



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos seis e sete dias do mês de abril 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 Vigésima Reunião Ordinária do CNS. **ABERTURA DA REUNIÃO DO CNS – Composição da mesa:** Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** abriu a reunião cumprimentando os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Inicialmente, apresentou a pauta da reunião e não houve destaques. Após saudar os presentes, a Secretária-Executiva do CNS fez os seguintes informes: o Presidente do CNS estaria presente às 10h30 para apresentação do item 3 da pauta; e, em comemoração ao dia mundial da saúde, no dia 7 de abril, às oito horas, seria realizada caminhada no Parque da Cidade, pelo lançamento do Programa de Alimentação e Hábitos Saudáveis. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 219ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – Composição da mesa:** **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS; e Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** colocou em apreciação a ata da 219ª Reunião Ordinária do CNS. **Deliberação:** a ata da 219ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada, por unanimidade. **ITEM 2 – INFORMES E INDICAÇÕES - Apresentação:** **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. **Coordenação:** Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **a) GT para o Congresso do CONASEMS.** Tema: “Saúde no Centro da Agenda de Desenvolvimento do Brasil”. Data: 09 a 12 de julho de 2011. Local: Brasília-DF. Oficinas do CNS: Data: 11 de julho de 2011. “II Oficina de Participação Social e Políticas Públicas: Fortalecendo a Gestão do SUS”. **Usuários:** **Pedro Tourinho** e **Léo Mendes**. **Trabalhadores:** **Ruth Ribeiro Bittencourt** e **José Naum de Mesquita Chagas**. **Gestor:** **Luis Carlos Bolzan**. “II Oficina de Diversidade de Sujeitos e igualdade de Direitos no SUS”. **Usuários:** **Maria do Espírito Santo** e **Maria de Lourdes Rodrigues**. **Trabalhadores:** **Fernanda Lou Sans Magano**; e **Wilen Heil Silva**. **Gestor:** **Júlia Roland**. **b) Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em áreas Remotas e Maior Vulnerabilidade.** Data: 13 e 14 de abril de 2011. Local: Hotel Kubistchek Plaza, Brasília-DF. Vagas: três usuários e três trabalhadores da saúde. Conselheiro **Milton de Arruda Martins** informou que este é o primeiro de uma série de seminários a serem realizados para debater propostas de provimento de profissionais da saúde em áreas de difícil acesso e fixação. Detalhou que esse primeiro seminário terá duas partes, debate geral sobre o problema da fixação de profissionais da saúde em áreas de difícil acesso e fixação e propostas específicas para fixação de profissionais médicos. Ressaltou que também iniciou diálogo com as entidades de enfermagem, vez que também há problemas acerca da fixação desses profissionais. Em que pese os problemas específicos de cada área, destacou que o debate da fixação de qualquer profissional será feito em um contexto geral de todas as profissões da saúde. Finalizando, disse que o CNS está convidado a participar da atividade e os resultados serão trazidos para o Plenário. Conselheira **Lérida Maria dos Santos** manifestou satisfação com a preocupação acerca da fixação de profissionais em áreas de difícil acesso, considerando as dificuldades de interiorização dos profissionais do SUS. Também ressaltou a satisfação com a preocupação acerca da enfermagem, mas, por outro lado, defendeu que o debate considere todas as carreiras do SUS, haja vista a importância de cada uma delas. Ressaltou que, ao contrário do que ocorre em outros setores, não há debate sobre uma política de valorização dos trabalhadores da saúde. Destacou, por fim, que um dos maiores problemas do SUS refere-se à Política de Assistência Farmacêutica, contudo, a assistência farmacêutica não é contemplada nas políticas relativas aos recursos humanos. Conselheiro **Willen Heil e Silva** solicitou que o Plano de Cargos e Salários contemple todos os profissionais de saúde. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Milton de Arruda Martins** clarificou que a intenção do Ministério da Saúde não é discutir carreira específica para o profissional médico, considerando que todos os trabalhadores da saúde são essenciais ao SUS

e tendo em vista as definições da Mesa Nacional de Negociação. Todavia, reconheceu que há especificidades no que se refere à fixação de profissionais. **c) GT para o Laboratório de Inovações: Inclusão dos Cidadãos na Implementação das Políticas Públicas de Saúde, no marco das Redes Integradas de Atenção à Saúde.** *Trabalhadores:* Graciara Matos de Azevedo e Cristina Pedro Biz; *Usuários:* Nadir Francisco do Amaral e Verônica Lourenço da Silva. *Gestor:* José Eri de Medeiros. **d) GTs formados pelo Plenário do CNS e não instalados: GT Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.** *Trabalhador:* Cristina Pedro Biz. *Usuário:* o segmento encaminhará o nome à Secretaria Executiva do CNS. **GT de Atenção Oncológica no Brasil.** *Trabalhador:* Graciara Matos de Azevedo. *Usuário:* o segmento encaminhará o nome à Secretaria Executiva do CNS. **GT Saúde e Migração: Acesso à Saúde do Estrangeiro no Brasil. GT Saúde da População Carcerária Brasileira.** *Trabalhador:* Solange Aparecida Caetano. *Usuário:* **Abrahão Nunes.** Diante do número excessivo de GTs no CNS e do corte orçamentário, a Secretaria-Executiva do CNS sugeriu indicar dois conselheiros (um usuário e um trabalhador da saúde) para debater com as áreas técnicas do Ministério da Saúde os temas dos GTs e não instalar esses Grupos. **Deliberação: o Plenário decidiu indicar dois conselheiros (um usuário e um trabalhador da saúde) para debater com as áreas técnicas do Ministério da Saúde os temas dos GTs e não instalar os Grupos de Trabalho de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, de Atenção Oncológica no Brasil, de Saúde e Migração: Acesso à Saúde do Estrangeiro no Brasil e de Saúde da População Carcerária Brasileira.** **Informes: 1) MESA DIRETORA DO CNS – REGIMENTO INTERNO – Fluxo de trabalho no Plenário com base na Resolução CNS nº. 435/2010.** A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a Mesa Diretora do CNS revisitou o Regimento Interno do CNS tendo em vista o descumprimento de aspectos relativos à organização e foi elaborada uma proposta de fluxo de trabalho no Plenário com base na Resolução CNS nº. 435/2010. Feito esse esclarecimento, conselheiro **Clóvis Bouffleur** passou à leitura do documento “Fluxo de trabalho no Plenário à luz da Resolução CNS nº. 435/2010”. Inicialmente, o documento explica que o Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) é o fórum de deliberação máxima das políticas de saúde, com forte repercussão no país. O cumprimento dos passos regimentais nas reuniões do CNS contribui para garantir qualidade e transparência nas decisões, e promove a participação democrática e a autonomia representativa dos conselheiros. As competências do Plenário do CNS estão descritas no artigo 11 do seu regimento. As decisões são colegiadas, preferencialmente por consenso. Dentre as atribuições dos conselheiros, destaca-se conhecer o Regimento e a responsabilidade de estudar e apreciar as matérias do Plenário e zelar pelo bom desenvolvimento das ações do CNS. Sobre a composição, o documento salienta que o primeiro ato da reunião do CNS é a instalação do Plenário com maioria absoluta (número inteiro imediatamente superior à metade do total de membros do Conselho). Ressalvados os casos que exigem quorum especial, o quorum de deliberação do Conselho é de maioria simples, respeitado o quorum mínimo de instalação, que atualmente é de 25 conselheiros. A representação dos órgãos, das entidades e dos movimentos sociais inclui o titular e primeiro e segundo suplentes. Nas definições do artigo 15 do regimento, além das substituição prévia do titular pelo suplente, é facultado ao conselheiro titular, em situações excepcionais, ser temporariamente substituído, por um dos suplentes presente na reunião, sem onerar despesas para o CNS. A substituição deve ser acordada entre os conselheiros titulares e suplentes, e comunicada à mesa que preside a reunião. É facultado o uso da palavra e o voto somente ao conselheiro que ocupar a posição de titular. A ausência dos conselheiros de qualquer representação durante a reunião (temporária ou em tempo integral) devem ser justificadas com antecedência à Secretaria-Executiva, ou em até 48 (quarenta e oito) horas após a reunião. Sobre a pauta, destaca-se que é atribuição da Mesa Diretora remeter aos conselheiros, com dez dias de antecedência, a proposta de pauta e documentos de apoio, e apresentá-la no início das reuniões, conforme o artigo 12 e 17 do Regimento. Existe prioridade para os temas deliberados para compor a pauta em reunião anterior. A aprovação da pauta é o primeiro item da ordem do dia. Na escolha dos itens de pauta será observado: I. pertinência (inserção clara nas atribuições legais do Conselho); II. relevância (inserção nas prioridades temáticas definidas pelo Conselho); III. tempestividade (inserção no tempo oportuno e hábil); e IV. precedência (ordem da entrada da solicitação). Conforme artigo 17 do Regimento, a pauta segue a seguinte ordem, após aprovação da ata: a) expediente - 2 horas para os informes, indicações, justificativa de faltas, pedidos de inclusão de matéria, relatório da Mesa Diretora, informes de conselheiros - inscritos na Secretaria-Executiva até trinta minutos antes da reunião; b) ordem do dia - temas previamente definidos e preparados pela Mesa Diretora, para apresentação e debate. Os temas para deliberação devem ser explicitados; e c) encerramento. Sobre os temas da ordem do Dia, o artigo 21 define a ordem do dia como a fase da reunião destinada à apresentação, debate e deliberação de temas, preferencialmente, matérias que já tenham sido apreciadas pela comissão pertinente ao assunto, ou por conselheiro-relator. O tempo para cada tema é preestabelecido e definirá o número de

conselheiros possíveis de serem inscritos para intervenção. A reinscrição só será concedida se o tempo permitir. Existe precedência de novas inscrições sobre as reinscrições. Caso a discussão de um tema não seja concluída no tempo preestabelecido, o tema será automaticamente remetido para a próxima reunião ou remetido para outro momento durante a reunião, com o tempo necessário à conclusão do debate. Esta medida é necessária para o cumprimento de horários da pauta e o acompanhamento dos assuntos de interesse por meio da transmissão das reuniões pela internet. As matérias extra pauta relevantes, com caráter de urgência, poderão constar da ordem do dia, desde que aprovadas pelo Plenário. O material sobre o assunto deve ser distribuído com antecedência aos Conselheiros. Mediante justificativa aceita pelo Plenário, qualquer matéria poderá ser retirada de pauta para reestudo ou instrução complementar, por iniciativa do Presidente ou a pedido de qualquer conselheiro. A matéria deverá retornar ao Plenário na primeira Reunião Ordinária seguinte. Cabe ao Plenário decidir sobre a prorrogação de prazo. Caso o Plenário decida manter a matéria, e o conselheiro discordar da posição, ele poderá pedir vista para melhor avaliação do ponto de pauta, cabendo ao conselheiro ser relator do processo. Sobre as deliberações, o documento esclarece que o CNS manifesta oficialmente as suas deliberações por meio de resolução, recomendação e moção. Os temas das deliberações devem compor a ordem do dia, e ser de conhecimento prévio dos conselheiros. A resolução é ato geral e conclusivo, de caráter normativo e de responsabilidade direta do CNS. Portanto, a deliberação por resolução requer tempo para aprofundamento, estudo, oportunidade para o debate e esclarecimento dos conselheiros. Ao longo processo de construção política ou pactuação das deliberações, o Plenário pode promover articulações setoriais e intersetoriais, solicitar informações, publicar notas e pareceres. Por fim, o documento destaca que o rito de votação está previsto no artigo 32 do Regimento. Questões de ordem, encaminhamento e esclarecimento, aparte: a) Questão de ordem – manifestação de dúvida ou discordância sobre a interpretação, aplicação ou inobservância do Regimento Interno do CNS ou outro dispositivo legal. (tempo de 3 minutos); b) Encaminhamento - manifestação dos conselheiros relacionada ao processo de condução ou resolução do tema em discussão; (tempo de 3 minutos); c) Esclarecimento – dúvida dirigida ao coordenador da sessão plenária, antes do processo de votação; (tempo de 3 minutos); e d) Aparte - interrupção de no máximo um minuto na intervenção de um conselheiro para indagação ou esclarecimento, se houver permissão do orador. O aparte está incluído no tempo estabelecido ao conselheiro. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, reiterou que o documento resgata as definições do Regimento Interno e a intenção é aplicá-lo a partir da próxima reunião do CNS. Destacou ainda que os informes devem ser encaminhados com antecedência à Secretaria-Executiva do CNS (no máximo, até meia hora antes do início da reunião) e o rodízio entre titulares e suplentes (a substituição do titular pelo suplente durante toda a reunião ou em determinado período) deverá ser comunicado à Secretaria-Executiva. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou questão de ordem para colocar uma interpretação do Regimento Interno do CNS, no que diz respeito aos suplentes, diferente da colocada: na ausência, o titular será substituído pelo suplente e esta substituição deverá ser comunicada no decorrer da reunião. A Secretária-Executiva do CNS concordou que a substituição deve ser comunicada no decorrer da reunião, mas lembrou que deve ser uma questão excepcional. Conselheiro **Luis Carlos Bolzan** destacou que os representantes dos gestores precisam ausentar-se em determinados momentos da reunião e os suplentes são avisados para assumir. Citou esse exemplo para ressaltar que o rodízio entre titular e suplente, segundo o Regimento Interno do CNS, não é uma questão excepcional. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que o Regimento Interno do CNS não explicita que a substituição do titular pelo suplente deve ser uma questão excepcional, contudo, no entendimento da Mesa Diretora, essa questão não deve ser uma rotina. Disse que a realidade hoje é diferente daquela quando o Regimento Interno foi elaborado, pois atualmente é expressiva a presença de suplentes nas reuniões mesmo com a presença do titular. A Secretária-Executiva do CNS retirou a palavra excepcionalmente, mas lembrou que a substituição do titular pelo suplente deve ser avisada à mesa de coordenação e o suplente deve substituir o seu titular. Conselheiro **Volmir Raimondi** ressaltou que o suplente pode substituir o titular durante a reunião, a interesse de cada um desses. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** concordou que não há problema, em determinado ponto de pauta, o titular comunicar à mesa que será substituído pelo suplente. De outro lado, é a situação de suplentes intervindo a todo o momento com a presença do titular, o que prejudica a ordem dos trabalhos. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** perguntou em que momento devem ser apresentadas as justificativas de ausência e foi esclarecida que devem ser feitas na abertura dos trabalhos. **Deliberação: o Fluxo de trabalho no Plenário à luz da Resolução CNS nº. 435/2010 será colocado em prática a partir da próxima reunião do CNS. 2) GT RIO DE JANEIRO** - a) Denúncias: Irregularidades na Eleição do CES/RJ e Contrato nº002/2010 celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro com a FIOTEC. b) Denúncia: Irregularidades no Conselho Municipal de Barra do Piraí – RJ. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, coordenador do GT, explicou que a demanda sobre a indicação de delegados para a 13ª CNS chegou

ao CNS em 2007 e o GT esteve no CES/RJ, na Defensoria Pública e no Ministério Público em 2010. Dos encaminhamentos sugeridos, disse que foi acordada reunião com as partes interessadas visando acordos políticos sobre as questões não resolvidas. Explicou que esteve no Rio de Janeiro junto com representante do CONASEMS e reuniu-se com a representação do Ministério Público, com a participação do CES/RJ (os demais integrantes do GT não puderam participar da visita, mas contribuíram virtualmente com os trabalhos). Como resultado dessa reunião, acordou-se que o Ministério Público, com o apoio dos que discutem a questão da saúde, fará avaliação da documentação encaminhada. O entendimento é que a questão política foi resolvida e o foco central deve ser a defesa do SUS e o fortalecimento do controle social. A segunda questão tratada pelo GT referiu-se à denúncia de irregularidade no Contrato nº 002/2010 celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro com a FIOTEC. Disse que o Ministério Público foi ouvido e o encaminhamento foi que o MP promoverá reunião entre o CMS e a FIOTEC e, caso seja necessário corrigir o contrato, será feito. Sobre a denúncia de irregularidades no Conselho Municipal de Barra do Piraí/RJ, relatou que o GT esteve na cidade de Barra do Piraí/RJ, com a representação do CES/RJ e verificou-se que o encaminhamento do Conselho Estadual de Saúde havia tomado em 2009 corroborava com a proposta do CNS. Nesse caso, dos compromissos, destaca-se a capacitação dos conselhos municipais com apoio do CES. Portanto, o GT entende que cumpriu o papel para o qual foi designado, visto que as denúncias foram resolvidas nas reuniões realizadas. Contudo, disse que o MP talvez chamaria o GT para acompanhar os desdobramentos dos encaminhamentos acordados.

**Deliberação: tendo cumprido o seu papel, o GT foi encerrado. O coordenador do Grupo enviará o Relatório à SE/CNS. 3) GT TIMÓTEO** - denúncia de irregularidades na eleição do Conselho Municipal de Timóteo. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, coordenador do GT, informou os resultados da audiência com a Promotoria de Justiça Municipal, no dia 30 de março de 2011. Contextualizou explicando que, em 19 de setembro de 2009, o município realizou a conferência municipal de saúde “SUS 20 anos: a construção e a humanização do SUS através da ação histórica do controle social” e o CNS foi convidado, tendo sido indicado para representar o CNS e o Sr. Renato Barros, enquanto representante do CES/MG. Ressaltou que foram bem recebidos pela população e pela autoridade e puderam participar ativamente da Conferência. Contudo, no final da Conferência, surgiram denúncias de irregularidades na eleição. Os segmentos que deveriam participar do processo eleitoral da conferência municipal estiveram presentes, mas nem todos puderam participar da eleição. Disse que a intenção era eleger nova composição sem contemplar os representantes do Conselho anterior. Salientou que fez várias tentativas de resolver o impasse e, em princípio, a proposta foi aceita; contudo, no dia 22 de setembro, foi dada posse aos novos membros, mas a denúncia prevaleceu. Explicou que o Presidente do CMS na época reformulou a denúncia e comunicou o CNS. Assim, voltou ao município para diálogo, mas não houve entendimento. Nessa oportunidade, acordou-se a formação de uma comissão ampliada com convite à Promotora de Justiça visando acordo para resolver o impasse. Assim, no dia 30 de abril foi realizada audiência na Promotoria de Justiça com os seguintes participantes: Sérgio Mendes Pires – prefeito municipal; comissão ampliada (Geraldo Adão Santos – CNS, Renato Barros - CES, Rubens de Castro - CONASEMS, Milton Macieira – coordenador da Conferência) e outros envolvidos. Feito esse histórico, apresentou os resultados da audiência: 1) será composta a comissão organizadora da VIII CMS de Timóteo a qual deverá, com a colaboração e acompanhamento do Presidente do CMS e do SMS, convocar nova eleição do CMS, a realizar-se no dia 16 de abril de 2011, às 13h; 2) a Comissão Organizadora deverá convidar para a eleição as representações qualificadas nas pré-conferências, conforme documentos arquivados, os quais serão copiados por esta Promotora de Justiça e devolvidos ao Sr. Coordenador Geral da Comissão Organizadora no dia seguinte; 3) participarão da reunião de eleição, como observadores, o Sr. Geraldo Adão, representante do Conselho Nacional de Saúde, a Promotoria de Justiça representante do Ministério Público de Minas Gerais, um representante do Conselho Estadual de Saúde, a ser indicado por esse órgão, e o Sr. Rubens de Almeida Castro, representante do CONASEMS; e 4) O Sr. Prefeito Municipal suspenderá os efeitos da decisão prolatada no Procedimento Administrativo 002/2011 da Procuradoria Geral Municipal e do Decreto nº. 4.189/11 até a realização da eleição, após a qual expedirá novo Decreto nomeando o Conselho Municipal eleito e revogando os efeitos da decisão administrativa mencionada e do Decreto nº. 4.189/11. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou o coordenador do Grupo pelo trabalho e o conselheiro **Geraldo Adão Santos** agradeceu o Pleno pela confiança e o CMS anterior e o atual pelo empenho para resolver o impasse. Conselheira **Jurema Werneck** destacou os esforços e o envolvimento do Ministério Público no processo de negociação. **Deliberação: tendo cumprido o seu papel, o GT foi encerrado. O coordenador do GT enviará o Relatório das atividades à SE/CNS. 4) GT São João da Boa Vista.** Coordenador do GT: Conselheiro **Arnaldo Marcolino**. Conselheiro **Pedro Tourinho** informou que o Pleno do CNS recebeu denúncia de irregularidades no funcionamento do Conselho Municipal de São João da Boa Vista e foi formado GT composto por José Eri, Arnaldo Marcolino, Pedro Tourinho,

