



1
2
3
4
5
6 MINISTÉRIO DA SAÚDE
7 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
8
9

10
11 ATA DA DUCENTÉSIMA VIGÉSIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE
12 SAÚDE – CNS
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

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 conteplete 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

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

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

179 ao CNS em 2007 e o GT esteve no CES/RJ, na Defensoria Pública e no Ministério Público em 2010.
180 Dos encaminhamentos sugeridos, disse que foi acordada reunião com as partes interessadas visando
181 acordos políticos sobre as questões não resolvidas. Explicou que esteve no Rio de Janeiro junto com
182 representante do CONASEMS e reuniu-se com a representação do Ministério Público, com a
183 participação do CES/RJ (os demais integrantes do GT não puderam participar da visita, mas
184 contribuíram virtualmente com os trabalhos). Como resultado dessa reunião, acordou-se que o
185 Ministério Público, com o apoio dos que discutem a questão da saúde, fará avaliação da
186 documentação encaminhada. O entendimento é que a questão política foi resolvida e o foco central
187 deve ser a defesa do SUS e o fortalecimento do controle social. A segunda questão tratada pelo GT
188 referiu-se à denúncia de irregularidade no Contrato nº 002/2010 celebrado entre a Secretaria de
189 Estado da Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro com a FIOTEC. Disse que o Ministério Público foi
190 ouvido e o encaminhamento foi que o MP promoverá reunião entre o CMS e a FIOTEC e, caso seja
191 necessário corrigir o contrato, será feito. Sobre a denúncia de irregularidades no Conselho Municipal
192 de Barra do Piraí/RJ, relatou que o GT esteve na cidade de Barra do Piraí/RJ, com a representação do
193 CES/RJ e verificou-se que o encaminhamento do Conselho Estadual de Saúde havia tomado em 2009
194 corroborava com a proposta do CNS. Nesse caso, dos compromissos, destaca-se a capacitação dos
195 conselhos municipais com apoio do CES. Portanto, o GT entende que cumpriu o papel para o qual foi
196 designado, visto que as denúncias foram resolvidas nas reuniões realizadas. Contudo, disse que o MP
197 talvez chamaría o GT para acompanhar os desdobramentos dos encaminhamentos acordados.
198 **Deliberação: tendo cumprido o seu papel, o GT foi encerrado. O coordenador do Grupo enviará**
199 **o Relatório à SE/CNS.** 3) **GT TIMÓTEO** - denúncia de irregularidades na eleição do Conselho
200 Municipal de Timóteo. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, coordenador do GT, informou os
201 resultados da audiência com a Promotoria de Justiça Municipal, no dia 30 de março de 2011.
202 Contextualizou explicando que, em 19 de setembro de 2009, o município realizou a conferência
203 municipal de saúde “SUS 20 anos: a construção e a humanização do SUS através da ação histórica
204 do controle social” e o CNS foi convidado, tendo sido indicado para representar o CNS e o Sr. Renato
205 Barros, enquanto representante do CES/MG. Ressaltou que foram bem recebidos pela população e
206 pela autoridade e puderam participar ativamente da Conferência. Contudo, no final da Conferência,
