência ocorre com o desenvolvimento natural dos microorganismos e a enzima KPC foi desenvolvida pela Klebsiella. Esclareceu que a lista de classificação compulsória é editada pelo MS e os agravos relacionados à infecção hospitalar não são de notificação compulsória. Contudo, isso não significa que não há obrigatoriedade de comunicação, pois, a legislação da ANVISA abrange os serviços públicos e privados. Ademais, disse que, de acordo com a determinação legal de 1998, em cada estado há uma coordenação estadual de controle de infecção ligada à vigilância em saúde ou vigilância sanitária. Ressaltou que a responsabilidade de aplicação das normas é descentralizada conforme norma do SUS. Explicou que em muitos países é hábito do paciente perguntar ao profissional de saúde que irá atendê-lo se foram lavadas as mãos, mas isso não ocorre no Brasil. Também informou que a utilização da solução anti-séptica (álcool 70%) é mais eficaz que o sabão. Por essa razão, a ANVISA editou a RDC n°. 42, que obriga os serviços públicos e privados a terem dispensador de álcool ou disponibilizar frasco de álcool aos profissionais. Frisou que essa é uma responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. O Coordenador do Programa da Dengue, **Giovanini Coelho**, explicou que as diretrizes nacionais lançadas em 2009 apontam a necessidade do agente comunitário de endemia na equipe do PSF e foi publicada portaria a esse respeito. Portanto, é preciso incentivar essa questão em nível local. Agradeceu a disposição das operadoras de planos privados de saúde e frisou a importância do setor de saúde suplementar para ajudar no diagnóstico precoce e tratamento da dengue. Avaliou que duas ações acenam mudança da visão da dengue como um problema restrito ao setor saúde, sendo necessário envolvimento de outras áreas: aprovação da Política Nacional de Resíduos Sólidos; e envolvimento direto da Presidente da República. **Manifestações.** Conselheiro **José Wilton da Silva** manifestou preocupação com a contaminação de pacientes transplantados por KPC e perguntou se há orientação da ANVISA de fiscalização dos serviços de diálise e UTIs para prevenir mortes. A respeito da dengue, quis saber se há previsão de punição daqueles que descumprem as orientações para evitar criadouro do mosquito (falta de cuidado de terrenos, por exemplo) e onde esses casos podem ser denunciados. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** enfatizou que é preciso elaborar uma campanha educativa para a população e pensar em sanções para os que não cumprem as orientações para prevenir a dengue. Conselheira **Marisa Fúria Silva** disse que é preciso esclarecer melhor à população que, para fricção antisséptica das mãos, deve-se usar o álcool 70, que é bactericida. Também perguntou se a ANVISA fiscaliza as empresas que produzem álcool em gel. Disse que, ao denunciar marcas de geladeira que possibilitavam a criação do mosquito da dengue, fora informada de que a empresa fez adaptações no projeto das geladeiras. Desse modo, sugeriu que o Ministério da Saúde chame os fabricantes para que procedam ao recall dessas geladeiras. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu divulgar a agenda do Ministro da Saúde nos Estados aos conselheiros nacionais para que acompanhem a atividade em nível local. A respeito da mobilização, disse que estão sendo realizadas reuniões com grupos específicos e sugeriu verificar outros grupos interessados. Conselheiro **Renato Padilha** sugeriu o envio do material da ANVISA sobre KPC aos centros de hemodiálise e a definição de ações de prevenção das doenças renais a serem divulgados no dia mundial do rim. **Retorno da mesa.** Em relação às questões que emergiram das intervenções, o Gerente Geral/GGTES/ANVISA, **Heder Murari Borba**, respondeu que o transplantado faz parte da população de risco para adquirir infecções, portanto, merece maior atenção. Também informou que a RDC da ANVISA 154 normatiza o funcionamento das unidades de diálise e a intenção é atualizá-la em 2011. Frisou novamente que as ações de vigilância sanitária seguem a norma do SUS de compartilhamento das responsabilidades entre as três esferas de gestão. Nessa linha, as vigilâncias dos estados e municípios são as responsáveis pela fiscalização. Disse que a RDC da ANVISA 42/2010 define as fórmulas adotadas para fricção antisséptica das mãos e o produto de uso hospitalar deve atender a formulação. Contudo, essa regra não se aplica ao álcool vendido nas farmácias para uso da população. Salientou que a publicação de uma resolução que normatiza a antisepsia das mãos modificará a configuração dos mercados, inclusive na formulação dos produtos. Disse que as unidades de diálise devem ter um tratamento diferenciado em relação à prevenção de infecção hospitalar porque é onde os pacientes têm maior risco de contrair infecção. Agradeceu a oportunidade e solicitou dos 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 feitas, 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/GGTES/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.

1616 Iniciando, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, retomou as
1617 pendências do item informes e indicações. Coordenação: Conselheiro **Volmir Raimondi**, da
1618 Mesa Diretora do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,
1619 informou que foi disponibilizado quadro das resoluções do CNS: 1) Não Homologadas: uma de
1620 2008, seis de 2009 (quatro foram devolvidas ao CNS) e uma de 2010; e 2) homologadas: 2010.