Solange Caetano e que teve o apoio do CES/SP (Regina Pedrosa e Vera Lúcia) para participar de audiência como o promotor de justiça de São João da Boa Vista, no dia 1º de abril de 2011. Disse que a situação mobilizou o cenário político da região e teve repercussão. Ressaltou que as principais denúncias referiam-se a: ausência de ata do CMS, de Regimento Interno, de secretaria-executiva; espaço físico inadequado; e situação do Presidente do CMS. Como resultado, destacou que o Promotor de Justiça reconheceu a possibilidade de irregularidades e comprometeu-se a acolher um compilado dessas, a ser elaborada pelo GT, e proceder às ações necessárias. **Deliberação: tendo cumprido o seu papel, o GT foi encerrado. O coordenador do Grupo enviará o Relatório das atividades à SE/CNS. ITEM 3 – APRIMORAMENTO DO PACTO DE GESTÃO - Apresentação:** Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS e Ministro de Estado da Saúde. **Coordenação:** Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS, iniciou a sua fala cumprimentando os conselheiros e manifestando satisfação por apresentar a proposta de aprimoramento do Pacto de Gestão ao Pleno do CNS. Explicou que iniciou debate no CNS e na Comissão Intergestora Tripartite sobre a necessidade de mecanismos de aprimoramento do Pacto de Gestão. Antes de iniciar a apresentação, conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez a seguinte Questão de Ordem: nesse momento, que o tema fosse objeto de debate e não de deliberação, visto que o Plenário tomou conhecimento da proposta naquele momento. Caso a sua proposta não fosse aceita, solicitaria vista. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS, sugeriu que, após a apresentação, o Plenário definisse se deliberaria ou não acerca da proposta. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** sugeriu que fosse garantida a apresentação da proposta e debate posterior. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** concordou com a proposta de garantir a apresentação, mas sem deliberação. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** clarificou que o pedido de vista, conforme o Regimento Interno do CNS, precede o debate e a votação. Portanto, a apresentação da proposta não seria prejudicada com um eventual pedido de vista. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS, explicou que a Mesa Diretora do CNS solicitou uma apresentação da proposta de aperfeiçoamento do Pacto de Gestão e, mesmo tendo sido pautado em outras duas oportunidades, não fora possível apresentá-la. Portanto, solicitou que o Pleno garantisse a apresentação e definisse posteriormente o encaminhamento. O Plenário concordou em garantir a apresentação da proposta. Contudo, nesse momento, houve uma interrupção na pauta haja vista a presença de integrantes da Associação Brasileira de Autismo – ABRA. Conselheira **Marisa Furia Silva** informou que no dia 2 de abril foram realizadas várias atividades no país em comemoração ao dia internacional da conscientização do autismo. Inclusive, a representação desse movimento reuniu-se com o Ministro da Saúde e este participara da caminhada realizada pelo movimento. Aproveitou a oportunidade para solicitar pauta no CNS para tratar do autismo. Feitas essas considerações, entregou uma carta ao Ministro da Saúde com reivindicações do movimento. O Presidente do CNS saudou a Conselheira Marisa Furia Silva por trazer as pessoas com autismo ao CNS e dar visibilidade a elas. Em seguida, passou à proposta de aprimoramento do Pacto de Gestão. Inicialmente, destacou que o Pacto pela Saúde reforçou a negociação consensual como arranjo interfederativo de definição de responsabilidades, contribuindo para aperfeiçoamento do sistema; instituiu mecanismos de governança regional através dos Colegiados de Gestão Regional; definiu uma agenda de prioridades, objetivos, metas e indicadores; e organizou as transferências federais em Blocos de Financiamento. Contudo, o Pacto não conseguiu avançar na perspectiva de redução das desigualdades regionais e estabelecimento de compromissos tripartite na implantação das Redes de Atenção à Saúde. Além disso, apesar do Pacto estabelecer que todo gestor é pleno do sistema, ainda observa-se uma fragmentação de responsabilidades no campo da gestão e do financiamento, não buscando a valorização dos resultados. Também, mesmo trabalhando com metas e indicadores, não havia mecanismos legais de penalidades e incentivos em caso do não cumprimento dessas. Destacou ainda que, em 2011, encerram-se as metas do Pacto pela Saúde e do Mais Saúde, assim, a intenção é debater um processo de definição de novas metas para a saúde. Disse que esse novo processo de pactuação entre estados e municípios inicia-se com a construção de um indicador nacional de qualidade de acesso à saúde, que compreende um conjunto de indicadores de saúde (cerca de 40). Esse indicador será colocado em consulta pública durante sessenta dias visando assegurar a contribuição da sociedade. A intenção é que sirva de parâmetro para avaliar o nível de acesso e qualidade de saúde no país, orientar o planejamento das ações e possibilitar o acompanhamento. Ressaltou que o segundo passo desse processo de definição de uma nova relação entre União, Estados e Municípios é a elaboração do Plano Nacional de Saúde. Lembrou que, conforme calendário, inclusive aprovado pelo CNS, o Plano Nacional de Saúde estará pronto em agosto de 2011, com um conjunto de metas a serem pactuadas com Estados e Municípios (processo de contrato organizativo de ação pública na saúde). Salientou que um terceiro instrumento desse processo é o mapa regional de saúde, que apresenta a situação da saúde e configura-se em um processo de

fundamentação de contratualização entre União, Estados e Municípios. Lembrou, inclusive, a sugestão do Conselheiro Alcides de Miranda, na última reunião, de que as etapas municipais e estaduais considerem o mapa para orientar o debate sobre o acesso. Além disso, salientou que o Plano Nacional de Saúde constrói metas de fortalecimento das redes prioritárias, com destaque para as redes de urgência e emergência, atenção básica, saúde mental, materno-infantil, atenção oncológica (foco na saúde da mulher). Também destacou a proposta de criar contratos organizativos de ação pública - regionais e locais, por se tratar de um instrumento mais sólido para definição das metas e estratégias para União, Estados e Municípios (a intenção é instituir esse mecanismo por meio de decreto). Nesse ponto, destacou o sistema de acompanhamento das metas do contrato e do indicador de acesso e recuperou a decisão de qualificar o sistema nacional de auditorias e as ouvidorias. Além disso, destacou nesse processo o Relatório de Gestão, a elaboração de novo plano de saúde, a atualização do mapa de metas e a elaboração de novo contrato. Elencou os instrumentos e processos da proposta de aprimoramento do Pacto de Gestão: 1) Mapa de Saúde; 2) Planejamento em Saúde; 3) Integração das Políticas de Saúde; 4) Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde; 5) Relação Nacional de Serviços; 6) Rede Interfederativa de Saúde; 7) Contrato Organizativo de Ação Pública; e 8) Indicador Nacional de Acesso e qualidade em saúde. Na sequência, detalhou os instrumentos e processos, iniciando pelo Mapa de Saúde que: faz a distribuição geográfica das ações e serviços disponibilizados pelo SUS e pelo sistema privado de saúde, evidenciando a capacidade instalada existente, os investimentos e os indicadores do sistema; subsidia o planejamento em saúde e a conformação do contrato de ação pública entre entes federados, fortalecendo os processos que envolvem a gestão interfederativa; e permite visualizar e acompanhar a arquitetura sistêmica das ações e serviços de saúde existentes, contribuindo para identificar vazios assistenciais, orientar investimentos e expansão dos serviços, estabelecer compromissos entre entes federados, no que tange a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, e consequente garantia da integralidade, e acompanhar a evolução do SUS nos territórios quanto ao acesso e aos resultados produzidos. Ressaltou que, de um lado, o Mapa de Saúde é um instrumento de gestão e acompanhamento de prioridades e, do outro, envolve o conjunto da sociedade para tornar pública e transparente a cobertura de saúde. O processo é o seguinte: Mapa de saúde Censitário, passando pelo Mapa de Saúde Atual para chegar ao Mapa de saúde de Metas. Detalhou que o Mapa de Saúde Censitário é o retrato dos equipamentos, serviços, profissionais de saúde e demais elementos por setor censitário, município, região de saúde, estado, macrorregião demográfica e país, com demonstração apenas de sua situação quantitativa e geográfica. Mapa de Saúde Atual é o retrato da situação sanitária da saúde, analisado à luz de uma inteligência sanitária, ou seja, definição das necessidades de saúde da população segundo critérios epidemiológicos, sanitários, demográficos, social e cultural. Mapa de Metas da Saúde é o retrato da imagem-objetivo; aponta as metas de saúde à luz de critérios sanitários, epidemiológicos, demográfico, econômico, social, padrão de integralidade, as quais devem ser alcançadas dentro de um marco de tempo definido no contrato de ação pública. Detalhou que são conteúdos do Mapa de Saúde: a) Capacidade Instalada: Atenção Básica: Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde; Atenção Psicossocial; Atenção Especializada; Urgência e Emergência; e Serviços/Equipamentos; b) Cobertura Assistencial e Produção dos Serviços: serviços/equipamentos; c) Indicadores: Indicador Nacional de Acesso; d) Dados Socioeconômicos e Demográficos: Mapa da Pobreza; e e) Recursos: investimentos e custeio. Sobre o Plano Nacional de Saúde 2012-2015, detalhou os pressupostos: compatibilidade e inter-relação com o PPA: os objetivos setoriais do PPA devem ser os mesmos do PNS; e as diretrizes do PNS devem corresponder a programas do PPA; e Compatibilidade com os processos: Compromissos Prioritários do Governo, Aprimoramento da política de Atenção Básica, Saúde Não Tem Preço, Rede Cegonha, Rede Saúde Mental, Rede de Urgência e Emergência, Redução do Câncer de Colo de Útero e de Mama e demais objetivos do plano do Ministério. Sobre o calendário, disse que a proposta é apresentar a pré-proposta de PNS e PPA ao CNS de 1º a 7 de junho de 2011. Também falou da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS (RENASES) que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao cidadão para atendimento da integralidade da assistência à saúde, pactuada no colegiado interfederativo, seguindo as diretrizes aprovada no CNS. Acrescentou que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na rede de atenção à saúde, mediante referenciamento do cidadão na rede regional e interestadual, conforme pactuado nos Colegiados Interfederativos, seguindo as diretrizes aprovadas no CNS. Detalhou, na sequência, a proposta do Contrato Organizativo de Ação Pública que, elaborado a partir do Mapa de Saúde Atual e do Plano de Saúde dos Entes Federados, contempla o padrão de integralidade das ações e serviços de saúde de âmbito local, estadual e regional, organizados em redes de atenção, com a devida programação das ações individuais e coletivas de saúde. Além disso, define os compromissos dos entes com a saúde da população, expressos em metas que conformam o Mapa de Metas da Saúde e explicita os recursos da União, dos estados e Municípios a serem aplicados na saúde com vistas ao

cumprimento das metas. Explicou que a intenção do Ministério da Saúde é definir esse Contrato por decreto presidencial. Detalhou que são cláusulas obrigatórias do Contrato Organizativo de Ação Pública: I – Identificação das necessidades locais e regionais; II – Oferta de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde no território regional; III – Compromissos gerais da regionalização, os quais deverão ser estabelecidos de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade dos serviços de cada um; IV – Responsabilidade financeira de todos os entes federados; V – Metas pactuadas a serem alcançadas; VI – Responsabilidade pela execução dos serviços; e VII – Penalidades pelo descumprimento do contrato. Acrescentou que são itens comuns do Contrato a todos os entes: Mapa de Saúde, Diretrizes do planejamento em saúde, Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, Rede Interfederativa de Saúde, Sistema e Indicadores de Garantia de Acesso e Financiamento. O Contrato também pode contemplar itens específicos para cada região como indicadores de saúde, metas de produção (oferta), metas de garantia de acesso e compromisso de financiamento (Estado, Município e União). Explicou que o Sistema de Acompanhamento e Avaliação do Contrato Organizativo de Ação Pública na Saúde é composto por controle externo, conselho de saúde e Sistema Nacional de Saúde, tendo painel de metas e indicadores como parâmetros e com publicidade do Relatório de Gestão. Também reiterou a proposta de definir indicador nacional de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde. Explicou que o texto acerca do indicador, assim que for concluído, será colocado em consulta pública para receber sugestões. Os resultados desses indicadores servirão como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no contrato de ação pública em todas as regiões de saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais. Comentou o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS: indicador nacional de acesso, explicando que serão construídos grupos homogêneos de municípios usando tamanho populacional e indicadores de Determinantes da Saúde, Condições de Saúde da População e Estrutura do Sistema de Saúde. Os indicadores serão pontuados pelos resultados mais recentes e pela evolução desses em uma série histórica. Os resultados do desempenho dos sistemas de saúde municipais serão mostrados segundo os níveis de atenção: Atenção básica, Atenção ambulatorial geral e especializada, Atenção hospitalar geral e especializada, Atenção urgência e emergência, Saúde mental, Saúde bucal e Vigilância à Saúde. O Desempenho do Sistema de Saúde Estadual será dado pelo resultado dos desempenhos dos Sistemas de Saúde Municipais ponderados pelas respectivas populações em conjunto com resultado dos indicadores da atenção referenciada intermunicipal (Atenção regionalizada – PPI) e indicadores de gestão estadual. No caso do Sistema de Saúde Federal, o desempenho será dado pelo resultado dos desempenhos dos Sistemas de Saúde Estaduais ponderados pelas respectivas populações, em conjunto com indicadores da gestão federal e indicadores da Atenção à Saúde Indígena. **Manifestações.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que a proposta do Ministério da Saúde responde a uma das grandes preocupações do CNS, visto que muitas das dificuldades do Sistema é fruto de responsabilização dos entes federados. Ressaltou que é importante o apoio do CNS à proposta de contratualização, contudo, pontuou que há divergências. Destacou, por exemplo, o Programa Saúde não tem Preço, incluído entre os pressupostos, lembrando que não foi discutido no Plenário e é preciso pautá-lo o mais breve possível. Conselheiro **Arilson Cardoso**, na condição de representante do CONASEMS, manifestou satisfação com a proposta, pois define a consolidação do Pacto pela Saúde. Salientou, em especial, a importância da proposta de definir mapa de saúde que norteará a definição de planejamentos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** avaliou que a proposta configura-se em uma perspectiva necessária em termos de organização do sistema, haja vista as lacunas de assistência no país (locais com super ofertas e outros com falta). Conselheiro **José Rubens Rebellato** defendeu a definição de planejamentos, como o apresentado, para garantir levantamento, diagnóstico e acompanhamento adequados. Ressaltou que o MEC trabalha com esse tipo de planejamento e este é um dos fatores para o sucesso dos programas desse Ministério. Nesse sentido, cumprimentou o Ministro da Saúde pela proposta que, na sua visão, garantirá o êxito alcançado por outros ministérios. Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** cumprimentou pela iniciativa que se configura em um passo positivo para estabelecer maior controle da situação da saúde no país. Também destacou que as propostas passam por uma definição jurídica mais precisa e devem apontar para o enfrentamento dos desafios do Sistema, a fim de garantir melhoria na saúde do país. Manifestou satisfação com a proposta de índice de acesso, porque possibilitará a definição de um quadro real da situação da saúde do país e, nesse sentido, solicitou que aponte a dimensão das principais filas de espera do SUS. Conselheiro **Nelson Mussolini** cumprimentou o Ministro da Saúde e sua equipe pela proposta de planejamento e manifestou o anseio de que seja colocada em prática. Também fez questão de destacar as ações do Ministério da Saúde nesses dois meses de governo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ratificou os cumprimentos à iniciativa do Ministério da Saúde, contudo, sentiu falta de ações voltadas a uma das prioridades de governo da Presidente



Dilma: acesso com qualidade. Avaliou que o plano está centrado nas questões assistenciais e as ações de vigilância devem atingir o mesmo patamar que o da assistência. Também sugeriu incluir, entre os itens comuns a todos os contratos, a participação e o controle social. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** também cumprimentou o Ministro da Saúde e solicitou que o PNS e o PPA, tão logo concluídos, sejam disponibilizados às Comissões do CNS para sugestões. Conselheira **Jurema Werneck**, primeiro, pontuou que a população enfrenta dificuldade de acesso às consultas públicas e, diante disso, lembrou que a na última reunião do CNS acordou-se a construção de instrumentos para disseminar a informação e mobilizar as entidades. Sobre o mapa de saúde, solicitou que o Ministério da Saúde explicita de forma clara os aspectos de iniquidades dos diferentes sujeitos vulneráveis (cor, sexo, rural/urbano...). Por fim, defendeu que a participação social seja um elemento de construção dos indicadores. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS, solicitou um aparte para informar que a participação social é um dos indicadores de gestão e será criado um componente para medir a satisfação do usuário como um dos indicadores de saúde. Conselheiro **Expedito Solaney de Magalhães**, primeiro, destacou que é preciso considerar a situação do CNS cujo presidente é o Ministro da Saúde que defende o fortalecimento do Conselho. A respeito do planejamento, destacou que apresenta questões fundamentais com destaque para o acompanhamento por metas e indicadores de acesso. Ressaltou que é preciso sintonia do processo de planejamento para atingir o objetivo de ter uma saúde pública de qualidade com recursos limitados. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** manifestou a importância da iniciativa do Ministro da Saúde de trazer o debate da proposta ao CNS e solicitou que, antes de colocá-la em consulta pública, o Ministro explicita o resultado esperado com a consulta. Também solicitou que no texto da consulta pública sejam traduzidas as siglas e decodificados os conceitos como, por exemplo, contratualização. Por fim, sugeriu que a proposta de reformulação do Pacto contemple a Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher, incluindo inclusive ações voltadas à prevenção da violência contra a mulher. Conselheiro **Luis Eugenio Portela de Souza**, primeiro, ressaltou a importância de trazer para o CNS esse debate de suma importância para o SUS. Colocou a sua avaliação de que o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto pela vida não teve o resultado esperado e que o resultado do Pacto de Gestão foi parcial. Avaliou que o contrato pode ser um avanço desde que se discuta o orçamento das três esferas de gestão e que seja assinado por prefeitos e governadores, configurando-se em um compromisso de governo. Também acrescentou duas questões a serem consideradas para fortalecer essa estratégia: modelo de atenção à saúde – é preciso reverter a lógica de maior investimento em procedimentos de alto custo em detrimento das ações de atenção primária e vigilância da saúde; e relação público/privado – é preciso acabar com os subsídios públicos para o sistema privado da saúde. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** ressaltou que é preciso enfatizar as questões de promoção e proteção à saúde, além da assistência, nos termos dos mapas de saúde, dos indicadores de saúde e dos contratos. Além disso, salientou que é fundamental garantir interface para integração de políticas de seguridade social. Também avaliou que a universidade pública federal deve ter responsabilidade para agregar-se a esse tipo de iniciativa, entre outras instâncias, e criar redes de apoio a iniciativas de gestão participativa. Conselheiro **José Carrijo Brom** cumprimentou o Ministro da Saúde pela iniciativa que responde aos anseios do controle social de fortalecimento do SUS. Por outro lado, identificou a ausência do compromisso com a saúde bucal, expresso na campanha da Presidente Lula, entre as prioridades de governo, lembrando inclusive tratar-se de uma área que permeia várias outras. Além disso, sentiu falta no Contrato Organizativo de Ação Pública da garantia das questões trabalhistas (realização de concurso, por exemplo), do fortalecimento controle social no contrato e também pontuou que não houve referência sobre o modelo de gestão na obrigatoriedade da contratualização. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, primeiro, registrou o anseio de que esse instrumento de fato contribua para melhoria das condições de saúde nas três esferas de gestão. Também solicitou que as populações alvo de iniquidades (LGBT, negra, indígena, entre outras) sejam ouvidas na construção desse novo instrumento. Sugeriu que no processo da 14ª CNS, que tem o acesso com um dos eixos centrais, a população seja mobilizada a participar da consulta pública sobre o indicador nacional de qualidade de acesso, contribuindo para esse processo. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** ressaltou que o diálogo na construção da democracia é fundamental e o momento é de exercício pleno disso. Disse que a proposta de aprimoramento do Pacto de Gestão por meio de contrato organizativo das relações interfederativas é fundamental, pois permitirá novas relações entre os entes. Também destacou o fato do debate iniciar-se no CNS e a coerência interna entre as diretrizes do Conselho, o Plano Nacional de Saúde e o PPA. Por fim, salientou que a sociedade brasileira terá, a partir do processo de discussão do CNS, a transparência de como ocorrerá o processo de mensuração de acesso de qualidade. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** perguntou que fontes serão utilizadas na definição do indicador nacional de garantia de acesso, haja vista a importância de refletir o dia a dia do usuário na ponta. Conselheiro **Willen Heil e Silva** pontuou a importância do planejamento para o sucesso de uma gestão e não menos importante a avaliação da



execução. Nessa linha, salientou que é preciso levantar as eventuais dificuldades na execução no planejamento. Também sentiu falta de menção à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares essencial à promoção da saúde e aproveitou para salientar a importância de retomar os trabalhos da Comissão do CNS que trata desse tema. Conselheiro **Helvécio Miranda Júnior** avaliou que a proposta apresentada contribui para colocar em prática o definido no Pacto. Ressaltou que, na lógica de garantir acesso com qualidade, a SAS trabalha na construção das redes de atenção à saúde. A Rede Cegonha, por exemplo, é um componente da atenção integral à saúde da mulher e as áreas do Ministério da Saúde estão debatendo uma rede de proteção à mulher, com ênfase à questão da violência. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** cumprimentou o Ministro da Saúde e sua equipe pela iniciativa que é também uma resposta política aos ataques da mídia ao SUS e aos anseios da sociedade. Também salientou a importância da sociedade contribuir no processo de discussão desse instrumento e do Plano Nacional de Saúde ser, de fato, uma referência. Também perguntou se o Relatório de Gestão se tornará obrigatório e sobre a possibilidade de ser objeto de consulta pública, garantindo a participação da sociedade. Por fim, defendeu que os indicadores de saúde sejam construídos pelo controle social. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS, primeiro, concordou com o detalhamento e definição de metas das ações de promoção e vigilância no contrato e destacou que estas e outras sugestões poderão ser feitas na consulta pública sobre o indicador de saúde. Também esclareceu que a saúde bucal é uma prioridade e está presente no indicador, nas metas, nos componentes. Concordou com a proposta de debater o Programa Saúde não tem Preço e salientou que é importante garantir o acompanhamento deste. Na lógica de aprimorar e qualificar os mecanismos de controle e fiscalização, reiterou as mudanças com relação ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e falou da proposta encaminhada à presidente de publicação de decreto presidencial de regulamentação dos repasses Fundo a Fundo. Considerando a transparência como mecanismo para reforçar o controle, disse que será definido portal onde serão disponibilizados os recursos repassados a municípios nos blocos de financiamento Fundo a Fundo. Concordou com a proposta de debate nas Comissões do CNS para construção do Plano Nacional de Saúde. A respeito da Rede Cegonha, explicou que envolve atenção integral à saúde da mulher e informou que será composto comitê, com a participação da sociedade, para acompanhar essa questão. A respeito do Plano Nacional de Saúde, disse que é preciso envia esforços – governo e sociedade - para construí-lo e concluí-lo em agosto de 2011. Destacou que, além do indicador de acesso de qualidade, o Plano deverá contemplar outros temas e também metas. Ressaltou ainda que o CNS deve definir como dar continuidade ao processo público de debate do Plano Nacional de Saúde. Também falou do esforço para finalizar a proposta de indicador nacional e qualidade de acesso e colocá-lo em consulta pública o mais breve possível. A intenção é promover um debate público sobre o indicador, com a participação do Conselho. Também será feito um debate público do Plano Nacional de Saúde, com debates no CNS. No mais, salientou que estão contemplados no Pacto, como metas obrigatórias, mecanismo de transparência e participação do Conselho. Reiterou que a intenção é criar o contrato organizativo de ação pública por decreto presidencial. Por fim, agradeceu as contribuições e salientou que esse processo somente será possível com o envolvimento dos conselhos de saúde. Na sequência, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** enumerou os encaminhamentos que emergiram do debate: fortalecer o controle social; garantir a participação dos usuários na construção de indicadores; e contemplar as diversas vulnerabilidades na proposta. Também concluiu, a partir das intervenções, que há concordância do Pleno com a proposta. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que o Ministério da Saúde amplie a contratualização para entre serviço e instituição de saúde, em cada esfera de governo e aponte a necessidade de realizar levantamento da demanda reprimida por procedimentos eletivos e solução dessa situação. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS e Ministro de Estado da Saúde, respondeu que o indicador deverá registrar o tempo de espera (na atenção básica, na unidade de urgência e emergência, cirurgia eletiva). Ressaltou que o Ministério poderá enfrentar dificuldade na construção do indicador nacional porque, para isso, o gestor local deverá organizar a fila. Assim, a proposta é incluir como uma das metas do contrato a regulação dessa questão. **Deliberação: o Plenário manifestou apoio à proposta de aprimoramento do Pacto de Gestão com as seguintes sugestões: ampliar para contratualização entre serviço e instituição de saúde, em cada esfera de governo; e indicar a realização de um levantamento da demanda reprimida e solução dessa situação.** Com esse encaminhamento, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. **ITEM 4 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE - PROMOÇÃO EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA NO SUS - Apresentação:** Conselheira **Maria de Socorro de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS; e Conselheiro **Helvécio de Miranda**. **Coordenação:** Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS. Conselheira **Maria de Socorro de Souza**, inicialmente, resgatou que a proposta de balanço do mês na saúde, sugerida pela Mesa