207 surgiram denúncias de irregularidades na eleição. Os segmentos que deveriam participar do processo
208 eleitoral da conferência municipal estiveram presentes, mas nem todos puderam participar da eleição.
209 Disse que a intenção era eleger nova composição sem contemplar os representantes do Conselho
210 anterior. Salientou que fez várias tentativas de resolver o impasse e, em princípio, a proposta foi
211 aceita; contudo, no dia 22 de setembro, foi dada posse aos novos membros, mas a denúncia
212 prevaleceu. Explicou que o Presidente do CMS na época reformulou a denúncia e comunicou o CNS.
213 Assim, voltou ao município para diálogo, mas não houve entendimento. Nessa oportunidade, acordou-
214 se a formação de uma comissão ampliada com convite à Promotora de Justiça visando acordo para
215 resolver o impasse. Assim, no dia 30 de abril foi realizada audiência na Promotoria de Justiça com os
216 seguintes participantes: Sérgio Mendes Pires – prefeito municipal; comissão ampliada (Geraldo Adão
217 Santos – CNS, Renato Barros - CES, Rubens de Castro - CONASEMS, Milton Macieira – coordenador
218 da Conferência) e outros envolvidos. Feito esse histórico, apresentou os resultados da audiência: 1)
219 será composta a comissão organizadora da VIII CMS de Timóteo a qual deverá, com a colaboração e
220 acompanhamento do Presidente do CMS e do SMS, convocar nova eleição do CMS, a realizar-se no
221 dia 16 de abril de 2011, às 13h; 2) a Comissão Organizadora deverá convidar para a eleição as
222 representações qualificadas nas pré-conferências, conforme documentos arquivados, os quais serão
223 copiados por esta Promotora de Justiça e devolvidos ao Sr. Coordenador Geral da Comissão
224 Organizadora no dia seguinte; 3) participarão da reunião de eleição, como observadores, o Sr.
225 Geraldo Adão, representante do Conselho Nacional de Saúde, a Promotora de Justiça representante
226 do Ministério Público de Minas Gerais, um representante do Conselho Estadual de Saúde, a ser
227 indicado por esse órgão, e o Sr. Rubens de Almeida Castro, representante do CONASEMS; e 4) O Sr.
228 Prefeito Municipal suspenderá os efeitos da decisão prolatada no Procedimento Administrativo
229 002/2011 da Procuradoria Geral Municipal e do Decreto nº. 4.189/11 até a realização da eleição, após
230 a qual expedirá novo Decreto nomeando o Conselho Municipal eleito e revogando os efeitos da
231 decisão administrativa mencionada e do Decreto nº. 4.189/11. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**
232 cumprimentou o coordenador do Grupo pelo trabalho e o conselheiro **Geraldo Adão Santos**
233 agradeceu o Pleno pela confiança e o CMS anterior e o atual pelo empenho para resolver o impasse.
234 Conselheira **Jurema Werneck** destacou os esforços e o envolvimento do Ministério Público no
235 processo de negociação. **Deliberação: tendo cumprido o seu papel, o GT foi encerrado. O**
236 **coordenador do GT enviará o Relatório das atividades à SE/CNS.** 4) **GT São João da Boa Vista.**
237 Coordenador do GT: Conselheiro **Arnaldo Marcolino**. Conselheiro **Pedro Tourinho** informou que o
238 Pleno do CNS recebeu denúncia de irregularidades no funcionamento do Conselho Municipal de São
239 João da Boa Vista e foi formado GT composto por José Eri, Arnaldo Marcolino, Pedro Tourinho,