1621 Comprometeu-se a debater com o Gabinete do Ministro da Saúde o encaminhamento acerca
1622 das resoluções que se encontram no Gabinete e não homologadas. Conselheiro **Volmir**
1623 **Raimondi** explicou que o Pleno teria que definir o que fazer acerca das resoluções devolvidas
1624 para o CNS. **Deliberação: encaminhar cópia das resoluções não homologadas pelo**
1625 **Ministro da Saúde e devolvidas ao CNS aos fóruns para análise e retomar na próxima**
1626 **reunião. GT SAÚDE DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA BRASILEIRA. Deliberação: indicar**
1627 **nomes na próxima reunião do CNS. Usuários: 2 vagas; Gestor: 1 vaga; Trabalhador: 2**
1628 **vagas.** Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS fez a leitura do ofício circular do CNS aos
1629 CES e CMS informando as redefinições acerca da 14ª CNS. **Deliberação: o texto do ofício**
1630 **foi aprovado. MEDIDA PROVISÓRIA Nº. 520/2010** - autoriza o Poder Executivo a criar a
1631 empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. – EBSEH.
1632 Conselheiro **José Rubens Rebelatto** recuperou que, ao apresentar o REHUF ao Pleno do
1633 CNS, apontou pontos sobre os quais fora possível avançar (gestão, financiamento...) e
1634 destacou que não fora possível avançar na reposição de pessoal. Explicou que foi realizado
1635 diagnóstico para verificar o montante de profissional necessário para reposição e verificou-se a
1636 necessidade de contratação de 7.659 funcionários em caráter emergencial. Disse que, ao
1637 apresentar o diagnóstico ao Ministério do Planejamento, a decisão foi que não seria contratado
1638 funcionário até que não houvesse acordo acerca de um novo modelo jurídico de gestão para os
1639 hospitais universitários federais. Acrescentou que nesse ínterim o então Presidente recebeu os
1640 reitores e comprometeu-se a negociar o envio de proposta ao Congresso Nacional. Contudo,
1641 não houve tempo hábil para esse envio e ficou-se na dependência de um texto que devesse
1642 ser mandado como medida provisória ao Presidente. No dia 28 de dezembro, a Casa Civil
1643 consultou o MEC sobre o texto do decreto e, após discussão entre MEC e Casa Civil, chegou-
1644 se ao texto da MP nº. 520/10. Explicou que a orientação do Ministro da Educação é que o
1645 debate dessa matéria deva ocorrer no âmbito do Congresso Nacional e afirmou que não será
1646 tomada nenhuma iniciativa até deliberação em âmbito nacional. Na sua avaliação, o texto da
1647 MP nº. 520/10 permite três possibilidades para os HUFs e, além disso, acena para a solução do
1648 problema da contratação de 24 mil profissionais de forma ilegal. Disse que, aos hospitais já
1649 existentes, a MP permite que continuem como estão, que se torne uma filial da empresa ou
1650 que a universidade contrate a futura empresa para operacionalizar o seu hospital. De todo
1651 modo, lembrou que somente poderá ser realizado por meio de adesão, considerando a
1652 autonomia universitária. A respeito dos novos hospitais (a serem criados), a perspectiva é que
1653 iniciem como filial da empresa. Frisou que a MP é superficial e o estatuto deverá definir o que
1654 será a empresa. Em sua opinião, a empresa deverá ser vinculada ao MEC, com capital público
1655 e responsável por gerenciar e oferecer serviço gratuito e leitos destinados 100% SUS.
1656 **Manifestações.** Conselheiro **Manuel Messias Nascimento** avaliou como um equívoco do
1657 governo a criação de uma empresa pública para terceirizar profissional, em especial pela forma
1658 como se deu: por meio de Medida Provisória, publicada no final do governo, sem um debate
1659 com a sociedade. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que, após oito anos, o
1660 governo tentou resolver a situação dos 24 mil profissionais contratados de forma ilegal da pior
1661 forma possível: MP editada no último dia de mandato sem debate com atores sociais, gerando
1662 situação difícil de ser enfrentada. Ressaltou que a proposta é uma versão piorada da proposta
1663 de fundação e o CNS deve manifestar-se sobre essa questão. Conselheiro **Alcides Silva de**
1664 **Miranda** manifestou preocupação com a opção de uma lógica de direito privado, em especial
1665 por se tratar de hospital universitário. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** ratificou as
1666 falas que a antecederam e defendeu manifestação enfática do CNS a respeito da MP 520/10.
1667 Conselheiro **João Rodrigues Filho** propôs a aprovação de moção de repúdio à MP 520.
1668 **Retorno da mesa.** Conselheiro **José Rubens Rebelatto** lembrou que se trata de uma decisão
1669 de governo exposta em MP, assinada pelo Presidente da República e publicada no DOU.
1670 Lembrou que, antes do REHUF, não se sabia as formas de contratação no âmbito dos 46
1671 hospitais, nem da dimensão das dívidas, entre outras questões. Disse que poderia levar a
1672 posição do CNS às direções governamentais, mas um conjunto de encaminhamentos fugia da
1673 sua governabilidade. Reiterou a posição de que o debate democrático dessa matéria seja feito
1674 no âmbito do Congresso Nacional. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** concordou com a
1675 proposta de moção de repúdio do CNS e sugeriu que o CNS defenda a retirada da proposta do

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