Diretora do CNS e acatada pelo Pleno, visa colocar em debate temas relevantes da saúde e dialogar com a sociedade sobre eles. Destacou que o tema do mês é promoção em saúde e atenção básica no SUS, tendo sido definidos como relatores do tema ela e o Conselheiro Clóvis Bouffleur. Feita esse preâmbulo, passou à expor sobre o tema colocando que o debate acerca da atenção básica tem sido promovido, sobretudo pela mídia, em uma perspectiva histórica e política, colocando-se apenas no campo das queixas e das denúncias, movido por uma intencionalidade de contribuir para a valoração negativa do SUS, fortalecendo o interesse de setores conservadores e privatistas que querem o desmonte do sistema público de saúde brasileiro. Portanto, a idéia é apresentar um contraponto com defesa da atenção básica, nos moldes como fora pensada. Resgatou que entre as décadas de 1990 a 2000, o Programa Saúde da Família, mesmo a despeito de ter sido criado em um ambiente marcado pelo corte neoliberal, ganha a prerrogativa de ser a porta de entrada de milhões de cidadãos ao SUS. O Programa Saúde da Família (PSF) passa a representar o instrumento ordenador da atenção básica e, para tanto, se estrutura a partir da constituição de equipes multiprofissionais responsáveis pela saúde da população. O objetivo é realizar de forma integral e contínua ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. A responsabilidade é cadastrar e acompanhar as famílias, atuar de maneira pactuada com a comunidade, buscar a integração com instituições, entidades e movimentos e ser espaço de construção de cidadania. Nesta perspectiva, o primeiro contato do usuário com o SUS deve ser o PSF ou UBS, que deve ser de fácil acesso. Nesse sentido, salientou que é preciso refletir sobre os motivos disso não ocorrer. Destacou que, após cerca de duas décadas, o panorama atual é de 31.800 equipes da Estratégia Saúde da Família cadastradas no Ministério da Saúde, em 5.290 municípios brasileiros, registrando uma cobertura de mais da metade da população brasileira. Destacou que os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), com referência no ano de 2008, mostram que a metade dos brasileiros, cerca de 96 milhões de pessoas, está cadastrada no Programa Saúde da Família (PSF) e que este é mais abrangente que os planos de saúde. Evidenciam que os profissionais do Programa Saúde da Família visitam as casas mais pobres onde vivem pessoas com baixo nível de instrução e de renda. Dos cadastrados, 61,9% tinham renda de até um salário mínimo e 36,1% ganhavam mais que dois salários. Dentre os 8,5 milhões de residências onde a pessoa de referência tinha menos de um ano de estudo, o atendimento chegava a 63,8%. Salientou que dados do IBGE confirmam que o recorte regional é relevante. A Região Nordeste concentra 35,4% dos domicílios cadastrados ou 9,7 milhões de famílias no PSF. A Região Sudeste, com 9,1 milhões de atendidos; a Região Sul, 4,5 milhões de casas; a Região Norte tem cobertura em 2 milhões de domicílios ou 7,4% do total no país. Esses dados evidenciam que a Estratégia Saúde da Família passou a ser a opção prioritária das prefeituras de menor e até de médio porte, particularmente no Nordeste. Apenas três unidades federativas têm menos de um terço de domicílios no programa: Amapá com 20,2% de domicílios atendidos, Rio de Janeiro, que oferece o serviço para 17,4% das residências no estado e o Distrito Federal, com 11,2% - a menor cobertura no país. Em controverso desse quadro, explicou que até hoje não há uniformidade no emprego do termo atenção primária/básica à saúde e das abordagens em sua implementação. Salientou que no dia-a-dia, o PSF tem se mostrado inconsistente para um modelo que pretende realizar a integralidade das ações individuais e coletivas em toda sua plenitude. Há dificuldades relacionadas ao acesso, ao tratamento dispensado pelos profissionais, ao acolhimento e à baixa resolubilidade. Pontuou, ainda, para reflexão, que, embora o orçamento da União para o ano de 2011 seja na ordem de R\$ 77 bilhões, apenas R\$ 12,2 bilhões destina-se à atenção básica. Não obstante o esforço empreendido pelo governo federal, o fato é que o financiamento da AB/ESF é predominantemente municipal. O custo mensal para manutenção de uma equipe é de R\$ 35.000,00 mensais, e a gestão municipal recebe até R\$ 16.000,00 (incluindo PAB fixo e ACS). Também é necessário dizer que poucos estados co-financiam esta estratégia (é preciso debater o orçamento dos estados para a atenção básica). A respeito dos profissionais, destacou a escassez de profissionais, dificuldade de garantir equipe multiprofissional e de fixação, sobretudo nos municípios pequenos. Sobre o modelo de gestão, disse que a maior queixa é da pouca autonomia dos municípios na formulação de modelos de gestão para a atenção básica adequada à realidade local. Ressaltou que hoje 50% da população brasileira está coberta pela atenção básica, contudo, é preciso aprofundar o debate das seguintes questões: qual a concepção de atenção básica? Com qual escopo (concepção e estratégias)? Como fazer a gestão do trabalho, considerando a valorização dos profissionais e formação adequada para atenção básica? Como avançar na intra setorialidade/integração entre os programas e políticas da atenção básica (Saúde da mulher, saúde o trabalhador, AIDS, indígena, alimentação e nutrição)? Como garantir a intersetorialidade, considerando que a ESF desencadeia e media ações intersetoriais, mas sua governabilidade para o enfrentamento de problemas sociais é limitada? Ressaltou que, para responder a atenção básica, é preciso fortalecer os espaços institucionais de controle social. Nesse sentido, salientou a necessidade de criar um espaço institucional, de caráter político e técnico, que seja capaz de formular propostas que ajude a repensar o SUS: sua estrutura e forma de

funcionamento, seu modelo de gestão e financiamento, o fortalecimento e consolidação do controle social. Por fim, frisou que o controle social e a gestão participativa não podem ser mera retórica, “um faz de contas”. É preciso garantir condições e instrumentos para que a sociedade seja protagonista na construção do SUS que queremos. Seguindo o debate desse tema, Conselheiro **Clóvis Boufleur** passou à sua exposição. Explicou que a Política Nacional de Atenção Básica foi publicada em março de 2006, por meio da Portaria nº 648 e o conceito de Atenção Básica, conforme explicitado na Política é amplo, contemplando a diversidade da população brasileira. Há uma distância, porém, entre o explicitado na Política e a realidade de hoje. Explicou que o orçamento da União para a Saúde em 2011 é de R\$ 68,8 bilhões (Orçamento 2011, Lei nº 12.381, de 9 de fevereiro de 2011) e, deste total, somente R\$ 12 bilhões serão investidos na Atenção Básica à Saúde, por meio de programas do Ministério da Saúde, transferências Fundo a Fundo (Piso da Atenção Básica) e recursos da Estratégia Saúde na Família. Em 2010, foram gastos R\$ 9,9 bilhões. Disse que, segundo o Departamento de Atenção Básica, ao redor de USD 34 bilhões de dólares é a estimativa de custos adicionais (em cinco anos) às contas do SUS pela manutenção do desequilíbrio entre atenção hospitalar e especializada e atenção primária. Os custos econômicos, como perda da produtividade, significam aproximadamente USD 38 bilhões de dólares. Explicou que conversou com o ex-conselheiro Gilson Cantarino, ex-Secretário de Saúde de Niterói, visto que o PSF tem uma história relacionada ao município, para resgatar a origem dessa estratégia. Disse que o Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi instituído em 1993, com os seguintes princípios, conforme o conselheiro Gilson Cantarino: adscrição de clientela; responsabilização da equipe na saúde das pessoas vinculadas; cumprimento de vínculo de 40h para assegurar acesso e qualidade na assistência; avaliação qualitativa pelas SMS dos serviços prestados e pelas SES do cumprimento dos preceitos estabelecidos; e assessoria técnica e avaliação permanente pelo MS. Destacou os problemas identificados na época, alertando que alguns persistem até hoje: dificuldades de fixação de profissionais; disputa de oferta de mercado entre entes públicos; fragilidade do controle e avaliação; utilização de cadastro de profissionais para certificar vários sítios de atendimento, com interesse conivente do profissional; e banalização da concepção do modelo, reforçando a antiga prática da demanda espontânea. Salientou que houve uma evolução nos investimentos e na expansão da Estratégia Saúde da Família, o que colocou esta ação de fato como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil. Enfatizou que a Estratégia registra uma cobertura de mais da metade da população brasileira, mas, e a outra metade, como está? Disse ter identificado que o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde investe desde 2005 no Programa de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Segundo os resultados recentes, houve aumento na busca pelos serviços da atenção básica. O público que mais buscou o serviço (75% das pessoas) tem renda até meio salário mínimo. Considerando esses resultados, perguntou: como contribuíram para aprimorar as ações, e mudar o quadro de doenças e mortes? Que mecanismos de controle existem? Eles funcionam? Lembrou que as pesquisas realizadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e que instituem o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), em 2010, mostram certo grau de satisfação das pessoas que usam o SUS, com destaque para o PSF. Contudo, frisou que é preciso questionar as pesquisas para evitar que os dados resultem em confusão estatística (as pessoas que conseguiram entrar no SUS provavelmente estariam satisfeitas, mas e aquelas que não conseguem ter acesso ao SUS?). Explicou que o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde tem publicações de excelente qualidade. Em recente documento sobre Avaliação para Melhoria da Qualidade, ao citar a autora Starfield (2002), descreve que “a qualidade da atenção é uma redefinição sucessiva do inalcançável.” Isto é, uma vez atingido determinado padrão, surgirá sempre a exigência de um patamar superior a ser alcançado, sendo impossível estabelecer padrões normativos absolutos para a qualidade que sejam invariáveis no decorrer do tempo.” Ressaltou que não se pode negar que bons parâmetros sobre o que se quer alcançar na Atenção Básica estão postos. Segundo dados do Departamento da Atenção Básica, apesar da diminuição da precariedade nas contratações e de ser direta em mais de 90% dos municípios, ainda existem contratos desprotegidos: 49,9% médicos (71% contratação temporária), 35,6% dos dentistas, 32,8% das enfermeiras e 16% de um total de 245 mil agentes comunitários de saúde. A principal justificativa foi a dificuldade para realizar concurso público e o não preenchimento das vagas. Recuperou que o Conselho Nacional de Saúde tem a atenção primária como um dos itens da sua Agenda Política, com a meta de fortalecer a rede pública nas três esferas de governo. Nesse sentido, o CNS promoveu em novembro de 2011 o Seminário Nacional de Atenção Primária em Saúde com o objetivo de realizar um diagnóstico da atenção primária em saúde no Brasil, identificando suas possibilidades enquanto rede de atuação prioritária na promoção e prevenção à saúde. Ressaltou que é preciso coragem para enfrentar os desafios de inversão do modelo e o da regionalização e para não perpetuar mortes precoces e internamentos evitáveis por doenças com tratamentos disponíveis, muitas deles de baixo custo, que deveriam ser ofertados logo após as consultas nas unidades básicas de saúde. Apesar dos avanços no número de consultas de

667 pré-natal, as mortes materno infantis devido à precariedade das consultas de pré-natal e problemas  
668 preveníveis na gestação, parto e pós-parto devem cessar. Doenças como Aids, hepatites, hipertensão  
669 e diabetes afetam milhões de pessoas. Quando não prevenidas e tratadas geram sofrimento para elas  
670 e custos elevados para o SUS. Hanseníase, tuberculose, sífilis, dengue – porque não eliminá-las  
671 como problema de saúde pública? Frisou que é hora de enfrentar os problemas que despontam na  
672 atenção básica do SUS, com a necessidade de mecanismos de controle e de gestão, composição das  
673 equipes e inversão de prioridades orçamentárias. A responsabilidade é dos três entes federados e dos  
674 conselhos. Existem entraves e graves distorções que comprometem a sintonia entre os programas e a  
675 estruturação da rede de atenção primária à saúde. O Conselho Nacional de Saúde deve intensificar o  
676 diálogo com a nova equipe do Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, representações de  
677 trabalhadores da saúde, entidades e movimentos sociais e apontar diretrizes para propiciar melhorias  
678 imediatas para a população. Conselheiro **Helvécio de Miranda**, na condição de Secretário de Atenção  
679 à Saúde/MS, saudou o CNS por pautar o tema da atenção básica e sugeriu informes permanentes a  
680 esse respeito ou o acompanhamento, por um comitê, das ações nessa área. Primeiro, concordou com  
681 o diagnóstico apresentado pelos expositores porque expressa a realidade. Salientou que o país  
682 adotou a concepção de atenção básica na lógica de expandir a cobertura dos serviços no Brasil e é  
683 preciso reconhecer os avanços alcançados. Por outro lado, ressaltou que há desafios e principal deles  
684 é transformar as equipes na progressiva porta de entrada do SUS (há uma procura preferencial da  
685 população pela atenção básica, mas ainda em um patamar insuficiente). Ressaltou que a intenção da  
686 SAS/MS é reconhecer os formatos organizativos de atenção básica, mantendo os princípios da  
687 vinculação, responsabilização, clientela vinculada, responsabilidade sanitária e resultados.  
688 Reconheceu que há um longo caminho a percorrer para melhorar a qualidade dos serviços e alcançar  
689 a satisfação do usuário. Destacou, no caso das Redes, que a coordenação deve ser da atenção  
690 básica e ressaltou que há vários desafios para melhorar a infraestrutura da atenção básica, pois as  
691 unidades não são compatíveis com a proposta. A respeito das equipes, disse que há vários problemas  
692 a serem enfrentados relativos à oferta de pessoal, adequação à função, formação adequada, entre  
693 outras. Disse que a fixação de profissionais de Medicina nas grandes cidades é central, visto que  
694 saúde se faz também com os médicos e não só com eles. Nessa lógica, há um esforço para regular as  
695 profissões da saúde, especialmente a médica. Disse que é essencial investir em apoio a diagnóstico,  
696 tele saúde, especialidades que dão retorno às demandas geradas na atenção básica e um esforço  
697 para mudar o processo de trabalho. Ressaltou que o Brasil irá expandir a atenção básica com  
698 qualidade especialmente nas regiões mais pobres, com projetos de certificação de qualidade na  
699 atenção. Por fim, informou a publicação da portaria do Ministério da Saúde que aperfeiçoa os  
700 mecanismos de aperfeiçoamento dos mecanismos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de  
701 Saúde - CNES e comunicou que serão feitas outras mudanças na lógica de qualificar os mecanismos  
702 de controle e evitar desvios. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha** cumprimentou os  
703 expositores pelas abordagens e salientou a importância do debate das questões colocadas no mês do  
704 dia mundial da saúde. **Manifestações.** Conselheira **Marisa Furia Silva**, entendendo que acolhimento  
705 e acesso na atenção básica são essenciais, sugeriu que as equipes da Política do Humaniza SUS  
706 capacitem os profissionais de saúde desse nível de atenção para melhorar o acesso das pessoas com  
707 especificidades e necessidade de atendimento diferenciado. Conselheira **Maria do Espírito Santo**  
708 saudou os expositores e avaliou que o tema da atenção básica deve permear todos os debates do  
709 CNS. Também defendeu que o CNS insista na luta pela regulamentação da EC nº. 29 visando garantir  
710 mais recursos para saúde. Por fim, ressaltou que CONASS e CONASEMS são parceiros com papel  
711 importante nesse processo. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** manifestou satisfação em discutir  
712 no CNS questões substanciais para o SUS e, nessa lógica, reiterou a proposição de pautar os temas  
713 da 14ª CNS nas próximas reuniões do CNS (até o mês de novembro de 2011). Salientou que a  
714 questão da atenção básica é uma discussão internacional de suma importância e é preciso refletir, por  
715 exemplo, sobre termos importados como “adscrição de clientelas”. No caso do Brasil, seria mais  
716 apropriado “adscrever a responsabilidade da equipe para população do território” que “limitar clientelas  
717 de serviços”, considerando inclusive ser inconstitucional levando-se em consideração o critério da  
718 universalidade. Também ressaltou que, para além de outras questões, é preciso debater como se dá a  
719 integração de políticas intersetoriais em âmbito local visando definir como a equipe pode atender na  
720 perspectiva ampliada. Por fim, defendeu a discussão de alternativas de modelo para que a Estratégia  
721 Saúde da Família se adéque às necessidades de saúde das populações do país. Conselheira **Nildes**  
722 **de Oliveira Andrade** ressaltou que a atenção básica é um tema em debate há tempo, mas ainda há  
723 vários obstáculos a serem vencidos para implementá-la. Informou que, a partir da publicação do  
724 protocolo de doença celíaca em 2009, houve uma queda no percentual de diagnóstico da doença.  
725 Assim, solicitou esclarecimentos sobre o porquê disso ao CONASEMS e ao Ministério da Saúde.  
726 Também solicitou ao Ministro da Saúde uma rede de atenção básica para prevenção e tratamento da  
727 obesidade. Conselheira **Jurema Werneck** cumprimentou os expositores pelas apresentações e

salientou a importância de expandir a atenção básica, mas não por OSs, por exemplo, como ocorre no Rio de Janeiro visto não se tratar da melhor solução. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** também elogiou os expositores e frisou que a atenção básica deve ser o centro de debate nas etapas municipais da 14ª CNS, verificando inclusive o montante de recurso destinado a esse nível de atenção. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** também saudou os expositores, em especial o Ministério da Saúde pelo esforço para colocar a atenção básica na coordenação do processo de atenção. Disse que colocar em prática o que foi aprovado no CNS representará um avanço no processo de mudança do modelo de atenção. Também salientou que é preciso fazer os ajustes necessários na política nacional a partir da chamada da OMS para a campanha do dia mundial da saúde. Conselheira **Solange Aparecida Caetano** salientou que a estratégia Saúde Família deve ser desenvolvida por uma equipe multiprofissional humanizada, com unidades com infraestrutura adequada. Também defendeu a reavaliação da Estratégia Saúde da Família buscando a correção de diretrizes para que funcione como porta de entrada do SUS. Concordeu com a fala da Conselheira Jurema em relação às OSs e falou do caso de São Paulo onde profissionais concursados trabalham junto com profissionais contratados por OSs sem comprometimento com acesso e qualidade dos serviços. Conselheiro **José Wilton da Silva** ressaltou que o CNS deve retomar os encaminhamentos do Seminário Nacional de Atenção Primária em Saúde na lógica de fortalecer e priorizar esse nível de atenção que é essencial à prevenção de doenças crônicas como a renal. Conselheiro **Luis Eugênio Fernandes de Souza** cumprimentou os expositores pela abordagem do tema e acrescentou algumas questões. Primeiro, defendeu a revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde no sentido de priorizar a intervenção no que se refere aos determinantes sociais da saúde. Também ressaltou a importância de ampliar os investimentos na atenção básica com novos recursos, lembrando, inclusive, que a ampliação do acesso a esse nível de atenção demandará novos procedimentos. Por fim, avaliou que é preciso modificar o termo atenção básica, pois, ao contrário do nome, este é um nível de alta complexidade visto que demanda dos profissionais vasta investigação para chegar a um diagnóstico. Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** também saudou os expositores e perguntou ao Secretário da SAS se os critérios da territorialidade/responsabilidade e busca de paciente será considerado no processo de pactuação acerca das formas alternativas de atenção básica. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** pontuou que se deve considerar no debate: justificativa para diminuição da jornada de trabalho; e necessidade de ampliação dos recursos para a saúde, desde que haja mudança na concepção. Ressaltou que é preciso definir mecanismos para o exercício do controle social, de fato e definir consenso entre os segmentos visando dar respostas mais eficazes à parte da população mais precária. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** reconheceu que há consenso político sobre a necessidade de priorizar a atenção básica, mas, para mudar a situação é necessária atitude, além de vontade política. Disse que o processo de mudança é complexo porque fere interesses econômicos e políticos que definem a lógica do SUS. Insistiu que não se viabiliza atenção básica sem equipe multiprofissional; portanto, defendeu a criação de carreira única e serviço civil em saúde para todas as profissões, ajuda aos municípios para estruturação da rede de atenção básica e definição de rede hierarquizada com níveis diferenciados de atenção. Conselheiro **Jurandi Frutuoso**, primeiro, informou que não pôde participar da reunião no período da manhã por conta do planejamento estratégico do CONASS e teria que se ausentar também no período da tarde. Destacou que é preciso reconhecer os avanços alcançados com o Programa Saúde Família e a importância da atenção primária, apesar das dificuldades. A respeito da estrutura, lembrou que o PAC II prevê a construção de 8.400 unidades. Sobre o perfil dos profissionais de saúde, salientou que é preciso redefinir a formação a fim de formar profissionais na linha do que o SUS precisa. Também defendeu a educação continuada dos profissionais da atenção básica. Por fim, cumprimentou o Ministério da Saúde pelo foco à qualidade da atenção básica e não apenas à sua expansão. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** falou da matéria do Jornal Valor Econômico do dia 6 de abril que aponta uma parceria público-privada com laboratórios para produção de medicamentos para AIDS, artrite e mal de Alzheimer e manifestou preocupação com o fato dessa questão não ter sido trazida ao CNS para debate. Conselheiro **Pedro Tourinho** falou da dificuldade de fixação de profissionais e destacou que a pós-graduação é um dos principais instrumentos para fixação territorial e de carreira. Ressaltou que é preciso enfrentar esse problema da fixação profissional e defendeu políticas de educação permanente voltadas aos profissionais. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** cumprimentou os expositores e sentiu-se contemplada pelas falas que a antecederam. Destacou a importância de trabalhar a atenção básica na lógica da equipe multiprofissional e da reversão da lógica centrada na alta complexidade. Como encaminhamento, sugeriu promover debates no CNS com os temas da 14ª CNS; e dar continuidade ao debate da atenção básica com foco nas proposições dos Seminários Nacionais sobre Atenção Primária e Relação Público Privado no SUS, realizados em novembro de 2010 e discutir possíveis encaminhamentos. Conselheira **Júlia Maria Roland**, primeiro, cumprimentou a Mesa Diretora do CNS por pautar pontos importantes para o SUS e a saúde com o todo. Ressaltou que é preciso reorientar a