240 Solange Caetano e que teve o apoio do CES/SP (Regina Pedrosa e Vera Lúcia) para participar de
241 audiência como o promotor de justiça de São João da Boa Vista, no dia 1º de abril de 2011. Disse que
242 a situação mobilizou o cenário político da região e teve repercussão. Ressaltou que as principais
243 denúncias referiam-se a: ausência de ata do CMS, de Regimento Interno, de secretaria-executiva;
244 espaço físico inadequado; e situação do Presidente do CMS. Como resultado, destacou que o
245 Promotor de Justiça reconheceu a possibilidade de irregularidades e comprometeu-se a acolher um
246 compilado dessas, a ser elaborada pelo GT, e proceder às ações necessárias. **Deliberação: tendo**
247 **cumprido o seu papel, o GT foi encerrado. O coordenador do Grupo enviará o Relatório das**
248 **atividades à SE/CNS.** **ITEM 3 – APRIMORAMENTO DO PACTO DE GESTÃO** - Apresentação:
249 Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS e Ministro de Estado da Saúde.
250 Coordenação: Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro
251 **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS, iniciou a sua fala cumprimentando os
252 conselheiros e manifestando satisfação por apresentar a proposta de aprimoramento do Pacto de
253 Gestão ao Pleno do CNS. Explicou que iniciou debate no CNS e na Comissão Intergestora Tripartite
254 sobre a necessidade de mecanismos de aprimoramento do Pacto de Gestão. Antes de iniciar a
255 apresentação, conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez a seguinte Questão de Ordem: nesse
256 momento, que o tema fosse objeto de debate e não de deliberação, visto que o Plenário tomou
257 conhecimento da proposta naquele momento. Caso a sua proposta não fosse aceita, solicitaria vista.
258 Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS, sugeriu que, após a
259 apresentação, o Plenário definisse se deliberaria ou não acerca da proposta. Conselheiro **Luiz**
260 **Odorico de Andrade** sugeriu que fosse garantida a apresentação da proposta e debate posterior.
261 Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** concordou com a proposta de garantir a apresentação, mas
262 sem deliberação. Conselheiro **Clóvis Boufleur** clarificou que o pedido de vista, conforme o Regimento
263 Interno do CNS, precede o debate e a votação. Portanto, a apresentação da proposta não seria
264 prejudicada com um eventual pedido de vista. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**,
265 Presidente do CNS, explicou que a Mesa Diretora do CNS solicitou uma apresentação da proposta de
266 aperfeiçoamento do Pacto de Gestão e, mesmo tendo sido pautado em outras duas oportunidades,
267 não fora possível apresentá-la. Portanto, solicitou que o Pleno garantisse a apresentação e definisse
268 posteriormente o encaminhamento. O Plenário concordou em garantir a apresentação da proposta.
269 Contudo, nesse momento, houve uma interrupção na pauta haja vista a presença de integrantes da
270 Associação Brasileira de Autismo – ABRA. Conselheira **Marisa Furia Silva** informou que no dia 2 de
271 abril foram realizadas várias atividades no país em comemoração ao dia internacional da
272 conscientização do autismo. Inclusive, a representação desse movimento reuniu-se com o Ministro da
273 Saúde e este participara da caminhada realizada pelo movimento. Aproveitou a oportunidade para
274 solicitar pauta no CNS para tratar do autismo. Feitas essas considerações, entregou uma carta ao
275 Ministro da Saúde com reivindicações do movimento. O Presidente do CNS saudou a Conselheira
276 Marisa Furia Silva por trazer as pessoas com autismo ao CNS e dar visibilidade a elas. Em seguida,
277 passou à proposta de aprimoramento do Pacto de Gestão. Inicialmente, destacou que o Pacto pela
278 Saúde reforçou a negociação consensual como arranjo interfederativo de definição de
279 responsabilidades, contribuindo para aperfeiçoamento do sistema; instituiu mecanismos de
280 governança regional através dos Colegiados de Gestão Regional; definiu uma agenda de prioridades,
281 objetivos, metas e indicadores; e organizou as transferências federais em Blocos de Financiamento.
282 Contudo, o Pacto não conseguiu avançar na perspectiva de redução das desigualdades regionais e
283 estabelecimento de compromissos tripartite na implantação das Redes de Atenção à Saúde. Além
284 disso, apesar do Pacto estabelecer que todo gestor é pleno do sistema, ainda observa-se uma
285 fragmentação de responsabilidades no campo da gestão e do financiamento, não buscando a
286 valorização dos resultados. Também, mesmo trabalhando com metas e indicadores, não havia
287 mecanismos legais de penalidades e incentivos em caso de não cumprimento dessas. Destacou ainda
288 que, em 2011, encerram-se as metas do Pacto pela Saúde e do Mais Saúde, assim, a intenção é
289 debater um processo de definição de novas metas para a saúde. Disse que esse novo processo de
290 pactuação entre estados e municípios inicia-se com a construção de um indicador nacional de
291 qualidade de acesso à saúde, que compreende um conjunto de indicadores de saúde (cerca de 40).
292 Esse indicador será colocado em consulta pública durante sessenta dias visando assegurar a
293 contribuição da sociedade. A intenção é que sirva de parâmetro para avaliar o nível de acesso e
294 qualidade de saúde no país, orientar o planejamento das ações e possibilitar o acompanhamento.
295 Ressaltou que o segundo passo desse processo de definição de uma nova relação entre União,
296 Estados e Municípios é a elaboração do Plano Nacional de Saúde. Lembrou que, conforme
297 calendário, inclusive aprovado pelo CNS, o Plano Nacional de Saúde estará pronto em agosto de
298 2011, com um conjunto de metas a serem pactuadas com Estados e Municípios (processo de contrato
299 organizativo de ação pública na saúde). Salientou que um terceiro instrumento desse processo é o
300 mapa regional de saúde, que apresenta a situação da saúde e configura-se em um processo de

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

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

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

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

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

606 funcionamento, seu modelo de gestão e financiamento, o fortalecimento e consolidação do controle
607 social. Por fim, frisou que o controle social e a gestão participativa não podem ser mera retórica, "um
608 faz de contas". É preciso garantir condições e instrumentos para que a sociedade seja protagonista na
609 construção do SUS que queremos. Segundo o debate desse tema, Conselheiro **Clóvis Boufleur**
610 passou à sua exposição. Explicou que a Política Nacional de Atenção Básica foi publicada em março
611 de 2006, por meio da Portaria nº 648 e o conceito de Atenção Básica, conforme explicitado na Política
612 é amplo, contemplando a diversidade da população brasileira. Há uma distância, porém, entre o
613 explicitado na Política e a realidade de hoje. Explicou que o orçamento da União para a Saúde em
614 2011 é de R\$ 68,8 bilhões (Orçamento 2011, Lei nº 12.381, de 9 de fevereiro de 2011) e, deste total,
615 somente R\$ 12 bilhões serão investidos na Atenção Básica à Saúde, por meio de programas do
616 Ministério da Saúde, transferências Fundo a Fundo (Piso da Atenção Básica) e recursos da Estratégia
617 Saúde na Família. Em 2010, foram gastos R\$ 9,9 bilhões. Disse que, segundo o Departamento de
618 Atenção Básica, ao redor de USD 34 bilhões de dólares é a estimativa de custos adicionais (em cinco
619 anos) às contas do SUS pela manutenção do desequilíbrio entre atenção hospitalar e especializada e
620 atenção primária. Os custos econômicos, como perda da produtividade, significam aproximadamente
621 USD 38 bilhões de dólares. Explicou que conversou com o ex-conselheiro Gilson Cantarino, ex-
622 Secretário de Saúde de Niterói, visto que o PSF tem uma história relacionada ao município, para
623 resgatar a origem dessa estratégia. Disse que o Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde
624 da Família (ESF), foi instituído em 1993, com os seguintes princípios, conforme o conselheiro Gilson
625 Cantarino: adscrição de clientela; responsabilização da equipe na saúde das pessoas vinculadas;
626 cumprimento de vínculo de 40h para assegurar acesso e qualidade na assistência; avaliação
627 qualitativa pelas SMS dos serviços prestados e pelas SES do cumprimento dos preceitos
628 estabelecidos; e assessoria técnica e avaliação permanente pelo MS. Destacou os problemas
629 identificados na época, alertando que alguns persistem até hoje: dificuldades de fixação de
630 profissionais; disputa de oferta de mercado entre entes públicos; fragilidade do controle e avaliação;
631 utilização de cadastro de profissionais para certificar vários sítios de atendimento, com interesse
632 conviente do profissional; e banalização da concepção do modelo, reforçando a antiga prática da
633 demanda espontânea. Salientou que houve uma evolução nos investimentos e na expansão da
634 Estratégia Saúde da Família, o que colocou esta ação de fato como prioritária para reorganização da
635 atenção básica no Brasil. Enfatizou que a Estratégia registra uma cobertura de mais da metade da
636 população brasileira, mas, e a outra metade, como está? Disse ter identificado que o Departamento de
637 Atenção Básica do Ministério da Saúde investe desde 2005 no Programa de Avaliação para Melhoria
638 da Qualidade (AMQ). Segundo os resultados recentes, houve aumento na busca pelos serviços da
639 atenção básica. O público que mais buscou o serviço (75% das pessoas) tem renda até meio salário
640 mínimo. Considerando esses resultados, perguntou: como contribuíram para aprimorar as ações, e
641 mudar o quadro de doenças e mortes? Que mecanismos de controle existem? Eles funcionam?
642 Lembrou que as pesquisas realizadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e que
643 instituem o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), em 2010, mostram certo grau de
644 satisfação das pessoas que usam o SUS, com destaque para o PSF. Contudo, frisou que é preciso
645 questionar as pesquisas para evitar que os dados resultem em confusão estatística (as pessoas que
646 conseguiram entrar no SUS provavelmente estariam satisfeitas, mas e aquelas que não conseguem
647 ter acesso ao SUS?). Explicou que o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde tem
648 publicações de excelente qualidade. Em recente documento sobre Avaliação para Melhoria da
649 Qualidade, ao citar a autora Starfield (2002), descreve que "a qualidade da atenção é uma redefinição
650 sucessiva do inalcançável." Isto é, uma vez atingido determinado padrão, surgirá sempre a exigência
651 de um patamar superior a ser alcançado, sendo impossível estabelecer padrões normativos absolutos
652 para a qualidade que sejam invariáveis no decorrer do tempo." Ressaltou que não se pode negar que
653 bons parâmetros sobre o que se quer alcançar na Atenção Básica estão postos. Segundo dados do
654 Departamento da Atenção Básica, apesar da diminuição da precariedade nas contratações e de ser
655 direta em mais de 90% dos municípios, ainda existem contratos desprotegidos: 49,9% médicos (71%
656 contratação temporária), 35,6% dos dentistas, 32,8% das enfermeiras e 16% de um total de 245 mil
657 agentes comunitários de saúde. A principal justificativa foi a dificuldade para realizar concurso público
658 e o não preenchimento das vagas. Recuperou que o Conselho Nacional de Saúde tem a atenção
659 primária como um dos itens da sua Agenda Política, com a meta de fortalecer a rede pública nas três
660 esferas de governo. Nesse sentido, o CNS promoveu em novembro de 2011 o Seminário Nacional de
661 Atenção Primária em Saúde com o objetivo de realizar um diagnóstico da atenção primária em saúde
662 no Brasil, identificando suas possibilidades enquanto rede de atuação prioritária na promoção e
663 prevenção à saúde. Ressaltou que é preciso coragem para enfrentar os desafios de inversão do
664 modelo e o da regionalização e para não perpetuar mortes precoces e internamentos evitáveis por
665 doenças com tratamentos disponíveis, muitas deles de baixo custo, que deveriam ser ofertados logo
666 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