789 formação dos profissionais de atenção básica e promover educação permanente desses profissionais.  
790 Conselheiro **Volmir Raimondi** manifestou preocupação com a divisão/fragmentação das pessoas no  
791 âmbito do SUS sem garantia de atendimento total das necessidades das pessoas. Defendeu um  
792 Sistema que valorize os profissionais, qualifique os serviços e acabe com a reserva de mercado.  
793 Conselheiro **Willen Heil e Silva** fortaleceu as propostas multi e transdisciplinares e, nessa linha,  
794 defendeu a inclusão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na atenção  
795 básica, visando gerar mudanças de hábitos e estilos de vida e evitar altos custos decorrentes de  
796 doenças. Conselheira **Zilda de Faveri Vicente Souza** ressaltou que, apesar dos investimentos da  
797 atenção básica, o atendimento oferecido na rede está aquém das necessidades dos usuários. Falou  
798 em particular da situação da pessoa idosa, em especial aquela com demência, para salientar a  
799 importância de garantir atendimento, diagnóstico e tratamento. Conselheira **Ana Stella Haddad**  
800 ressaltou a importância da participação do Seminário Nacional sobre Escassez, Provisão e Fixação  
801 de Profissionais de Saúde em áreas Remotas e Maior Vulnerabilidade, a ser promovido pelo Ministério  
802 da Saúde onde serão discutidas questões colocadas no debate. Também informou que o resultado da  
803 pesquisa da Rede de Observatório de Recursos Humanos, de 2009, resultou no Pró-residência que  
804 tem procurado trabalhar no planejamento da necessidade de especialistas. Conselheiro **Arlison**  
805 **Cardoso** ressaltou que o CONASEMS considera a atenção básica um eixo estruturante do Sistema e  
806 produziu o documento “A Atenção Básica que queremos” com pontos essenciais para fazer avançar a  
807 atenção básica do país. Para encerrar, entregou uma versão preliminar do documento ao Presidente  
808 do CNS e informou que seria distribuído aos demais conselheiros na próxima reunião do CNS.  
809 **Retorno da mesa.** Conselheira **Maria de Socorro de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, primeiro,  
810 salientou que, na condição de usuária do SUS, não pode minimizar as mazelas enfrentadas pelos  
811 usuários do Sistema. Ressaltou que, em comparação a outros países como Cuba, o Brasil está  
812 distante de um patamar maior de atenção básica. Como encaminhamento, sugeriu reorganizar as  
813 comissões do CNS para dar continuidade ao debate da atenção básica ou pensar em um comitê  
814 executivo de atenção básica, visto que a solução se dá por um processo de diálogo entre as três  
815 partes. Conselheiro **Helvécio de Miranda** respondeu ao conselheiro Jorge Venâncio que nesse  
816 processo de aprimoramento da atenção básica é preciso garantir os princípios do vínculo,  
817 responsabilização, território dinâmico em quaisquer formatos desse nível de atenção, ainda que  
818 tenham forma organizativa diferente. Ressaltou que, apesar do formato das equipes da família dar  
819 conta de boa parte da vinculação de responsabilidade, há questões específicas a serem enfrentadas  
820 como cidades dormitórios, populações ribeirinhas... Após essas considerações da mesa, Conselheiro  
821 **Clóvis Bouffleur**, da Mesa Diretora, fez a leitura de uma minuta de resolução sobre o tema em debate  
822 com o título “Promoção da saúde e prioridade na atenção básica, compromisso das três esferas de  
823 governo”. O texto possui os seguintes considerandos: 1) Considerando que o artigo 196 da  
824 Constituição Federal determina que a saúde, direito de todos e dever do Estado, é garantida mediante  
825 políticas que visem a redução dos riscos à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e  
826 serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde; 2) Considerando que a Política Nacional  
827 de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde, que descrevem claramente as  
828 responsabilidades dos três entes nestas ações, devem ser executadas na totalidade dos municípios  
829 do país garantindo o direito à saúde dos cidadãos; e 3) Considerando que a Estratégia de Saúde da  
830 Família representou um enorme avanço na extensão da cobertura da atenção primária. No resolve: 1)  
831 Mobilizar todos os esforços e forças sociais para aumentar a destinação de recursos financeiros para  
832 a Atenção Básica, especialmente nas esferas federal e estadual; 2) Que as três esferas garantam  
833 ações necessárias para que a Rede de Atenção Básica, inclusa ou não na Estratégia de Saúde da  
834 Família, seja efetivamente a principal porta de entrada do SUS, com agenda aberta e acolhimento  
835 humanizado em todas as unidades básicas de saúde, capaz de prestar atenção integral e  
836 multiprofissional, com condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário mesmo quando ele  
837 necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção; 3) Que  
838 o controle social, a participação da comunidade em cada serviço e coletas sistemáticas da opinião e  
839 satisfação do usuário sejam fatores permanentes de crítica, correção e orientação da política e da  
840 organização e atuação dos serviços de saúde da atenção básica; 4) Que se intensifiquem os esforços  
841 e criem novas políticas que visem garantir profissionais de saúde em todas as regiões e localidades  
842 do país, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando de fato o direito à  
843 saúde; e 5) Que o Ministério da Saúde, no âmbito nacional, e as Secretarias Estaduais e Municipais  
844 no âmbito estadual e municipal, respectivamente, aprimorem e qualifiquem os mecanismos de  
845 controle, fiscalização do cumprimento de responsabilidades, tal como a medida tomada recentemente  
846 pelo Ministério com relação ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e avaliação  
847 da qualidade dos serviços de atenção básica. Na sequência, houve uma rodada de intervenções em  
848 que foram apresentadas as seguintes sugestões à minuta: retirar do texto da resolução as questões  
849 que não são da governabilidade do CNS; no item 3 do resolve, substituir “controle social” por

“conselhos de saúde”; reformular a redação do item 2 do resolve na lógica de que a atenção básica é estruturante da rede de atenção à saúde; no item 1 do resolve, substituir “mobilizar” por “as entidades integrantes do CNS se comprometem a envidar esforços na defesa de recursos financeiros para a Atenção Básica, especialmente nas esferas federal e estadual; no item 2 do resolve, reformular no sentido de “apoiar o Ministério da Saúde nas suas gestões no orçamento federal no sentido de ampliar os recursos da atenção básica (...)”; explicitar, ao tratar da rede de atenção básica, o fortalecimento da rede pública nas três esferas de governo; e sintetizar as sugestões ao texto e encaminhá-las a um grupo de conselheiros para reformular o texto. Além das contribuições ao texto da minuta, Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha** registrou as propostas apresentadas durante o debate: na reformulação das Comissões do CNS, pensar em estratégia para debate das questões de saúde na lógica do cuidado integral e não fragmentado (levar essa questão para a reunião da Mesa Diretora com as coordenações das comissões do CNS); organizar debates sobre os eixos temáticos da 14ª CNS nas reuniões do CNS; e retomar no âmbito do CNS as proposições dos Seminários Nacionais sobre Atenção Primária e Relação Público Privado no SUS, realizados em novembro de 2010, e discutir possíveis encaminhamentos. **Não houve manifestações contrárias às propostas apresentadas durante o debate.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** aproveitou para perguntar ao Ministério da Saúde como trabalhar jurídico e politicamente para que os médicos formados em Cuba atuem na rede pública de saúde para fortalecer a atenção básica do Brasil. Também falou das preocupações dos gestores com as equipes de Saúde da Família que ficam sem profissionais médicos e tem suspenso o repasse de recursos do Ministério da Saúde. Disse que hoje está convencido de que essa medida traz prejuízos à população, pois a equipe, sem o profissional médico, fica impedida de realizar ações importantes. Nesse sentido, ressaltou a importância de abrir diálogo sobre esse assunto visando encontrar saída para essa situação. Conselheiro **Arlison Cardoso** explicou que os municípios menores ao perder o profissional médico da equipe da Saúde da Família mantêm o atendimento com os demais profissionais, haja vista a dificuldade de contratação daquele profissional. Contudo, esses entes ficam impedidos de receber os recursos repassados pelo Ministério da Saúde, gerando grandes dificuldades. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha** disse que o tema levantado pelo Conselheiro Francisco Batista e Arilson Cardoso é importante e será considerado no debate de aprimoramento da Política de Atenção Básica. Também informou que o Ministério da Saúde firmou acordo com a indústria de alimentos para redução de sódio e gordura e esta iniciativa é parte do Plano de Combate à Obesidade. Além disso, sugeriu pautar na próxima reunião debate sobre o complexo industrial da saúde e clarificou que a formalização de parcerias com laboratórios privados para a nacionalização da produção de remédios (PPPs) é uma prática desse Ministério. Ressaltou que a parceria assinada no dia anterior, além de garantir produção nacional de medicamentos, possibilitará a economia de R\$ 700 milhões em quatro anos. Por fim, reforçou a importância do Seminário Nacional sobre Escassez, Provisão e Fixação de Profissionais de Saúde em áreas Remotas e Maior Vulnerabilidade. Conselheiro **Volmir Raimondi** manifestou preocupação com a publicidade e propagandas que induzem a utilização de energéticos e suplementos alimentares visto que podem ter contra indicação e perguntou como a ANVISA pode interferir para evitar essa questão. Conselheira **Marisa Furia Silva** também solicitou providências para diminuir a quantidade excessiva de aditivo de adoçante artificial nos produtos dietéticos e enfatizou a necessidade de eliminar a gordura vegetal no preparo do pão francês, que contribui para aumentar o índice de obesidade. **Deliberação: aprovado o mérito da resolução, com as sugestões dos conselheiros. O texto será reformulado e reapresentado ao Plenário.** Na sequência, o Presidente do CNS informou o lançamento do registro brasileiro para ensaios clínicos, no dia 12 de abril de 2011, na sede da OPAS em Brasília. O Brasil é o primeiro país da América Latina a conseguir o registro e esse é um pré-requisito para acelerar pesquisas sobre novas terapias. Antes de passar ao próximo item, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, comunicou que o lançamento da 14ª CNS seria no Edifício Premium, às 10h. **ITEM 5 – DECRETO Nº 7446, DE 1º DE MARÇO DE 2011 – LIMITES E PROCEDIMENTOS PARA EMPENHO DE DESPESAS COM DIÁRIAS E PASSAGENS - Apresentação: Rozângela Fernandes Camapum, Secretária-Executiva do CNS. Coordenação: Conselheira Jurema Pinto Werneck, da Mesa Diretora do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, Rozângela Fernandes Camapum, apresentou o Decreto nº. 7.446, de 1º de março de 2011, que define limites e procedimentos para empenho de despesas com diárias e passagens e a repercussão no CNS. Explicou que, nos termos do Decreto, a despesa a ser empenhada com diárias, passagens e locomoção, no âmbito dos órgãos e unidades orçamentárias do Poder Executivo, fica limitada aos valores constantes dos Anexos I e II deste Decreto. Entende-se por despesas com diárias, passagens e locomoção aquelas relativas aos elementos de despesa "14 - Diárias - Pessoal Civil", "15 - Diárias - Pessoal Militar" e "33 - Passagens e Despesas com Locomoção" e às Naturezas de Despesas "33903602 - Diárias a Colaboradores Eventuais no País", "33903603 - Diárias a Colaboradores Eventuais no Exterior" e "33903646 - Diárias a Conselheiros". Por determinação do Decreto, somente**



os Ministros de Estado poderão autorizar despesas referentes a: I - deslocamentos de servidores por prazo superior a dez dias contínuos; II - mais de quarenta diárias intercaladas por servidor no ano; e III - deslocamentos de mais de dez pessoas para o mesmo evento. Sobre o limite acerca do número de diárias/ano, disse que, a princípio, não haverá excepcionalidade a respeito dessa definição. Dessa forma, será necessário conversar com os onze conselheiros que, pelas atividades previstas, extrapolam esse limite. Não sendo possível, deverá ser feita conversa com o Ministro da Saúde e com a Casa Civil. Esclareceu que o anexo II do Decreto define os seguintes valores para o Ministério da Saúde destinados a diárias e passagens: até junho de 2011: R\$ 29,767 milhões; e até dezembro 2001: R\$ 59,533 milhões. Esse valor representa um corte de 50% do valor gasto pelo Ministério da Saúde em 2010. Lembrou que o orçamento do CNS está alocado na SGEP e a Secretaria possui o seguinte orçamento: até junho de 2011: R\$ 1,152 milhão; e até dezembro de 2011: R\$ 2,304 milhões. Isso representa um corte de 50% do valor gasto pela Secretaria em 2010. Assim, a SGEP repassou esse corte para as suas unidades orçamentárias. A seguir, mostrou a adequação do orçamento do CNS ao Decreto Nº 7.446, de 1º de março de 2011 no que se refere a passagens e diárias. Sobre diárias: Gastos em 2010: R\$ 1.606.691,36; Previsto para 2011: R\$ 1.610.231,09; Valor previsto para 2011 com o corte: R\$ 803.345,68; Déficit: R\$ 806.885,41. Do total do déficit, disse que a proposta é a seguinte: 14ª CNS: R\$ 376.887,69 – excluir, porque será custeado por outra fonte a ser negociada; R\$ 402.269,50 – corte de despesas. Com isso, o déficit é de R\$ 27.728,22 e o Ministério da Saúde comprometeu-se a verificar essa questão. A respeito das passagens: Gasto em 2010: R\$ 1.222.432,16; Previsto para 2011: R\$ 2.027.600,00; Valor previsto para 2011 com o corte: R\$ 611.216,08; Déficit: R\$ 1.416.383,92. Do valor do déficit, foram feitas as seguintes adaptações: exclusão dos valores relativos à 14ª CNS: R\$ 345.950,00; corte de R\$ 300.625,00, resultando em um déficit de R\$ 769.808,92. O valor final do déficit está sendo negociado com o governo. Em suma, disse que o corte no CNS será de 35% e não 50%, porque o governo comprometeu-se a repor valores. A seguir, passou a apresentar o orçamento do CNS 2011 conforme o Decreto nº. 7.446/11: não houve corte no orçamento das Reuniões Ordinárias de 2011; excluído valor destinado a Reuniões Extraordinárias; redução das reuniões da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde no Pleno do CNS - quatro para duas com um dia cada; manutenção das reuniões da Mesa Diretora do CNS; reuniões das Comissões: duas reuniões de um dia para as 22 comissões do CNS, com exceção da CIRH, CONEP e COFIN que trabalham com emissão de pareceres; Congressos: CONASEMS, ABRASCO e Rede UNIDA - atividades transferidas para OPAS: outras do CNS, participações por indicação: reduzido de 61 participantes para 30; 14ª CNS – despesa excluída do orçamento do CNS e o Ministério da Saúde verificará a possibilidade de custear; 1.7.2 – Plenária Nacional de Políticas Públicas em Saúde - Judicialização e Serviço Civil em Saúde: não houve corte no orçamento para infraestrutura; e diárias e passagens serão custeadas via OPAS; e Grupo de Trabalho Plataforma Brasil/ CONEP – não houve corte. Diante desse quadro, o déficit total do CNS é de R\$ 1.573.154,25, sendo: a) Diárias até abril de 2011: R\$ 52.779,42; b) Diárias: R\$ 27.728,22; c) Passagens: R\$ 769.808,92; d) 14ª CNS: R\$ 722.837,69. Explicou que negociou com o Ministro da Saúde suplementação desse valor, portanto, o corte no orçamento do CNS será de cerca de 30%. Ressaltou que, ao redefinir a proposta orçamentária do CNS, tentou garantir o menor prejuízo possível ao Conselho. **Manifestações.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** manifestou preocupação com o corte, porque prejudica as atividades dos órgãos de controle interno e externo como o CNS. Portanto, defendeu que o CNS se posicione sobre o significado desse corte no exercício do controle social e incentive os demais conselhos de controle a fazer o mesmo. Também perguntou se é possível custear passagens e diárias via OPAS, a fim de não impedir a participação de conselheiros nas atividades do CNS. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu que a Secretaria-Executiva do CNS se reúna com outras secretarias-executivas dos conselhos para definir uma ação conjunta no sentido de reverter a situação. Ressaltou que os Conselhos não poderiam sofrer cortes nos seus orçamentos porque prejudica o controle social do país e a democracia participativa. Conselheira **Nildes de Oliveira de Andrade** perguntou como fica a situação das comissões que precisam reunir-se no primeiro semestre para debater inclusive o Plano Nacional de Saúde e o PPA. Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** avaliou que a iniciativa de corte nas despesas é um equívoco e, inclusive, lembrou que a verba do Ministério da Saúde, segundo a EC nº. 29, não pode sofrer corte. De todo modo, avaliou que é louvável o esforço da Secretaria-Executiva do CNS e do Ministro da Saúde para minimizar os prejuízos ao CNS, assim, o Pleno deve apoiar a proposta de adequação do orçamento. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, primeiro, perguntou à mesa qual a justificativa para o corte e onde os recursos serão alocados. Lamentou essa decisão do governo que prejudica a participação da sociedade na implementação do controle social e fez questão de frisar que recurso público, quando economizado, deve ser aplicado em prol da população. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** informou que, segundo o Decreto, órgãos com poder de polícia ou de fiscalização podem ter um corte menor (de 25%). No caso do Ministério da Saúde, estão contemplados nessa excepcionalidade a ANVISA e

o DENASUS. Assim, a SPO está atenta para não inviabilizar os órgãos com poder de polícia e fiscalização. Também destacou que o corte afeta todos os Ministérios da Esplanada e o Ministério da Saúde tem tido olhar especial para o CNS em função do seu papel mesmo em detrimento das Secretarias e Departamentos. Conselheiro **Alexandre Magno Soares** disse que o CNS deve refletir sobre a repercussão do corte na vida da população e na diminuição da corrupção do país. No seu ponto de vista, a moralização do erário público passa por outras questões e não por corte orçamentário que prejudica a participação social. Conselheiro **Volmir Raimondi** disse que recebeu a informação de que o corte se referia aos funcionários dos Ministérios e não deveria atingir a dinâmica dos conselhos. No mais, destacou que há parecer jurídico nesse sentido, visto que a função dos conselhos é de relevância pública. Assim, perguntou se procede a informação de que o corte não deve atingir os conselhos. Conselheiro **Exedito Solaney de Magalhães**, na condição de usuário, manifestou sua indignação e seu protesto à proposta de redução do financiamento do CNS e retirou a necessidade de verificar se esse corte estende-se aos conselhos de controle social. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que o CNS considere a proposta da SE/CNS elaborada diante do atual cenário, apresente as preocupações ao Ministro da Saúde e retome essa questão na próxima reunião do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, primeiro, concordou que é necessária uma devolutiva à sociedade com rigor e compromisso e cumprimentou o esforço da Secretaria-Executiva do CNS e da SGEF para minimizar os prejuízos ao CNS. Encerrado esse momento de negociação, defendeu que o CNS faça uma análise detalhada do decreto e da portaria e seus impactos (por meio da COFIN ou Mesa Diretora) e, em seguida, defina os próximos passos. Por fim, foi porta-voz da proposta de realizar um protesto durante o lançamento da 14ª CNS. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** perguntou que é preciso avaliar qual será a economia com a diminuição da duração das reuniões das Comissões, por entender que um dia é insuficiente para debate de todas as questões. Conselheira **Marisa Furia Silva** manifestou preocupação com a iniciativa de conselhos de Esplanada de trabalhar com pacotes de transporte e hospedagem, o que, ao invés de diminuir custos, aumenta. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** ressaltou que é importante clarificar que o corte de 50%, nos termos do Decreto, refere-se à rubrica de diárias e passagens. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou quantas diárias foram pagas aos conselheiros do CNS em 2010 e se o cálculo das diárias foi feito com base nos 144 conselheiros. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** registrou que o Congresso da Rede Unida e da ABRASCO será realizado em 2012. **Retorno da mesa.** Primeiro, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, respondeu que, em princípio, não é possível fazer o pagamento de diárias e passagens via OPAS, porque o recurso já fora destinado para custeio de outras atividades. De todo modo, poderia verificar essa possibilidade haja vista a reserva de recursos para eventualidades. Sobre as comissões, informou que são duas reuniões por ano com um dia de duração, resultando em economia considerável. Reiterou que o Decreto, no art. 2º, refere-se explicitamente a diárias a colaboradores eventuais no país, diárias a colaboradores eventuais no exterior e diárias a conselheiros. Comprometeu-se a tentar incluir esse tema na pauta da reunião que terá com os conselhos da esplanada e com a Secretaria da Presidência da República, no dia 27 de abril de 2011. Por outro lado, discordou da proposta de realizar um protesto durante o lançamento da 14ª CNS. Também explicou que pacote é mais caro, porque os serviços são terceirizados para empresa. Portanto, o CNS não pretende adotar essa prática. Esclareceu ainda que o corte de recursos incide nos órgãos do Executivo e não apenas nos conselhos. Disse que é possível fazer um levantamento das diárias pagas em 2010. Explicou que, após análise, verificou-se que apenas onze conselheiros ultrapassaram o limite de quarenta diárias, assim, dispôs-se a verificar a possibilidade de serem contemplados via OPAS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, com a autorização da mesa coordenadora dos trabalhos, propôs uma moção de repúdio do CNS ao corte de despesa com diárias, passagens e locomoção haja vista o prejuízo para o controle social. Feitas as considerações, a mesa sintetizou os encaminhamentos que emergiram do debate: retomar o assunto na próxima reunião do CNS, com maiores informações sobre o impacto do corte, por parte da COFIN, SE/CNS, Ministério da Saúde e Mesa Diretora, além do parecer da CONJUR; realizar protesto contra o corte no ato de lançamento da 14ª CNS; elaborar posicionamento do CNS a esse respeito; e aprovar moção de repúdio. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu encaminhar o resultado desse debate ao Ministro da Saúde para conhecimento e manifestação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs uma manifestação política do CNS, naquele momento, contra o corte linear particularmente em órgãos de controle social como os conselhos, desconsiderando as especificidades das áreas. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** sugeriu que o Pleno decidisse sobre a proposta do Conselheiro Júnior no ponto da de pauta COFIN que contaria com a presença do Coordenador Geral de Planejamento/SPO. **Deliberação: encaminhar o resultado desse debate ao Ministro da Saúde, para conhecimento das preocupações do Conselho acerca do corte orçamentário de despesa com diárias, passagens e locomoção; retomar o assunto na próxima reunião do CNS, com maiores informações sobre o impacto do corte, por parte da**

**COFIN, SE/CNS, Ministério da Saúde e Mesa Diretora do CNS, além do parecer da CONJUR; e tratar do tema na reunião da Secretaria-Executiva do CNS com os Conselhos da Esplanada.** Após o ponto de pauta da COFIN, o Pleno retomaria a proposta de uma manifestação política do CNS, na reunião, contra o corte linear particularmente em órgãos de controle social como os conselhos, desconsiderando as especificidades das áreas. **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - Aprovação de Pareceres da CIRH.** *Apresentação:* Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, da CIRH/CNS. *Coordenação:* Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Este item iniciou-se com um informe do Conselheiro **José Rubens Rebellato** sobre o impacto dos pareceres do CNS nas decisões do MEC sobre abertura, reconhecimento e renovação de autorização de cursos. Primeiro, esclareceu que esse assunto é tratado pela Diretoria de Hospitais, sob sua gestão e pela Diretoria de Regulação. Explicou que o Diretor de Regulação/MEC, prof. Paulo Wollinger, colocou-se à disposição para tratar desse assunto na próxima reunião do CNS. Assim, solicitou à Mesa Diretora do CNS que pautasse esse assunto nessa oportunidade. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que o prof. Paulo Wollinger esteve na última reunião da CIRH para tratar do impacto dos pareceres do CNS no processo de análise do MEC de processos de abertura, reconhecimento e renovação de autorização de cursos e acordou-se por convidá-lo para expor sobre o tema na próxima reunião do CNS junto com a apresentação do trabalho da Comissão sobre indicadores de análise de processos. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** informou que recebeu resposta do Ministério da Saúde à denúncia feita na última reunião de duas faculdades de odontologia abertas irregularmente na cidade de Recife. Informou que as entidades de odontologia (conselhos, federações, sindicatos e associações) tomariam providências no Ministério Público por não aceitar que o MEC abra cursos na área de saúde de forma irregular. Por fim, comunicou que enviou a denúncia, por e-mail, à CIRH/CNS e aguarda retorno. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que o tema seria pautado na reunião da CIRH. Neste ponto, a mesa identificou um problema técnico e a apresentação dos pareceres foi suspensa temporariamente. **ITEM 7 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO - Composição da mesa:** Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, coordenador da COFIN/CNS; **Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS; e **Ayrton Galiciani Martinello**, Coordenador Geral de Planejamento/SPO. *Coordenação:* Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** lembrou que, na última reunião, foi feita a apresentação da análise, feita pela COFIN, da execução orçamentária do Ministério da Saúde relativa ao 4º trimestre/2010 e, nessa oportunidade, não foi possível a apresentação da execução orçamentária, pela SPO. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que a COFIN reuniu-se nos dias 30 e 31 de março e comunicou que foram disponibilizadas novamente planilhas de Restos a Pagar, de execução orçamentária (fevereiro de 2011), prestação de contas e apresentação da análise da COFIN. Primeiro, o coordenador Geral de Planejamento/SPO, **Ayrton Galiciani Martinello**, justificou a sua ausência na última reunião do CNS e, na sequência, fez uma breve apresentação do Relatório Trimestral de Prestação de Contas 4º trimestre/2010. Detalhou que o Relatório é composto dos seguintes itens: 1) Demonstrativo da execução orçamentária: Geral, Hospitais próprios e Grupo Hospitalar Conceição. 2) Oferta e produção de serviços – rede própria. 3) Análise da execução física e orçamentária das ações selecionadas – foram selecionadas 14 ações para a análise da execução física e orçamentária. Todas são consideradas estratégicas para o Ministério da Saúde e sua dotação supera 80% de todo o orçamento da esfera federal voltado para ações e serviços de saúde. 4) Anexos: Auditorias do DENASUS para o 4º trimestre. Frisou que o Relatório segue a lógica dos relatórios anteriores e as recomendações da COFIN serão contempladas no próximo Relatório. Por fim, colocou-se à disposição para esclarecimentos. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, recuperou a apresentação feita na última reunião e fez os seguintes destaques ao Relatório Trimestral de Prestação de Contas - 4º trimestre apresentado pela SPO/MS: a) Os Valores Empenhado e Liquidado das ações selecionadas estão idênticos, o que significa dizer que todas as despesas empenhadas foram liquidadas e isto efetivamente não corresponde à realidade. Sugestão da COFIN: verificar se essa informação pode ser revisada ou incluir a informação dos valores pagos até 31/12/2010; e b) As informações sobre as auditorias realizadas foram apresentadas por Estado e Município, além do número da auditoria, a finalidade e o período (outubro-dezembro/2010). Sugestões da COFIN para aprimoramento desse tópico nos próximos relatórios: além da informação do trimestre, incluir a do acumulado no ano; indicar o fato gerador e/ou demandante de cada auditoria (por exemplo: MP, CGU, TCU, denúncia, rotina do DENASUS, etc.); informar o estágio de cada auditoria, por exemplo: iniciada, em período de defesa, concluída, etc; para as auditorias concluídas, informar o resumo da conclusão: encontrada ou não irregularidades com categorias e aprofundamentos que o DENASUS julgar oportunos; e elaborar quadros-resumo com estes dados e definir parâmetros para comparar com anos anteriores. Como exemplo de resumo: auditorias mês a mês por estados e os totais ano e Brasil; resumo das finalidades, dos solicitantes, dos resultados etc. Além disso, destacou o quadro com a distribuição dos

recursos do Ministério da Saúde por Região (em valores per capita), elaborado pelo prof. Gilson Carvalho. Registrou como avanço a apresentação dos Relatórios de Execução a cada trimestre, além as planilhas, com destaque aos dois últimos que foram apresentados no prazo. O coordenador Geral de Planejamento/SPO, **Ayrton Galiciani Martinello**, reiterou que será incorporada a sugestão da COFIN sobre empenho e liquidado porque garante maior clareza dos dados. **Manifestações.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** perguntou a interpretação da COFIN sobre o quadro com Recursos do Ministério da Saúde por região - Per Capita (R\$) – 2010. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** solicitou a manifestação da SPO sobre o corte de despesa com diárias, passagens e locomoção. **Retorno da mesa.** O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, explicou que a intenção do quadro com a distribuição dos recursos do Ministério da Saúde por Região (em valores per capita) é mostrar que há diferenças regionais nos valores per capita para os blocos de despesas destacadas. A respeito do corte, colocou a sua posição pessoal de que o problema de corte linear é desconsiderar as diferentes realidades. Disse que o mais recomendável, no caso de ajustes de despesas, é que seja seletivo, considerando as prioridades e necessidades. Além disso, destacou que cortes lineares dessa natureza podem gerar soluções mais caras do que o que se pretende economizar. No caso do Ministério da Saúde, lembrou que há um gasto mínimo e o recurso economizado deverá ser alocado em outro ponto. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** perguntou onde o recurso economizado com o corte será alocado. O coordenador Geral de Planejamento/SPO, **Ayrton Galiciani Martinello**, explicou que o Decreto nº 7.446, de março de 2011 definiu limite para despesa a ser empenhada com diárias, passagens e locomoção, no âmbito dos órgãos e unidades orçamentárias do Poder Executivo (corte de 50% no valor), excetuando-se os órgãos de controle e de fiscalização. Destacou que no Ministério da Saúde esse corte não foi, de fato, linear, pois há exceções como o CNS que sofreu um corte de 30%. Ressaltou que se trata de uma determinação e o Ministério da Saúde deve adequar-se a ela. Disse que o recurso economizado seria alocado no Ministério da Saúde, considerando o gasto mínimo do Ministério da Saúde, mas ainda não seria possível definir onde. **Manifestações.** Conselheiro **Luis Carlos Bolzan** aproveitou para esclarecer que possivelmente a maioria das 318 auditorias, destacadas no Relatório da COFIN, foram encerradas. Também disse ser possível atender a solicitação da COFIN de enviar o resultado dessas auditorias, contudo, ponderou se a Comissão teria condições de analisá-las. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** perguntou sobre a possibilidade de disponibilizar relatório sobre as auditorias mais recorrentes. Conselheiro **Luis Carlos Bolzan** respondeu que seria possível disponibilizar relatório das auditorias mais recorrentes e os demandantes. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** ressaltou que o recurso economizado seria alocado no Ministério da Saúde e destacou o prejuízo do corte ao CNS. Informou que na última reunião da COFIN foi feito debate, com a presença de representante da ATRICON, do formato de um seminário que será realizado em parceria com os Tribunais de Contas. Além disso, solicitou a autorização do Pleno para entregar ao Ministro da Saúde um documento reiterando a preocupação do CNS acerca do crescente volume de Restos a Pagar e do entendimento do Ministério da Saúde do que são ações e serviços de saúde (cômputo dos itens farmácia popular e auxílio à saúde dos servidores para efeitos da EC nº. 29). Ressaltou que as recomendações do CNS a respeito do entendimento de que são ações e serviços de saúde não foram acatadas pelo Ministério da Saúde. Também destacou que seria entregue anexa cópia da ação civil pública requerendo recomposição no valor de R\$ 2,609 bilhões referente a cancelamento de restos a pagar apurados até 2009 (sem juros e correções). Conselheiro **José Marcos de Oliveira** destacou que o Pleno deveria refletir e posicionar-se sobre o não acatamento das resoluções do CNS pelo Ministério da Saúde, com destaque àquela sobre o entendimento de que são ações e serviços de saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** registrou a colocação para debate posterior. Conselheira **Jurema Werneck** sugeriu que a Mesa Diretora do CNS negocie diálogo da COFIN com o Ministro da Saúde para tratar do entendimento de que são ações e serviços de saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu tratar dessa questão na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu uma ação política em torno da cartilha sobre orçamento e finanças, elaborada pela COFIN e o lançamento desse documento nas principais conferências de saúde. Feitas essas considerações, a mesa passou aos encaminhamentos. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** concordou com a entrega simbólica do documento da COFIN ao Ministro da Saúde, apesar dessa questão já ter sido levada ao Ministro da Saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a cartilha está em fase de finalização e o prazo para a impressão é 30 de junho de 2011. Disse que a intenção é lançar a cartilha no Seminário Nacional da COFIN e é possível fazer um movimento nas conferências estaduais. **Deliberação: entregar ao Ministro da Saúde documento da COFIN com a preocupação do CNS acerca do volume crescente de Restos a Pagar e do entendimento do Ministério da Saúde do que são ações e serviços de saúde; e lançar a cartilha da COFIN nas conferências estaduais de saúde.** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** agradeceu o coordenador Geral de Planejamento/SPO, **Ayrton Galiciani Martinello**, pela presença e encerrou

este item. A respeito das diárias e passagens, a Secretária-Executiva do CNS destacou que colocará em prática o que foi apresentado até a próxima reunião quando essa questão será trazida novamente.

**ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - Aprovação de Pareceres da CIRH – Apresentação:** Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, da CIRH/CNS. **Coordenação:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que dois processos que constavam da pauta não seriam objeto de apreciação e aprovação em virtude de problemas técnicos. Antes de apresentar os pareceres elaborados pela CIRH, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou os dois processos retirados da pauta: 1) **Referência:** Processo nº 201010052. **Interessado:** Faculdades Integradas São Pedro. **Curso:** Autorização do curso de Medicina. 2) **Referência:** Processo nº 201011480. **Interessado:** Faculdade Anísio Teixeira de Feira de Santana. **Curso:** Autorização do curso de Medicina. Feito esse registro, apresentou os pareceres para apreciação e aprovação: 1) **Referência:** Processo nº 201014536. **Interessado:** Faculdade Santa Marcelina. **Curso:** Autorização do curso de Medicina. Parecer: satisfatório. 2) **Referência:** Processo nº 201000454. **Interessado:** Universidade Católica de Brasília. **Curso:** Reconhecimento do curso de Medicina. Parecer: satisfatório. 3) **Referência:** Processo nº 201010552. **Interessado:** Universidade Federal de Ouro Preto. **Curso:** Reconhecimento do curso de Medicina. Parecer: Satisfatório. 4) **Referência:** Processo nº 201011071. **Interessado:** Universidade Potiguar. **Curso:** Reconhecimento do curso de Medicina. Parecer: satisfatório. 5) **Referência:** Processo nº 201011340. **Interessado:** Universidade Federal de São Carlos. **Curso:** Reconhecimento do curso de Medicina. Parecer: Satisfatório. 6) **Referência:** Processo nº 201013858. **Interessado:** Faculdade Christus. **Curso:** Reconhecimento do curso de Medicina. Parecer: Satisfatório. 7) **Referência:** Processo nº 200900108. **Interessado:** Faculdade Pitágoras de Uberlândia. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 8) **Referência:** Processo nº 200909125. **Interessado:** Faculdade de Jandaia do Sul. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 9) **Referência:** Processo nº 200801026. **Interessado:** Faculdade de Ciências Sociais de Florianópolis. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. Não havendo manifestações, conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** colocou em votação os pareceres da CIRH, em bloco. **Deliberação: os pareceres apresentados pela CIRH/CNS foram aprovados em bloco. Além disso, o Plenário decidiu convidar o prof. Paulo Wollinger para expor na próxima reunião do CNS sobre os desdobramentos dos pareceres do CNS no MEC.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** manifestou satisfação com o novo momento de avaliação de cursos, por parte da CIRH/CNS e parabenizou a Comissão por isso. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que os critérios e as formas de análise da CIRH são os mesmos, mas as instituições de ensino, à medida que esse processo avançou, passaram a apresentar melhores propostas, o que resultou em mais pareceres satisfatórios. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** disse que o trabalho de análise evoluiu também com o trabalho conjunto entre CNS e MEC. Conselheiro **Ubiratan Cassano** manifestou satisfação com os pareceres satisfatórios ao reconhecimento do curso de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto e da Universidade Federal de São Carlos, visto que contribui para expansão do ensino superior com qualidade. Por outro lado, salientou que é preciso definir mecanismos para garantir a permanência dos profissionais formados nessas escolas, evitando a migração para as grandes metrópoles. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** ressaltou que aguarda resposta da CIRH e do MEC sobre as duas faculdades de odontologia, na cidade de Recife, que tiveram cursos abertos de forma irregular. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** reiterou que a denúncia será enviada ao MEC para resposta.

**ITEM 9 – REVISÃO DA RESOLUÇÃO CNS - 347 - ARMAZENAMENTO E UTILIZAÇÃO DE MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO COM FINALIDADE DE PESQUISA.** *Composição da mesa:* **Paulo Henrique Condeixa de França**, membro da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS, lembrou que a proposta de revisão da Resolução CNS nº 347 foi apresentada na última reunião do CNS e o Pleno definiu um prazo para análise e contribuições. Conselheiro **Luis Eugenio Portela de Souza**, primeiro, agradeceu o prazo destinado às entidades para análise da proposta e envio de contribuições e, no caso da ABRASCO, informou que a entidade apreciou o documento e é favorável à aprovação, sem mudanças. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que apresentara uma proposição ao texto, mas foi convencido a enviar a proposta de alteração no debate de revisão da Resolução nº. 196. Assim, retirou a sua sugestão para votação da proposta sem adendos. O integrante da CONEP/CNS, **Paulo Henrique Condeixa de França**, reiterou que até 30 de março de 2011 a Comissão recebeu apenas a sugestão do Conselheiro Alcides de Miranda, com argumentação apropriada e esta será considerada no debate de reformulação da Resolução nº. 196. **Deliberação: aprovada a revisão da Resolução CNS nº. 347, que dispõe sobre armazenamento e utilização de material biológico humano com finalidade de pesquisa. Tendo cumprido o objetivo para o qual fora criado, o GT foi desfeito. REVISÃO DAS RESOLUÇÕES DO CNS 196 E 240 - Deliberação: o**

Plenário aprovou a formação de um GT no âmbito da CONEP para analisar as Resoluções e apresentar uma proposta de revisão ao CNS. Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt agradeceu a presença do integrante da CONEP/CNS, Paulo Henrique Condeixa de França e encerrou este item.

**RESOLUÇÃO CNS – 431 – COMITÊ PID –** A Secretária- Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou a proposta de rever a composição do Comitê de Acompanhamento e Monitoramento das ações do Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde, considerando a agenda de atividades para 2011: 1) definir em conjunto com o Ministério das Comunicações/SGEP/Datasus medidas para viabilizar conectividade a todos os Conselhos de Saúde; 2) estabelecer cronograma de reuniões com Fiocruz para Monitoramento e Acompanhamento do convênio para realização do Curso de Informação e Comunicação Módulo II na modalidade EAD para os 6.040 conselheiros de saúde; 3) implementar os Cursos de Informática para conselheiros de saúde em parceria com DATASUS Nacional e Regionais, bem como estratégias de Monitoramento e Acompanhamento junto aos GT PID dos estados; 4) consolidar os conteúdos de interesse dos conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde para a grade de programação do Canal Saúde (conforme levantamento realizado por ocasião dos eventos estaduais de entrega de equipamentos nos estados) em conjunto com Canal Saúde/FIOCRUZ; 5) estabelecer com representação da OI/Anatel estratégias de Monitoramento e Acompanhamento do Termo de Anuência firmado com Ministério da Saúde (disponibilização de TVs, antenas e decodificadores aos conselhos de saúde); 6) viabilizar estratégias de fortalecimento dos GT de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação dos estados; 7) realizar Oficinas Regionais de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação do PID com GT de Acompanhamento do PID dos estados, (norte- Manaus, Nordeste- Pernambuco, Centro Oeste- Mato Grosso, Sudeste - Espírito Santo, Sul - Santa Catarina); 8) monitorar em conjunto com OI/Anatel a instalação de antenas e decodificadores nos conselhos de saúde; 9) agendar Oficinas de Monitoramento do PID nos estados do Acre, Rondônia, São Paulo e Goiás, (onde não houve entrega de TVs aos conselhos de saúde por questão de agenda); 10) articular com CONASEMS/COSEMS para mobilização das Secretarias Municipais de Saúde visando a definição de responsabilidade da gestão com a organização dos conselhos de saúde; 11) agendar evento Nacional, com GT PID Estaduais para, Monitoramento e Acompanhamento do PID e Avaliação da Agenda Nacional; e 12) acompanhar Eventos de Entrega de Equipamentos aos conselhos estaduais e municipais de saúde. Explicou que a proposta de recomposição do Comitê é a seguinte: aumentar de seis para oito representantes do CNS, sendo: três representantes da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (Coordenação, Coordenação Adjunta, CONASEMS), dois representante da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (CIEPCSS); e um representante da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN); dois representantes indicados pelo Pleno do CNS (um trabalhador e um usuário). Quatro representantes do Ministério da Saúde: um representante da Secretaria-Executiva do CNS; três representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, sendo uma representação do DATASUS. Além disso, a representação da FIOCRUZ não fará mais parte do Comitê, por se tratar da instituição contratada para fazer o EAD, portanto, parte interessada. A intenção é evitar conflito de interesse. De todo modo, a FIOCRUZ poderia ser convidada, quando necessário. **Deliberação: o Plenário aprovou Resolução com a recomposição do Comitê de Acompanhamento e Monitoramento das ações do Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde, composto por: oito representantes do CNS, sendo: três representantes da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (Coordenação, Coordenação Adjunta, CONASEMS), dois representante da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (CIEPCSS); e um representante da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN); dois representantes indicados pelo Pleno do CNS (um trabalhador e um usuário). Quatro representantes do Ministério da Saúde: um representante da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde; três representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, sendo uma representação do DATASUS. O objetivo do Comitê é propor ações, planejar e monitorar o Programa de Inclusão Digital do Conselho Nacional de Saúde. Na próxima reunião do CNS deverá ser indicado um representante dos usuários e um dos trabalhadores da saúde para o Comitê. GT: PLENÁRIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE -** *Composição da mesa:* Conselheira **Marisa Furia Silva**, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**; e **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. *Coordenação:* Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, do GT Plenária Nacional de Políticas Públicas em Saúde, apresentou uma proposta de programação do Seminário Nacional sobre Serviço Civil em Saúde e sobre Judicialização em saúde, de 28 a 30 de junho de 2011, na CNTC, em Brasília/DF. 28 de junho de 2011. Início: 8 horas. Término: 19h. 8h às 9h: Credenciamento. 9h às 10h: Mesa de Abertura: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, CONASS, CONASEMS e CNS. 10h às 11h30: Mesa 1- Serviço civil em saúde. Objetivo:

contextualizar o assunto de serviço civil e expor a visão dos envolvidos no processo. Coordenação: a indicar. Palestrantes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, CNS e representante dos Estudantes. 11h30 às 13h: Debate Mesa 1. 13h às 14h30: Almoço. 14h30min às 16h30: Mesa 2 – Proposta de implementação do serviço civil em saúde. Objetivo: aprofundar o assunto com exposição do projeto de lei e visão dos gestores. Coordenação: a indicar. Palestrante: Deputado Geraldo Rezende. Debatedores: CONASS; CONASEMS e CNS. 16h30 às 19hs: Debate Mesa 2. Dia: 29 de Junho de 2011. Início: 9 horas. Término: 12h. 9h às 12h: Plenária Final. Coordenação: a indicar. 12h às 14h: Almoço. Dia: 29 de junho de 2011. Início: 14 horas. Término: 18h. 14h às 14h30: Mesa de abertura – judicialização. 14h30 às 16h30: Mesa 3 – A judicialização no Sistema Único de Saúde. Objetivo: contextualizar e analisar os impactos do processo de judicialização em saúde e apresentar as visões dos envolvidos. Coordenação: a indicar. Palestrantes: Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, CNS, AMPASA e STF. 16h30 às 18hs: Debate Mesa 3. Dia: 30 de junho de 2011. Início: 9 horas. Término: 13h. 9h às 13h: Plenária final. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu convidar outras representações como CREA e OAB para o seminário visto que está em tramitação no Congresso Nacional projeto que abrange todas as profissões. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** propôs convidar representante do Conselho Nacional de Assistência Social no dia 28 de junho. Também perguntou se será trazido para o seminário o debate do STF que durou quatro semanas. Na sequência, conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou a proposta de divisão de vagas: 1) Vagas fixas (participação nos três dias): Conselheiros nacionais de saúde – 90 (custeados pelo CNS); Coordenadores de plenária: 24 (custeados pelo CNS); Conselhos Estaduais de Saúde – 27 (custeados pelo CNS); Palestrantes – 7 (custeados pelo CNS); Conselhos Municipais de Saúde – 170 (distribuídos por hab./estados); CONASS: 5; CONASEMS: 5; Ministério da Saúde: 5; Secretarias Estaduais de Saúde: 54; Secretarias Municipais de Saúde: 52; Fórum de Usuários: 25; Fórum de Trabalhadores: 25; Conselhos de Políticas Públicas: 20. Subtotal: 509. Vagas específicas para o Seminário de Serviço Civil em Saúde: Ministério da Educação: 10; Secretarias Estaduais de Educação: 27; Secretarias Municipais de Educação (capitais): 26; Fórum Nacional de Residentes em Saúde: 10; Fórum Nacional de Coord. das Residências Multiprofissionais: 10; Fórum Nacional de Preceptores e Tutores: 10; UNE (Executivas Nacionais de Estudantes): 14. Subtotal: 107. Vagas para o Seminário de judicialização: Ministérios Públicos Estaduais – 27; Ministérios Públicos Municipais – 27; Judiciário Federal: 30. Subtotal: 84. Total de vagas – 700: 509 (fixos) + 107(serviço civil) + 84 (judicialização). Portanto, o público por evento fica em torno de 600 pessoas, sendo 149 custeados pelo CNS. Também informou que as vagas foram distribuídas entre os estados de acordo com o critério populacional. **Manifestações.** Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** sugeriu convidar os autores dos projetos sobre serviço civil para o Seminário Nacional sobre Serviço Civil em Saúde. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou as seguintes sugestões: incluir o Ministro de Estado da Saúde na mesa de abertura do Seminário; contemplar uma representação da SGTES na preparação do Seminário Nacional sobre Serviço Civil em Saúde e contemplar em uma das mesas; no Seminário Nacional sobre Judicialização, incorporar a representação da SAS e incluir debate sobre protocolos clínicos. Conselheira **Jurema Werneck** cumprimentou o GT pela proposta e sugeriu que, além do índice populacional, sejam considerados outros indicadores para divisão das vagas, de forma a garantir a participação de municípios do interior das regiões, em especial, Norte e Nordeste. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** concordou com a proposta e perguntou se é possível a vinda de outros convidados que não custeados pelo CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que foi enviado para sanção presidencial o PL que propõe a mudança da Lei 8.080/90, definindo a questão da integralidade, principal questão da judicialização. Portanto, em que pese o seminário de judicialização, ressaltou que é preciso pautar debate no CNS sobre a proposta e suas consequências. Conselheiro **Gilson Silva** quis saber como será a divisão das vagas do Seminário entre os conselhos municipais de saúde. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** propôs convidar o Senado Federal e a Câmara dos Deputados para os dois momentos do Seminário Nacional e o Conselho Nacional de Justiça para o primeiro momento. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** respondeu que Câmara dos Deputados e Senado Federal podem ser convidados para acompanhar o debate. Sobre a proposta de modificação da Lei n°. 8.080/90, destacou que o CNS deve preparar-se para esse debate. Além disso, informou que a intenção é, no caso de não preenchimento das vagas, abrir para outros interessados. Explicou que estão em tramitação cinco projetos relativos a serviço civil: dois dizem respeito a todas as categorias; e dois tratam da saúde, mas diferente do que o CNS defende. Na sua visão, é interessante convidar os parlamentares com projetos em tramitação relativos ao tema. Esclareceu que os CESs, em tese, são responsáveis por articular e definir a questão dos municípios. Lembrou que foi destinada vaga para os conselhos municipais das capitais, mas a participação dos demais será definida por um processo de articulação política dos respectivos conselhos municipais. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, sugeriu convidar os parlamentares cujos projetos se refiram à saúde e, após o Seminário,



o tema pode ser pautado no CNS, se for o caso. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** destacou que, após o seminário, o tema pode ser pautado no CNS, com convite aos parlamentares autores dos projetos. Feita essa fala, passou aos encaminhamentos. **Deliberação: aprovada proposta de programação da Plenária Nacional de Políticas Públicas em Saúde, com os seguintes adendos: incluir representação da SGETS na mesa “Serviço civil em saúde”; incluir representação da SAS na mesa “A judicialização no Sistema Único de Saúde” e tratar sobre protocolos clínicos; convidar representação do Conselho Nacional de Justiça para o seminário de judicialização; incluir nas pendências de pauta a proposta de debate sobre judicialização (modificação da Lei nº. 8.080/90); e debater no GT critérios para distribuição das vagas para os Estados, além do critério populacional.** Conselheira **Marisa Furia Silva** agradeceu o empenho e o trabalho das assessoras do GT. Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou a proposta do GT para as mesas do Seminário no que se refere ao CNS: Mesa 1- Serviço civil em saúde. Coordenação: gestor; Secretaria: usuário; Palestrante: Trabalhador. Mesa 2 – Proposta de implementação do serviço civil em saúde. Coordenação: usuário; Secretaria: trabalhador; Mesa 3 – A judicialização no Sistema Único de Saúde. Coordenação: gestor; Secretaria: trabalhador; Palestrante: usuário. Plenária final. Coordenação: usuário; Secretaria: trabalhador. Comissão de relatoria: Serviço Civil – um usuário e um trabalhador; e Judicialização – um usuário e um trabalhador. **A proposta foi aprovada e os segmentos deverão indicar os nomes na próxima reunião do CNS.** Nada mais havendo a tratar, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Alexandre Rocha Santos Padilha, Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Edmundo Dzuawi Omoro, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, 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, Jurema Pinto Werneck, Lérica Maria S. Vieira, Luiz Alberto Catanoe, Luiz Odorico M. de Andrade, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Socorro de Souza, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Marisa Furia Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade, Olympio Távora Derze Correa, Paulo Guilherme Romano, Ruth Ribeiro Bittencourt, Solange Aparecida Caetano, Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Zilda de Faveri Vicente Souza.** *Suplentes:* **Alexandre Magno Lins Soares, Ana Cristhina de Oliveira Brasil, Ana Estela Haddad, Ana Maria R. da Silva, Bruno Metre Fernandes, Conceição Aparecida Accetturi, Eliane Aparecida da Cruz, Elias Nasralla Neto, Expedito Solaney Pereira de Magalhães, Geraldo Adão Santos, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, José Wilton da Silva, José Luiz Spigolon, José Naum de Mesquita Chagas, Juarez Pires de Souza, Júlio A. Gevaerd, Júlia MariaRoland, Jurandi Frutuoso Silva, Luís Carlos Bolzan, Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Milton de Arruda Martins, Noemy Yamaghishi Tomita, Paulo César Augusto de Souza, Pedro Tourinho de Siqueira, Reginaldo N. Gomes, Ronald Ferreira dos Santos, Sebastião Geraldo Venâncio e Verônica Lourenço da Silva.** O segundo dia de reunião iniciou-se com debate sobre a 14ª Conferência Nacional de Saúde. **ITEM 8 – COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª CNS - Apresentação:** Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Comissão Organizadora da 14ª CNS. *Coordenação:* Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS; e Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** começou com informe sobre os municípios que já realizaram as suas conferências antes do calendário oficial. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** destacou que os municípios têm autonomia para realizar as suas conferências, contudo, devem cumprir a etapa da conferência nacional. Conselheiro **Volmir Raimondi** avaliou que os municípios devem cumprir o calendário definido pelo CNS e, além disso, propôs tornar o informe sobre perguntas e respostas mais dinâmico no sentido de que se entenda melhor o preconizado para a 14ª CNS. Na sequência, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** comunicou que o Estado da Bahia consulta o CNS sobre a possibilidade de realizar a Conferência Estadual de 14 a 16 de novembro de 2011, por falta de local. Na avaliação da Comissão Organizadora da 14ª CNS, não é possível acatar o pleito, porque, sendo realizada na referida data, não haverá prazo para sistematização do relatório, pela relatoria. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, lembrou que o prazo de envio dos relatórios das conferências estaduais é 8 de novembro de 2011. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** fez um informe sobre o andamento da conferência do Distrito Federal. Disse que foi constituída Comissão Organizadora e que serão realizadas conferências regionais (nas cidades satélites) e plenárias, além da conferência distrital. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** falou do caso do Município de São Paulo, recuperando que foi realizada conferência municipal em 2010, sem a participação do Conselho Municipal de Saúde. Inclusive, o CMS de São Paulo deliberou por anular a

conferência municipal realizada em 2010. Diante da situação, a Comissão Organizadora indicou os conselheiros Luiz Odorico e Júlia Roland para reunir-se com o CMS de SP, SMS de SP e CONASEMS visando chegar a consenso que possibilite a realização da conferência municipal, cumprindo a etapa nacional e envolvendo a gestão e o Conselho Municipal. Conselheira **Jurema Werneck** encaminhou as propostas. **Deliberação: o Pleno não acatou o pedido do Estado da Bahia, porque prejudicaria o trabalho de sistematização dos relatórios da etapa estadual da Conferência. Os recursos nesse sentido serão tratados da mesma forma pela Comissão Organizadora e não serão trazidos ao Pleno do CNS. Além disso, acordou-se tornar o informe sobre perguntas e respostas acerca da 14ª CNS mais dinâmico no sentido de que se entenda melhor o preconizado para a 14ª CNS.** Na sequência, Conselheira **Jurema Werneck** apresentou a composição das Comissões da 14ª CNS: I. Coordenador Geral: Jurema Pinto Werneck; II. Secretário Geral: Francisco Batista Júnior; III. Relator Geral: Gastão Wagner; IV. Relator Adjunto: Arnaldo Marcolino da Silva Filho; V. Coordenadora de Comunicação e Informação: Graciara Matos de Azevedo. Integrantes: Júlia Santos Roland, Eliane Aparecida Cruz, Alcides Silva de Miranda, Pedro Tourinho de Siqueira, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Wanderley Gomes da Silva e um da CUT (aguarda publicação de portaria visto que houve modificação na representação da Central). VI. Coordenador de Articulação e Mobilização: Maria do Socorro de Souza. Integrantes: José Eri de Medeiros, Gilson Cantarino O'Dwyer, Ruth Ribeiro Bittencourt, um trabalhador (aguarda publicação de portaria visto que houve modificação na representação), Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Geraldo Adão Santos e Nildes de Oliveira Andrade. VII. Coordenador de Infraestrutura: Luís Odorico Monteiro de Andrade. Integrantes: Maria Thereza Almeida Antunes e João Rodrigues Filho. A Secretária-Executiva do CNS lembrou que os integrantes das Comissões de Comunicação e Informação e de Articulação e Mobilização são indicados entre os componentes da Comissão Organizadora da 14ª CNS. Conselheira **Jurema Werneck** destacou que os demais conselheiros, que não compõem a Comissão Organizadora, podem contribuir com os trabalhos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** reiterou que os interessados em contribuir com os trabalhos serão contemplados. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou atenção especial da Comissão de Infraestrutura para garantir a acessibilidade para as pessoas com deficiência e colocou-se à disposição para colaborar nesse sentido. Na sequência, Conselheira **Jurema Werneck** informou que o calendário das conferências municipais e estaduais será disponibilizado no site do CNS e atualizado permanentemente. Dito isso, passou à leitura da proposta de documento orientador: "Todos usam o SUS!: SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro". Estamos iniciando mais uma jornada nacional de debates, avaliação e propostas sobre o Sistema Único de Saúde, a maior e mais importante política pública conquistada pelo povo brasileiro na nossa história, e que, apesar das enormes dificuldades que naturalmente enfrenta na sua curta trajetória, tem se constituído em exemplo de inclusão e transformação política no Brasil. Uma das poucas experiências no mundo que assegura como um elemento fundamental, o acesso universal independente de cor, raça, credo religioso, sexo e mesmo origem geográfica, de forma integral e levando em consideração as diversas particularidades e especificidades. O SUS é singular no mundo, propõe e dispõe de práticas e processos democráticos, produto de ampla participação das pessoas através dos mais variados espaços constituídos formal ou mesmo informalmente, como são os casos das Conferências e Conselhos de Saúde. Eis, pois, que o Sistema Único de Saúde (SUS) inicia o seu período de maioridade, com importantes conquistas sociais e significativos desafios no porvir. A Constituição Federal de 1988 e a legislação sanitária (Leis nºs 8.080 e 8.142) estabelecem os princípios e diretrizes de um SUS de todos, com todos e para todos, sob a égide do direito universal às políticas, serviços e ações integrais de Seguridade Social, incluída a Saúde. Políticas sociais e estratégias institucionais sob gestão pública, geradoras de inclusão e equidade, com acesso universal aos serviços de atenção integral, de promoção, proteção e recuperação da Saúde. Existem excelentes experiências acumuladas, nas quais todos usam o SUS por meio de centenas de ações de promoção e Atenção Integral da Saúde, das ações de Vigilância Sanitária, imunizações, controle de endemias, investimentos em tecnologias e educação em Saúde. Graças ao trabalho do poder público com o envolvimento dos trabalhadores da saúde de entidades e movimentos de base comunitária, a desnutrição vem sendo controlada no país com melhorias nos processos de segurança alimentar e nutricional, constata-se queda expressiva da mortalidade infantil, denota-se o incremento de programas e equipamentos para ampliar as oportunidades de saúde foram ofertados para todos. Há avanços na universalidade e na descentralização de Saúde, especialmente com a municipalização das ações e serviços. Mas ainda estamos a passos lentos quanto ao acesso, em razão da imposição de obstáculos para utilizar os serviços, seja por falta de condições do usuário, seja por impedimentos instituídos no âmbito dos serviços. É necessário atualizar os patamares de qualidade, integralidade (com foco de atenção na pessoa como um todo), a equidade (serviços e prioridades de acordo com as necessidades). É imprescindível enfrentar com coragem o processo de regionalização e a baixa participação dos conselhos de saúde na formulação de políticas e estratégias

e apreciação precária dos relatórios de gestão. Há que se evitar a perpetuação de mortes precoces e internamentos evitáveis por doenças com tratamentos disponíveis e de baixo custo, que deveriam ser ofertados logo após as consultas nas unidades básicas de saúde. Apesar dos avanços no número de consultas de pré-natal, as mortes maternas e infantis devido à precariedade das consultas de pré-natal e problemas preveníveis no parto e pós-parto devem cessar. Doenças como hipertensão e diabetes afetam milhões de pessoas. Quando não tratadas geram sofrimento para elas e custos elevados para o SUS. Hanseníase, Tuberculose, Sífilis, Dengue – Por que não eliminá-las como problema de saúde pública? É hora de enfrentar os problemas que despontam no SUS, com a necessidade de mecanismos de controle e de gestão e inversão de prioridades orçamentárias. A responsabilidade é dos três entes federados e dos conselhos. Os participantes da 14ª Conferência Nacional de Saúde devem intensificar o diálogo mútuo, com os gestores da saúde, trabalhadores, entidades e movimentos sociais e apontar diretrizes para propiciar melhorias para todos que usam o SUS. É importante reiterar que políticas, serviços e ações do SUS estão presentes e são efetivas na vida de todos os brasileiros e de muitos estrangeiros. Trata-se de ações intersetoriais de promoção da Saúde; de serviços e ações de Vigilância (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, do Trabalho), prevenção e controle de doenças, vacinação, redução de danos etc.; de serviços assistenciais (hospitalares, ambulatoriais, diagnósticos etc.) e de reabilitação. Uma extensa e complexa rede de serviços e ações que conformam um sistema público, em instâncias (inter) governamentais e âmbitos organizacionais diversos. Considerada a amplitude e abrangência das ações e serviços efetivamente prestados pela rede de Atenção Integral à Saúde, por que ainda prevalece a noção de um SUS restrito aos seus serviços assistenciais, notadamente hospitalares e de pronto-atendimento? Por que é tão propalada a idéia de que existiriam apenas parcelas populacionais “SUS-dependentes” ou um “SUS pobre, para os pobres”? O que fazer para disseminar, mais e melhor, o entendimento sobre o direito humano e social à Saúde? Para constituir maior legitimidade e sentido de pertencimento para com as políticas públicas de Saúde torna-se necessária a discussão, desde os âmbitos locais até o plano nacional, acerca das perspectivas de entendimento e desafios para a legitimação do SUS como política pública universal, pertencente ao povo brasileiro; que requer mais investimentos humanos, políticos e de recursos, para a garantia de acesso com equidade, integralidade e melhor qualidade. Uma política pública se legitima em razão do entendimento compartilhado de seu valor como inalienável direito humano e social, de sua utilidade pública e garantia de justiça social. Do entendimento nasce o sentimento de segurança, o sentido de pertencimento, de patrimônio do povo e a disposição de defesa do interesse público. O desafio da constituição de legitimidade é permanente e, além da noção de direito humano e social, implica na garantia de acesso, acolhimento e respostas apropriadas para as necessidades sociais (econômicas, alimentares, de minorias etc.) e demandas de Saúde. Em termos constitucionais, o SUS deve compor e estar integrado às políticas públicas de Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social). Em termos práticos e circunstanciais, trata-se de mais um grande desafio de integralidade. Torna-se, pois, imprescindível a análise sobre cada situação e os desafios de integração das políticas, estratégias institucionais, serviços e ações da Seguridade Social em cada território. Os participantes 14ª CNS, em todas as suas etapas (municipal, estadual e nacional), além de reiterar a postura e atitude em defesa dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, são detentores do compromisso e da responsabilidade de promover discussões e realizar debates, buscar melhores alternativas e escolher rumos de superação, inovação e sustentabilidade para o crescimento, consolidação e legitimação das políticas públicas de Seguridade Social. São muitos os desafios e diversos os temas em pauta. O que se espera é a reedição do esforço de cidadania e a convergência da disposição para o debate, a proposição e deliberação de diretrizes por parte da população brasileira, nos inúmeros eventos e em todas as etapas que devem ocorrer e conformar a 14ª CNS. Assim se constrói e se sustenta a política pública de Seguridade Social. Avanços e desafios para a garantia do acesso e acolhimento com melhor qualidade e equidade. Temos a tarefa de avaliar com profundidade um sistema que originalmente está pensado e legalmente estabelecido para ser viabilizado através de um financiamento pactuado entre as três esferas de governo, e que seja adequado e definido de acordo com as reais necessidades de cada região e população referenciadas. Propor alternativas que apontem para a superação de uma rede de serviços que equivocadamente trata somente as doenças, substituindo-a por uma rede efetivamente de saúde, orientada não somente para ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação da saúde, mas também com a sustentação de ações intersetoriais. Uma corresponsabilidade fundamental ao pleno êxito do modelo de atenção integral proposto, tendo equipes multiprofissionais em saúde como força insubstituível para a sua viabilização plena. O SUS deve dispor integralmente de uma gama de procedimentos desde os mais simples aos mais especializados, bem como de ações e políticas intersetoriais de áreas fundamentais para a saúde como a educação, trabalho e renda, meio ambiente e lazer dentre outros, com particular ênfase nas políticas referentes à seguridade social. Quando se trata de questões de acesso aos serviços,

insumos e tecnologias de Saúde, predomina o enfoque em atendimentos e questões assistenciais, mas também existem questões significativas decorrentes do acesso aos serviços de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Nutricional, Ambiental etc., além de outros serviços e ações de Saúde. Não se trata somente da necessária adequação quantitativa da distribuição e oferta de serviços, tecnologias e insumos de saúde, perante demandas espontâneas nos diversos territórios de vida e dos níveis assistenciais, mas da garantia de melhor equidade, acolhimento, continuidade, integralidade, suporte, resolutividade e satisfação dos usuários. Trata-se também, da melhor adequação dos perfis de ofertas de tecnologias e serviços em razão das necessidades sociais e sanitárias de populações, grupos específicos e indivíduos. Em termos de mudanças efetuadas e necessidades ou desafios a se enfrentar em cada território de vida e contexto real, o que significam o acesso e acolhimento com melhor qualidade? Quais as necessidades e demandas consideradas prioritárias? Quais as proposições de investimentos mais condizentes para a reorganização de serviços e garantia de acesso e acolhimento com melhor qualidade? Nas etapas da 14ª CNS e para cada âmbito de ação institucional do SUS - local, (inter) municipal, metropolitano, (inter) regional, (inter) estadual e nacional - convém realizar análises de situações e condições de acesso aos serviços e ações de saúde; definições de necessidades prioritárias; discussões sobre alternativas e iniciativas para mudanças e investimentos; deliberações de diretrizes políticas e organizativas para a garantia, incremento e melhor qualificação do acesso e acolhimento nos serviços de Saúde. Diretrizes e proposições que possam efetivamente constituir agendas para as ações (inter) governamentais e pautar os processos e práticas de avaliação, monitoramento e fiscalização por parte das instâncias de participação comunitária e Controle Social. O acesso com acolhimento e melhor qualidade aos serviços e ações integrais de Saúde, implica primordialmente na expansão, incremento, fortalecimento e apoio logístico da Atenção Básica à Saúde em todo o país. No reconhecimento de necessidades específicas, condições singulares, contextos particulares que requerem unidade na diversidade, ou seja, uma política nacional única com dispositivos organizacionais diversos e respostas apropriadas para distintas necessidades. Considerado cada território e contexto, quais as situações e condições de acesso, acolhimento e atendimento qualificado nos serviços de Atenção Básica, na Estratégia e Programa de Saúde da Família? Quais as prioridades para investimentos, mudanças organizacionais, suporte e apoio para estes serviços? Outros serviços mais especializados também estão a requerer melhor acesso e oportunidade de disponibilização em tempo adequado. Serviços de pronto atendimento, serviços ambulatoriais, hospitalares, diagnósticos, de reabilitação etc., insumos (medicamentos etc.), dispositivos e equipamentos (órteses, próteses etc.). Excetuados os serviços e as redes de Atenção Básica à Saúde, Saúde da Família, a maior parte dos pequenos e médios municípios brasileiros não dispõe de estruturas, recursos, pessoal e condições logísticas para garantir, em seu próprio território, o acesso integral e resolutivo para os problemas de saúde demandados em todos os níveis de Atenção à Saúde. O que implica na tarefa e desafio da organização de sistemas e redes regionais de Saúde, com a ordenação de fluxos e garantia de oferta e acesso aos serviços em todos os níveis de Atenção à Saúde. Quais as situações e condições de acesso e acolhimento com qualidade nos diversos serviços de Saúde que compõem as redes assistenciais regionalizadas? O acesso aos insumos e outros recursos necessários? Quais as prioridades para investimentos, mudanças organizacionais, suporte e apoio? Existem ainda particularidades regionais, necessidades populacionais ou condições específicas de cada território, que requerem modos próprios de recursos e organização para a garantia do acesso e acolhimento com melhor qualidade. É imprescindível que tais particularidades sejam evidenciadas, em termos de necessidades e propostas, de modo a subsidiar o esforço constitutivo de um sistema único com abertura e flexibilidade para as realidades locais e regionais. Existem muitas outras questões referentes ao tema do acesso e acolhimento com melhor qualidade e equidade, convém apresentá-las e discuti-las em sua relevância e diversidade, de modo a constituir diretrizes e uma agenda de inovação, mudança e consolidação para a rede de serviços e recursos do SUS. **Avanços e desafios para a participação da comunidade e Controle Social.** A comunidade sempre teve que lutar para melhorar os serviços públicos. Os avanços conquistados nos últimos anos são frutos da soma de esforços e dedicação da população. Infelizmente estamos longe do atendimento e dos serviços que precisamos. Muita gente deixa de ter acesso à informação para prevenir e curar as doenças, tem que ficar horas na fila, e, em muitos casos, simplesmente não encontra vaga ou resposta para o que precisa. A participação da comunidade e o Controle Social das políticas públicas de Saúde requerem maior dinamismo e efetividade. O aperfeiçoamento das instâncias, processos e práticas de participação comunitária e Controle Social no SUS implicam em uma melhor qualificação das formas e meios de representação e mediação de demandas, sob o amparo do interesse público e responsabilidade social; no reforço de tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e a fiscalização das políticas governamentais, de modo a garantir sua maior transparência e publicidade. O que mudou e o que precisa melhorar em termos de participação da comunidade e atuação das instâncias de participação comunitária e Controle Social em Saúde?

Quais os desafios e propostas de melhorias em cada território e instância de participação comunitária e Controle Social? **Avanços e desafios para a gestão pública do Sistema Único de Saúde.** O SUS necessita de gestão autônoma, profissionalizada, contratualizada e democrática dos serviços, bem como uma força de trabalho estável, qualificada, concursada e valorizada, com reais perspectivas de carreira. São dispositivos legais garantidos na Constituição Federal e na lei orgânica do SUS, estratégicos para o equacionamento correto da gestão do sistema em toda a sua complexidade. Um sistema que, em se propondo prioritário e majoritariamente público, por entender que essa é a lógica a ser estabelecida como possível de viabilizar uma proposta de saúde pública universal e integral, abre a possibilidade da participação privada de forma complementar, naquilo que o poder público não tiver temporariamente condições de dispor, por entender os limites naturais que lhes são impostos por um país complexo, continental e fortemente heterogêneo. A gestão pública dos sistemas e serviços de Saúde ainda enfrenta dilemas e desafios. Torna-se imprescindível a discussão e proposições sobre a garantia e combinação ótima entre financiamento necessário e estável, gestão de qualidade e com responsabilidade social, fiscal e sanitária, sob a égide do interesse e direito públicos. De acordo com os preceitos constitucionais do SUS, a prerrogativa e responsabilidade pública da gestão e gerência não podem ser transferidas ou terceirizadas para outras esferas de direito privado, as dificuldades e alternativas de melhor gerenciamento, regulação e prestação de serviços devem ser equacionadas e produzidas sob a égide pública. Mesmo em se tratando de sistemas e serviços de Saúde não vinculados ao SUS, a prerrogativa de gestão e regulamentação é unicamente pública. O SUS, não segmentado ou fragmentado, deve exercer o controle, a regulamentação e a fiscalização de todos os serviços e ações de Saúde, inclusive os de natureza privada, de modo a estabelecer a preponderância do interesse público e a garantia dos direitos dos cidadãos. Tal prerrogativa implica em desafio para a instituição de modos e meios eficazes de controle e regulação do SUS em todos os âmbitos institucionais. Outra questão de grande relevância para a consolidação de todas as políticas públicas implica na inovação e institucionalização de preceitos normativos, pactos e dispositivos de gestão interfederativa, intergovernamental. No caso da Saúde, esta questão adquire uma importância capital, em razão da necessidade de conformação, organização e efetivação de sistemas regionais de atenção integral à saúde, com o compartilhamento de responsabilidades entre as esferas de governo. Trata-se de um tema de grande importância para a discussão, debate e deliberações, notadamente por ocasião das etapas estaduais da 14ª CNS. Do mesmo modo, as discussões, debates e proposições acerca do tema da gestão do trabalho e com os trabalhadores de Saúde, implicam na proeminência de sua natureza pública, seus deveres constitucionais e na necessidade de carreira única de Estado, integrada nas diversas esferas governamentais e instâncias organizacionais. Na observância das necessidades sociais para a definição de prioridades e perfis de formação e educação permanente. Quais as situações e condições da gestão pública de sistemas e serviços de Saúde em cada âmbito de governo (consideradas questões como financiamento, relação entre esfera pública e privada, Pacto pela Saúde gestão do Trabalho, Educação em Saúde etc.)? Quais as necessidades e alternativas para se organizar instâncias, modos e meios de gestão intergovernamental para sistemas regionalizados de Saúde? Quais as diretrizes e propostas para se garantir a preponderância do interesse público e da responsabilidade social nos processos e práticas de gestão governamental em Saúde? São questões substanciais que devem servir de pauta para a expressão de necessidades, a vocalização de demandas, a definição de prioridades, o debate político e a deliberação de diretrizes e agendas de iniciativas e investimentos em todas as etapas da 14ª CNS.

**Orientações para mobilização e trabalhos de grupos.** As etapas da 14ª CNS devem prever o maior número possível de representantes de entidades, movimentos e instituições, e envolver a população nos eventos relacionados com a conferência. Uma estratégia de mobilização é utilizar os meios de comunicação com linguagem e conteúdo de interesse para a sociedade local. Podem ser utilizados todos os meios de comunicação acessíveis, como murais, faixas, rádios, jornais e revistas, auto-falantes, internet etc. Além disso, iniciativas de comunicação e informação, como o uso de telões, podem transmitir a conferência para um grupo maior de pessoas. Ter acesso aos relatórios finais das últimas conferências de saúde contribui para o debate dos participantes. Centenas de propostas foram aprovadas e revelam as necessidades sentidas pela população. Infelizmente podem ter sido esquecidas. É preciso conhecer os avanços e desafios destas propostas e se elas serviram de base para as decisões na área da saúde. Depois de realizar a conferência é necessário informar a população sobre os seus resultados. A metodologia para os grupos de discussão na 14ª CNS supõe perguntas para a discussão relacionadas com o temário da 14ª CNS, com definição prévia de relatores. A comissão de organização pode orientar os participantes sobre como formular propostas para o âmbito nacional, e como priorizar diretrizes e fazer encaminhamentos que transformem as propostas em ações para melhorar as condições de saúde da população do município. O regimento da 14ª CNS, no artigo 12, (doze) prevê até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o eixo da Conferência nas etapas municipais e estaduais, e cada diretriz pode conter 10 (dez) propostas. Em

plenária, a conferência vota o relatório com as propostas, e define uma lista de prioridades locais e regionais, com indicações que podem orientar o governo e o conselho de saúde. Finalmente, elege delegados para as próximas etapas. Sabemos que existe um longo caminho para transformar as decisões desta e de outras conferências em políticas e programas. Esperamos que atividades antes e após a conferência sejam estratégias permanentes de mobilização e acompanhamento das decisões sobre a saúde. Questões que podem ser evidenciadas para o debate em grupos: Como os participantes entendem as ações institucionais e analisam a atuação do SUS em seu território de vida e de trabalho? O que pode ser realizado para incrementar o entendimento da população acerca das amplas e abrangentes responsabilidades e ações efetuadas pelo SUS?; Em que medida e de que modo o SUS atua de modo integrado com as outras políticas, sistemas e serviços de Seguridade Social (Previdência e Assistência Social)? O que precisa ser melhorado para incrementar a integração da Seguridade Social em todos os âmbitos institucionais?; Como acolher, com qualidade, no tempo adequado as pessoas que usam os sistemas, serviços, ações, tecnologias e insumos do SUS?; Que propostas podem contribuir para haver mais recursos nas ações básicas de saúde, promoção e prevenção, e articulação intersetorial das entidades e instituições para melhorar a saúde?; Quais são as propostas prioritárias para fortalecer a saúde pública nos municípios?; O que mudou e o que precisa melhorar na organização, acesso e acolhimento aos serviços de Atenção Básica à Saúde, Saúde da Família?; O que mudou e o que precisa melhorar na organização, acesso e acolhimento aos serviços mais especializados de Saúde?; O que mudou e o que precisa melhorar na organização, acesso e acolhimento aos insumos (medicamentos etc.), serviços diagnósticos e terapêuticos?; O que mudou e o que precisa melhorar na organização, acesso e acolhimento aos serviços de reabilitação em Saúde?; O que mudou e o que precisa melhorar em termos de serviços de Vigilância Sanitária, Nutricional, Epidemiológica e Ambiental em cada âmbito de suas atuações?; Quais as diretrizes e medidas necessárias para incrementar a organização de redes regionalizadas de Atenção Integral à Saúde?; Quais as diretrizes e medidas necessárias para incrementar publicidade, a participação comunitária e Controle Social no SUS e, de modo mais amplo, na Seguridade Social?; e Quais as diretrizes e medidas necessárias para aprimorar os modos, meios e instrumentos de gestão pública em Saúde?” Após a leitura, não foi possível iniciar o debate do documento orientador porque os conselheiros participariam do ato solene do dia mundial da saúde com lançamento da 14ª CNS, no auditório do Edifício Premium. O debate do documento ocorreria no reinício dos trabalhos. Retomando os trabalhos, o Pleno aprovou a redefinição da pauta com transferência do item 11 (Resolução 333) para a próxima reunião do CNS, a fim de garantir o debate do documento orientador da 14ª CNS. A proposta é pautar o debate da Resolução na tarde do primeiro dia de reunião. Conselheiro **Willen Heil e Silva** elogiou o Ministério de Saúde pelo lançamento do Programa Academia da Saúde, porém lembrou que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, definida pela Portaria nº 971, já possibilitava a realização de atividades físicas em grupo, permitindo a integração de profissionais de saúde. Também destacou que a Revista Brasileira de Saúde da Família, edição especial de maio de 2008, apresenta a matéria “Terapia Integrativas e Complementares fazem História em Campinas”, afirmando que, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, desde que a população teve acesso à acupuntura houve uma expressiva diminuição de 74 mil antiinflamatórios receitados por anos. Sendo assim, ressaltou que os recursos destinados às academias da saúde, oriundos de emendas parlamentares, poderiam subsidiar a implantação da Política que traria de forma mais eficaz e eficiente a promoção da saúde, utilizando os profissionais de saúde da atenção básica, usuários, entre outros. Retomando o debate do documento orientador da 14ª CNS, a mesa foi composta por: Conselheira **Jurema Werneck**, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** e Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**. Inicialmente, conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** fez uso da palavra para apresentar uma proposta visto que não poderia acompanhar o debate por conta de uma reunião. A sua proposição foi a seguinte: em relação às questões que podem ser evidenciadas para os debates em grupo, chamar a atenção para o papel de cada um nas três esferas de governo. Na sequência, Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, da Comissão Organizadora e responsável por finalizar o texto orientador, relatou o processo de elaboração do documento. Explicou que, em se tratando de uma autoria coletiva, em abril foi apresentado um texto inicial e, em seguida, foi constituído um GT que discutiu duas questões: teor do texto e definição de roteiro. Daí foi feita a remontagem do texto original considerando as sugestões da Comissão Organizadora. Disse que na reunião da Comissão Organizadora do dia anterior foram feitas novas sugestões e, como produto chegou-se a um texto longo, com linguagem diferente, questões que precisam ser clarificadas e outras corrigidas. Também ressaltou que o texto é multifocal, expressa vários olhares e não está acabado. Portanto, pode ser submetido à equipe de comunicação do CNS a fim de serem feitas as devidas correções de forma. Como encaminhamento, sugeriu que as intervenções considerassem a necessidade de publicar o documento orientador o mais breve possível. Antes de abrir, Conselheira **Jurema Werneck** informou que os conselheiros Fernando Eliotério, Ronald Ferreira e Ruth Bittencourt

se retiraram para entregar o documento da COFIN ao Ministro de Estado da Saúde. **Manifestações.** Conselheira **Ana Stella Haddad** elogiou o texto e apresentou as seguintes sugestões: no item “Avanços e desafios para a garantia do acesso e acolhimento com melhor qualidade e equidade”, 5º parágrafo, propôs o seguinte adendo: “Para isso, é fundamental que se estabeleça compromisso interfederativo, intersetorial e de toda a sociedade com relação à orientação da formação profissional em saúde e com a incorporação da educação permanente em saúde como estratégia de melhoria da atenção à saúde e da gestão do SUS em todos os níveis, aprofundando e ampliando as mudanças já em andamento e as experiências bem sucedidas de integração ensino-serviço”; no item “Avanços e desafios para a gestão pública do Sistema Único de Saúde”, 1º parágrafo, após o segundo período, propôs o seguinte adendo: “Para isso, é fundamental garantir e avançar no desenvolvimento e implementação da Política Nacional de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde, dando visibilidade e ampliando as ações relacionadas ao planejamento quanti e qualitativo de profissionais de saúde em consonância com o preceito constitucional de que cabe ao SUS ordenar a formação dos recursos humanos em saúde.”; incluir “da educação” em “Gestão do trabalho”; e incluir a seguinte pergunta orientadora: Quais as diretrizes e medidas necessárias para avançar na reorientação da formação profissional em saúde desde o nível técnico até a pós-graduação no processo de integração ensino-serviço e na incorporação da educação permanente em saúde como estratégia de qualificação dos trabalhos do SUS, da atenção à saúde e da gestão do cuidado e dos serviços de saúde? Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** registrou a preocupação da Comissão Organizadora com a extensão do texto, em todo caso, disse que tomaria nota das sugestões e tentaria trabalhá-las da melhor forma possível. Conselheira **Ana Stella Haddad** dispôs-se a sintetizar a sua proposta, mas salientou ser fundamental incluir a gestão do trabalho e da educação na saúde. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** também fez elogio ao texto, mas salientou como desafio do CNS a compreensão e a decodificação das informações nas conferências municipais e estaduais de saúde. Conselheiro **Alexandre Magno Soares** destacou que é preciso definir “todos” e decodificar o texto para garantir que a população compreenda as informações colocadas. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** destacou que é preciso incentivar o debate de que todos usam o SUS, mesmo os beneficiários de planos privados de saúde. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que encaminhará contribuição escrita ao conselheiro Alcides de Miranda no que se refere ao SUS para todos e sugeriu incluir “recuperação da saúde” e, no final do primeiro parágrafo, colocar controle social. Conselheiro **José Carrijo Brom** sugeriu caracterizar “recursos” no trecho “(...) que requer mais investimentos humanos, políticos e de recursos, para a garantia de acesso com equidade, integralidade e melhor qualidade.” Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, primeiro, desculpou-se porque não pôde contribuir com o texto e propôs redefinir a introdução e fundamentar o controle social, afirmando o projeto desejável. Além disso, propôs que no final do texto, além das perguntas específicas, fossem incluídas questões de fundo. Por fim, sugeriu explicar a diferença entre diretriz e ação, inclusive para orientar a relatoria. Conselheira **Marisa Furia Silva** concordou com a inclusão de “recuperação saúde” desde que se mantivesse “reabilitação da saúde”, pois a reabilitação é essencial, por exemplo, para as pessoas com deficiência mental. Conselheira **Júlia Maria Roland** sugeriu incluir a seguinte pergunta: como melhorar o SUS para que as populações que vivem em situação de maior desigualdade e iniquidade como negra, ribeirinhas, quilombolas melhorem suas condições de saúde? Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu a redefinição do formato das perguntas e solicitou a compreensão dos conselheiros no sentido de não retirar parágrafos visto que seria um complicador. Por fim, propôs que as sugestões de acréscimo fossem encaminhadas por escrito. Conselheira **Maria Cristina Biz** avaliou que é preciso tratar do envelhecimento populacional no texto, haja vista o impacto desse aspecto no SUS. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** avaliou que a maior parte das sugestões podia ser contemplada em um feito esforço para não aumentar o texto. Como encaminhamento, solicitou a aprovação do documento e sugeriu a definição de prazo para fazer os ajustes solicitados e a reformulação da linguagem. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu a finalização do documento até 11 de abril de 2011 e também uma conclusão para o texto. Conselheira **Jurema Werneck** explicou que as contribuições serão enviadas ao Conselheiro Alcides de Miranda, membro do GT, até 11 de abril. O GT finalizará o texto até 13 de abril, com o apoio da equipe de comunicação do CNS. O documento orientador, após concluído, será divulgado no site do CNS dia 18 de abril. Conselheiro **Willen Heil e Silva** explicou que o termo recuperação da saúde possibilita visão mais abrangente que o termo reabilitação, por isso, foi sugerida a substituição de um por outro. Conselheira **Jurema Werneck** destacou que seria feito diálogo com o GT a fim de contemplar as preocupações colocadas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez uso da palavra apenas para ressaltar a importância de não confundir controle social com conselhos e informou que encaminharia sugestão escrita nesse sentido. **Deliberação: o Plenário aprovou o mérito do documento orientador da 14ª CNS e decidiu que o GT finalizará o texto, considerando as contribuições dos conselheiros apresentadas em Plenário e outras que poderão ser enviadas**



ao **Conselheiro Alcides Miranda**, membro do GT, até o dia 11 de abril. O grupo finalizará o texto até o dia 13 de abril, com o apoio da equipe de comunicação do CNS. O documento orientador, após concluído, será divulgado no site do CNS dia 18 de abril. Após agradecimentos, a mesa encerrou este item. Conselheiro **Willen Heil e Silva** sugeriu a indicação do Conselheiro José Marcos de Oliveira, representando o CNS, para acompanhar a audiência, no Congresso Nacional, para debate do Projeto de Regulamentação do Ato Médico. **Deliberação: aprovada a indicação do Conselheiro José Marcos de Oliveira, representando o CNS, para acompanhar a tramitação, no Congresso Nacional, do Projeto de Regulamentação do Ato Médico.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou que é preciso iniciar o processo de trabalho das Comissões da 14ª CNS, em especial a de mobilização e articulação, porque as conferências municipais já se iniciaram. Destacou também a importância de envolver os conselheiros nesse processo de mobilização. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que as Comissões da 14ª CNS se reunirão nos dias 26 e 27 de abril para elaborar os seus planos de trabalho e iniciar as suas atividades. Na sequência, a mesa retomou as pendências da reunião. Conselheira **Jurema Werneck** apresentou o texto da resolução sobre atenção primária em saúde, com as contribuições dos conselheiros. O título do documento é “Promoção da saúde e prioridade na atenção básica, a partir da necessidade dos usuários, tem que ser compromisso das três esferas de governo” e possui os seguintes considerandos: que o artigo 196 da Constituição Federal determina que a saúde, direito de todos e dever do Estado, é garantida mediante políticas que visem a redução dos riscos à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde; que a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde, que descrevem claramente as responsabilidades dos três entes nestas ações, devem ser executadas na totalidade dos municípios do país garantindo o direito à saúde dos cidadãos; e que a Estratégia de Saúde da Família representou um enorme avanço na extensão da cobertura da atenção primária. No documento, o CNS resolve: Reafirmar o compromisso do conjunto de segmentos que compõem o Conselho Nacional de Saúde, representados por entidades, movimentos e instituições, de mobilizar a sociedade em defesa do aumento da destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica, especialmente nas esferas Federal e Estadual; Reforçar o apoio ao Ministério da Saúde na busca de mais recursos para a Atenção Básica no âmbito do orçamento Federal; Reafirmar que a Atenção Básica deve ser estruturante, ordenadora e coordenadora do cuidado do conjunto das Redes de Atenção; Que as três esferas garantam ações necessárias para que a Atenção Básica, saúde da família e outras modalidades, seja efetivamente a principal porta de entrada do SUS, com agenda aberta e acolhimento humanizado em todas as unidades básicas de saúde, capaz de prestar atenção integral resolutive, equânime e multiprofissional, com condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário mesmo quando ele necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção; Que a atuação dos conselhos de saúde, a participação da comunidade em cada serviço de saúde e as coletas sistemáticas da opinião e satisfação dos usuários sejam fatores permanentes de crítica, correção e orientação da política e da organização dos serviços de saúde; Que se intensifiquem os esforços e criem novas políticas que visem garantir profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do país, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando de fato o direito à saúde; Que o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais aprimorem e qualifiquem tanto os mecanismos de controle e fiscalização do cumprimento de responsabilidades - tal como a medida tomada recentemente pelo Ministério com relação ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – quanto à avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica; e Retomar no âmbito do pleno do CNS as proposições dos Seminários Nacionais sobre Atenção Primária e Relação Público Privado no SUS, realizados em novembro de 2010, e discutir possíveis encaminhamentos. **Deliberação: a resolução “Promoção da saúde e prioridade na atenção básica, a partir da necessidade dos usuários, tem que ser compromisso das três esferas de governo” foi aprovada, por unanimidade.** Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** solicitou pauta no CNS para debate da PNAN. **A solicitação será enviada à Mesa Diretora do CNS.** Conselheiro **Juares Pires Sousa** registrou que 8 de abril é o dia mundial da luta contra o câncer, uma doença que cresce cada vez mais no mundo. Conselheiro **Willen Heil e Silva** solicitou pauta no CNS para debate da Política de Atenção Básica e a Política de Práticas Integrativas e Complementares do SUS. Conselheira **Jurema Werneck**, considerando que o CNS vem discutindo a Política de Atenção Básica como um todo, informou que seria encaminhada à Mesa Diretora do CNS a proposta de pautar debate da Política de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica. Conselheiro **Willen Heil e Silva** destacou que a proposta é aprofundar o debate da Política de Atenção Básica. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou o **Relançamento da Frente Parlamentar** em defesa da **Assistência Farmacêutica**, no dia 23 de março de 2011, que terá como eixos centrais de intervenção no Congresso Nacional: Projeto de Lei que transforma o conceito de farmácia – de um estabelecimento comercial para um estabelecimento de saúde; PL da Senadora

Vanessa Grazziotin - inclusão da assistência farmacêutica no processo de atenção primária à saúde; e redução da jornada dos farmacêuticos para 30h. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** informou a sua participação, representando o CNS, na reunião de apresentação do Programa da Rede Cegonha, no dia 18 de março, e sugeriu pautar a apresentação e o debate desse Programa no CNS. Também denunciou a cassação, pelo Conselho Regional de Medicina, do médico ginecologista obstetra, Márcio Dias, que luta pelo parto normal no país. **A solicitação de pauta para apresentação no CNS do Programa da Rede Cegonha. ITEM 12 – RDC Nº. 9, DE 14 DE MARÇO DE 2011/ANVISA – Estabelece os requisitos mínimos de funcionamento dos Centros de Tecnologia Celular. RDC Nº 11, DE 22 DE MARÇO DE 2011/ANVISA - dispõe sobre o controle da substância talidomida e do medicamento que a contenha.** *Composição da mesa:* **José Agenor Álvares da Silva**, Diretor da ANVISA; **Cláudia Marques Maxiliano**, Presidente da Associação Brasileira da Talidomida; e **Marina Ferreira Gonçalves**, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária/ANVISA. *Coordenação:* Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou os componentes da mesa e fez uma referência ao Diretor da ANVISA, **José Agenor Álvares da Silva**, ex-ministro da saúde ex-presidente do CNS, ressaltando os avanços alcançados no CNS durante a sua gestão. Inicialmente, a especialista em Regulação e Vigilância Sanitária/ANVISA, **Marina Ferreira Gonçalves**, expôs sobre a RDC nº. 9, de 14 de março de 2011/ANVISA, que estabelece os requisitos mínimos de funcionamento dos Centros de Tecnologia Celular. Começou com algumas das atribuições da Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos, Células e Órgãos – GGSTO: I - elaborar, revisar e atualizar a legislação de vigilância sanitária de sangue, outros tecidos, células e órgãos; IV - promover meios para garantir a qualidade do sangue, outros tecidos, células, nos padrões requeridos pelas normas técnicas; e XVI – pesquisar, analisar e avaliar as novas tecnologias disponíveis para a segurança dos produtos e o uso racional dos mesmos. Contextualizando, apresentou a base legal considerada para elaboração da RDC: Constituição Federal do Brasil/1988; Lei Ordinária nº. 11.105/2005, Regulamenta incisos II, IV e V, § 1º do artigo 225 da CF/88. Lei de Biossegurança. Art. 5º É permitida, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições: (...); e Decreto nº. 5.591/2005 - regulamenta dispositivos da Lei 11.105/2005, Capítulo VII - Da pesquisa e da terapia com células-tronco embionárias humanas obtidas por fertilização *in vitro*. Art. 65. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA estabelecerá normas para procedimentos de coleta, processamento, teste, armazenamento, transporte, controle de qualidade e uso de células-tronco embrionárias humanas para os fins deste Capítulo. Ressaltou que, visando ampliar o escopo da norma que permitia estudos com células-tronco adultas, a ANVISA institui em 2007 um Grupo de Trabalho para elaboração de regulamento técnico sobre o uso de células-tronco humanas, adultas e embrionárias, em pesquisa e terapia. Em dezembro de 2009, foi feita a Consulta Pública N.º 92 sobre a RDC, com prazo de noventa dias para contribuições. Assim, em 14 de março de 2011, foi publicada a RDC n.º 9 que dispõe sobre o funcionamento dos Centros de Tecnologia Celular (CTC) de células humanas e seus derivados, para fins de pesquisa clínica e terapia. Disse que o objetivo é estabelecer requisitos técnico-sanitários mínimos para a coleta, processamento, armazenamento, testes de controle de qualidade, descarte, liberação para uso e transporte de células humanas e seus derivados visando à segurança e à qualidade das células e de seus derivados disponibilizados para pesquisa clínica e terapia. Sobre a abrangência da RDC, explicou que se aplica a todos os estabelecimentos, públicos ou privados, que realizem atividades com células humanas e seus derivados com finalidade de pesquisa clínica e/ou terapia. As exclusões, ou seja, não estão contemplados na norma: estabelecimentos que utilizem células humanas e seus derivados em pesquisa básica e pré-clínica; uso de CPH com finalidade de transplante convencional: RDC n.º 56/2010; e uso células germinativas, tecidos germinativos e embriões humanos com finalidade de RHA: RDC n.º 33/2006. Seguindo destacou alguns pontos da RDC n.º 9/11. Dos aspectos gerais, citou o art. 5º, que define que os CTCs são responsáveis por todo o ciclo de produção das células e seus derivados, da coleta ao transporte. Ressaltou ainda que, nos termos do art. 7º, as células humanas e seus derivados só poderão ser disponibilizados: para pesquisa clínica e/ou terapia: aprovação da pelo sistema CEP/CONEP ou para procedimento terapêutico: Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Federal de Odontologia (CFO). O art. 8º define que o CTC deve apresentar licença de funcionamento, licença sanitária ou alvará sanitário, atualizada(o) e emitida(o) pelo órgão de vigilância sanitária competente. O serviço de saúde que incluir em suas instalações um CTC pode solicitar a inclusão da descrição desta atividade em sua licença sanitária. No que se refere às atividades, explicou que os CTCs podem ser classificados como: I - CTC tipo 1: estabelecimento que realiza atividades somente com células humanas adultas, autólogas, a fresco ou criopreservadas, sem cultivo, apenas com manipulação mínima para uso em pesquisa clínica e/ou terapia. II - CTC tipo 2: estabelecimento que realiza atividades com células-tronco humanas embrionárias ou adultas, autólogas ou alogênicas, a fresco ou

criopreservadas, com ou sem cultivo, com ou sem manipulação extensa para uso em pesquisa clínica e/ou terapia. Sobre as definições, explicou que se entende por manipulação mínima: processamento de material biológico que não altera de maneira relevante as características originais das células. Ex: cortar, moer, centrifugar ou purificar, criopreservar. Sobre manipulação extensa: todo processamento de material biológico que não configure manipulação mínima. Além disso, destacou que, segundo a Resolução, antes de liberar as células humanas e seus derivados para uso, o CTC deve garantir sua segurança e qualidade, realizando os seguintes controles: I - testes microbiológicos, II - testes para doenças infecto-contagiosas, III - testes de pirogenicidade, quando couber, IV - contagem e viabilidade celular, V - fenotipagem celular, quando couber, VI - controle genético (células em cultura, expansão, modificadas geneticamente e/ou por transdução de proteínas), VII - teste funcional, quando couber e VIII - identificação dos antígenos de histocompatibilidade (HLA), quando couber. Além disso, a Resolução define que o CTC deve enviar à ANVISA relatório anual de produção, informando: I - Número de material biológico recebido para processamento; II - Número de material biológico processado para criopreservação; III - Número total de material biológico liberado para uso em terapia celular; e IV - Número de material biológico descartado e o motivo do descarte. Também pontuou os desafios da vigilância sanitária para a regulação de produtos baseados em células e tecidos humanos: propor a criação do Comitê Interinstitucional para Avaliação de Terapias Celulares (CAT) como órgão assessor das instituições reguladoras do tema; definir, para fins de regulação sanitária, as categorias dos produtos baseados em células e tecidos humanos; ampliar a discussão com a sociedade – oficina nacional sobre regulação com produtos baseados em células e tecidos humanos e terapias celulares; e elaborar a regulação, no âmbito da ANVISA, para a vigilância sanitária dos produtos baseados em células e tecidos humanos. Na sequência, o diretor da ANVISA, **José Agenor Álvares da Silva**, apresentou a RDC nº 11, de 22 de março de 2011, que trata do controle da substância/medicamento Talidomida. Inicialmente, manifestou a sua satisfação em retornar ao CNS naquele momento para apresentar a RDC nº. 11/11 que atende à Resolução do CNS nº 356, de 10 de novembro de 2005 (após a aprovação da Resolução sobre o uso da Talidomida pela ANVISA, esta deveria ser trazida ao CNS). Primeiro, fez um breve histórico sobre a Talidomida: introduzida no mercado mundial em 1956, foi utilizada para tratamento de enjô matinal em gestantes; em 1959 foram registrados os casos mais numerosos de má-formação na Alemanha (Lenz, 1988); apesar de ter sido banida dos mercados alemão e inglês em 1961, a talidomida continuou sendo comercializada no Brasil até 1965; ainda na década de 60, a Talidomida voltou a ser utilizada no Brasil para o tratamento da Hanseníase; e o medicamento faz parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2010). Explicou que, em 16 de abril de 2003, foi publicada a Lei 10.651 que dispõe sobre o controle do uso da Talidomida e trata exclusivamente do medicamento Talidomida. Também destacou a consulta pública nº 63, de 2005, que teve por objetivo regulamentar a Lei 10.651/2003 e contou com a participação ampla da sociedade. Sobre a RDC nº. 11/2011, destacou como impactos positivos: simplificação de normas relacionadas à Talidomida; maior esclarecimento de prescritores e demais profissionais de saúde; melhor orientação a pacientes devido às alterações de materiais de embalagem e termos de esclarecimento; melhor controle e monitoramento do medicamento pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); definição de responsabilidades das Vigilâncias Sanitárias e Assistências Farmacêuticas; e possibilidade de realização de campanhas e treinamentos pelo Ministério da Saúde e Anvisa. Detalhou que as principais modificações foram as seguintes: inclusão dos métodos efetivos de contracepção, que hoje não são citados; citação de todas as doenças autorizadas e CIDs, que hoje estão descritas em várias normas (Hanseníase, DST/AIDS (úlceras aftóide idiopática), Lúpus eritematoso sistêmico, Doença enxerto contra hospedeiro e Mieloma múltiplo); orientação sobre como solicitar a Autorização Excepcional para doenças não descritas acima; unificação dos termos de responsabilidade e esclarecimento em um único documento, diminuindo papéis e facilitando o preenchimento e orientação ao paciente durante o atendimento; alteração de materiais de embalagem: inclusão da imagem de uma criança acometida pela Talidomida no cartucho e no folheto explicativo para o profissional de saúde, inclusão de *Black Box* na bula, com alertas para o uso e inclusão do Mieloma múltiplo na bula do medicamento; obrigatoriedade de notificação de reações adversas, o que atualmente não é exigido; criação de cadastro de prescritores e usuários, pois atualmente somente existe o cadastro de serviços públicos de saúde; concessão do receituário pelas Vigilâncias Sanitárias, o que trará um maior controle; orientações sobre devolução e descarte, pois as atuais legislações não mencionam; e responsabilização criminal por uso indevido. Finalizando, ressaltou que a norma foi objeto de amplo debate, tendo sido incluída em duas reuniões da ANVISA e feitas várias consultas. A Presidente da Associação Brasileira da Talidomida, **Cláudia Marques Maxiliano**, também manifestou a sua satisfação em voltar ao CNS onde esteve em 2005 para solicitar o apoio do Pleno diante da proposta de ampliar o uso da talidomida. Ressaltou que nesse período – de 2005 a 2011 – foram feitas várias articulações, o que resultou na RDC nº. 11/11. Apesar do uso restrito, lamentou que tenha acontecido mais uma vítima da talidomida em 2010. Saliu que a partir

1948 a publicação da RDC começa o trabalho de envolvimento e de fiscalização para fazer cumprir a  
1949 norma. Também solicitou o apoio do CNS para fazer cumprir a Lei nº. 10.651/02 e realizar campanhas  
1950 para evitar novos casos. O Diretor da ANVISA, **José Agenor Álvares da Silva**, acrescentou que  
1951 CONASS e CONASEMS aderiram à proposta da RDC e esta também teve o apoio do Ministério da  
1952 Saúde. Ressaltou que hoje há todas as condições para evitar novas vítimas da talidomida porque foi  
1953 construído consenso entre os principais atores. Por fim, destacou as próximas ações da ANVISA:  
1954 treinamentos das Vigilâncias Sanitárias Estaduais; palestra em tempo real transmitida para cerca de  
1955 250 Hospitais e SNVS por meio do Programa Sentinelas em Ação (parceria da Anvisa com o Hospital  
1956 Sírio Libanês e a Rede Universitária de Telemedicina); ações conjuntas com o Ministério da Saúde; e  
1957 Programa de Monitoramento do cumprimento da RDC nº 11/2011. Conselheiro **Artur Custódio de**  
1958 **Souza** historiou que, em 2005, havia uma batalha por conta da consulta pública da ANVISA sobre o  
1959 uso da talidomida. Naquele momento estava em jogo o interesse comercial do lançamento da  
1960 talidomida americana. Ressaltou que o CNS trouxe para si esse debate e impediu o lançamento dessa  
1961 nova talidomida. Cumprimentou o diretor da ANVISA e sua equipe pela RDC, mas destacou que é  
1962 preciso resolver alguns problemas como ampliar a vigilância de nascimento de casos de talidomida,  
1963 bem como a prevenção de novos casos. Por fim, recomendou a aprovação da RDC nº. 11/11 com  
1964 louvor. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** cumprimentou o diretor da ANVISA pela  
1965 coragem de enfrentar esse tema e salientou que esse assunto traz à tona a necessidade de eliminar a  
1966 hanseníase. Conselheira **Marisa Furia Silva** ressaltou a importância de incentivo à pesquisa de outros  
1967 medicamentos para substituir a talidomida. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel cumprimentou a**  
1968 Presidente da Associação Brasileira da Talidomida, Cláudia Marques Maxiliano, e o Diretor da  
1969 ANVISA, José Agenor Álvares da Silva, pela coragem e defesa dos usuários do SUS. Conselheira  
1970 **Noemy Yamagishi Tomita**, a respeito da RDC nº 11, de 22 de março de 2011, sugeriu a inclusão,  
1971 no art. 7º, de “ou CFBio”, além do CFM e do CFO. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou  
1972 que o alerta na tarja do medicamento é insuficiente para evitar novos casos, portanto, defendeu a  
1973 realização de campanhas de prevenção para maior visibilidade do tema. Também elogiou a iniciativa  
1974 da Câmara dos Deputados de promover uma audiência pública sobre o uso de agrotóxicos, que  
1975 contou com a presença do diretor da ANVISA, José Agenor, e dos movimentos do campo. Conselheira  
1976 **Maria do Espírito Santo Tavares** elogiou a presença do diretor da ANVISA, José Agenor, e salientou  
1977 que, dada a importância da Agência, destacou que é importante esclarecer à sociedade o que é a  
1978 ANVISA. Também solicitou um espaço para que a Rede Feminista discuta as suas muitas questões  
1979 com a Agência. **Retorno da mesa.** A Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária/ANVISA,  
1980 **Marina Ferreira Gonçalves**, explicou que o 7º da RDC n.º 9/11 foi discutido à exaustão e foram  
1981 explicitados apenas o CFM e o CFO porque hoje no Brasil são os Conselhos que regulamentam o uso  
1982 ou a utilização de novos procedimentos terapêuticos, técnicas cirúrgicas (a terapia celular é um  
1983 procedimento terapêutico, per si). Apesar dessa definição, frisou que a ANVISA está aberta ao diálogo  
1984 e, por isso, criou espaços para debate. No mais, colocou-se à disposição para debater essa e outras  
1985 questões. O diretor da ANVISA, **José Agenor Álvares da Silva**, ressaltou a amplitude da ANVISA no  
1986 que se refere ao diálogo com a sociedade e destacou, por exemplo, que a agenda regulatória da  
1987 Agência é pública. Também fez um destaque à Rede de Consumo Seguro e Saúde, que visa definir  
1988 um compromisso internacional de alerta para os problemas de consumo que possam repercutir na  
1989 saúde da população. Destacou que a RDC nº 11 teve grande repercussão na imprensa – jornal, rádio,  
1990 mas ainda não é suficiente. Nessa linha, o Ministério da Saúde e a ANVISA estão preparando  
1991 orientação para uso da talidomida que será amplamente divulgada. Salientou que o novo caso de  
1992 vítima da talidomida, em 2010, foi registrado no Maranhão e motivou a agilizar a Resolução. Também  
1993 registrou o esforço da área técnica da ANVISA que trabalhou na elaboração da RDC e os que  
1994 apoiaram e incentivaram esse trabalho. Por fim, agradeceu o CNS por esse debate e avaliou que a  
1995 temática da vigilância deve ser pauta constante da agenda do CNS. A Presidente da Associação  
1996 Brasileira da Talidomida, **Cláudia Marques Maxiliano**, ressaltou que a Associação atua há 20 anos  
1997 cobrando e lutando para evitar novos casos de vítimas da talidomida e, inclusive, denunciou ao MP a  
1998 falta de campanhas. Disse que o Programa da Hanseníase elaborou um material e é preciso vontade  
1999 política para divulgá-lo. Por fim, salientou que o trabalho se inicia com a RDC nº. 11/2011 e é preciso  
2000 vigilância para evitar novos casos de vítimas da talidomida. A representante da ANVISA, **Eliane**,  
2001 explicou que o Ministério da Saúde distribui a talidomida aos estados para todos os agravos  
2002 regulamentados (nota fiscal por agravo: hanseníase e doenças crônico-degenerativas). Também  
2003 destacou que a eliminação da hanseníase diminuirá o uso da talidomida, mas não acabará, porque há  
2004 um aumento da distribuição para as doenças crônico-degenerativas. Por essa razão, é preciso  
2005 aumentar a fiscalização do uso dessa substância. Feitos os esclarecimentos, Conselheiro **José**  
2006 **Marcos de Oliveira** listou os encaminhamentos: apoio à Resolução nº 9/2011 e à proposta de criação  
2007 do Comitê Interinstitucional para Avaliação de Terapias Celulares (CAT); realização de oficina ou  
2008 seminário sobre a RDC nº 9/2011, com envolvimento do CNS na atividade; e apoio à RDC nº 11/2011

com as seguintes considerações: incentivar a realização de campanhas para informar a sociedade; reforçar a importância da fiscalização a fim de evitar o uso de medicamento com talidomida sem autorização; dar publicidade à Resolução nos meios de comunicação do CNS (site e carta eletrônica); e recomendar às entidades que também divulguem a Resolução. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou à especialista da ANVISA que disponibilize ao CNS a base legal que delega ao CFM e CFO a regulamentação do uso ou a utilização de novos procedimentos terapêuticos. **Deliberação: o Plenário manifestou apoio à Resolução nº 9 e à proposta de criação do Comitê Interinstitucional para Avaliação de Terapias Celulares (CAT) e ratificou a importância de realizar oficina ou seminário sobre a RDC nº 9/2011, com envolvimento do Conselho na atividade. Também manifestou apoio à RDC nº 11/2011 com as seguintes considerações: incentivar a realização de campanhas para informar a sociedade sobre o uso da talidomida; reforçar a importância da fiscalização a fim de evitar o uso da talidomida sem autorização; dar publicidade à Resolução nos meios de comunicação do CNS (site e carta eletrônica); e recomendar às entidades que também divulguem a Resolução.** Antes de encerrar, Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou à ANVISA que verifique a qualidade de uma marca chinesa de Botox, utilizado inclusive nas pessoas com deficiência, haja vista os relatos de que oferece riscos às pessoas. Após essa fala, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** ressaltou a importância da eliminação da hanseníase e o incentivo a pesquisas de novas substâncias. Com essa consideração, agradeceu os componentes da mesa e encerrou a discussão desse item. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** informou que os textos para subsidiar o balanço do mês na saúde estarão disponíveis no site do CNS, além das minutas de resolução. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** registrou, com satisfação, que Luiz Gonzaga da Silva, o Gegê, do Movimento de Moradia no Centro (MMC) e da Central de Movimentos Populares (CMP), foi absolvido em júri popular, o que representa uma vitória do movimento popular e dos lutadores pela justiça do país. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** encerrou os trabalhos da 220ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Edmundo Dzuawi Omore, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Alves Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Carrijo Brom, José Cechin, José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Lérida Maria S. Vieira, Luiz Alberto Catanoe, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Socorro de Souza, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Marisa Furia Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo Guilherme Romano, Ruth Ribeiro Bittencourt, Solange Aparecida Caetano, Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Zilda de Faveri Vicente Souza. Suplentes - **Alexandre Magno Lins Soares, Ana Crisithina de Oliveira Brasil, Ana Estela Haddad, André Luiz de Oliveira, Celso Fernando Ribeiro Araújo, Conceição Aparecida Accetturi, Eliane Aparecida da Cruz, Elias Nasralla Neto, Expedito Solaney Pereira de Magalhães, Geraldo Adão Santos, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, José Naum de Mesquita Chagas, José Wilton da Silva, Juares Pires de Souza, Júlio A. Gevaerd, Júlia Roland, Maria Ermínia Ciliberti, Noemy Yamaghishi Tomita, Pedro Tourinho de Siqueira, Reginaldo N. Gomes, Ronald Ferreira dos Santos e Sebastião Geraldo Venâncio.****