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

850 “conselhos de saúde”; reformular a redação do item 2 do resolve na lógica de que a atenção básica é
851 estruturante da rede de atenção à saúde; no item 1 do resolve, substituir “mobilizar” por “as entidades
852 integrantes do CNS se comprometem a envidar esforços na defesa de recursos financeiros para a
853 Atenção Básica, especialmente nas esferas federal e estadual; no item 2 do resolve, reformular no
854 sentido de “apoiar o Ministério da Saúde nas suas gestões no orçamento federal no sentido de ampliar
855 os recursos da atenção básica (...); explicitar, ao tratar da rede de atenção básica, o fortalecimento da
856 rede pública nas três esferas de governo; e sintetizar as sugestões ao texto e encaminhá-las a um
857 grupo de conselheiros para reformular o texto. Além das contribuições ao texto da minuta, Conselheiro
858 **Alexandre Rocha Santos Padilha** registrou as propostas apresentadas durante o debate: na
859 reformulação das Comissões do CNS, pensar em estratégia para debate das questões de saúde na
860 lógica do cuidado integral e não fragmentado (levar essa questão para a reunião da Mesa Diretora
861 com as coordenações das comissões do CNS); organizar debates sobre os eixos temáticos da 14^a
862 CNS nas reuniões do CNS; e retomar no âmbito do CNS as proposições dos Seminários Nacionais
863 sobre Atenção Primária e Relação Público Privado no SUS, realizados em novembro de 2010, e
864 discutir possíveis encaminhamentos. **Não houve manifestações contrárias às propostas**
865 **apresentadas durante o debate.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** aproveitou para perguntar
866 ao Ministério da Saúde como trabalhar jurídico e politicamente para que os médicos formados em
867 Cuba atuem na rede pública de saúde para fortalecer a atenção básica do Brasil. Também falou das
868 preocupações dos gestores com as equipes de Saúde da Família que ficam sem profissionais
869 médicos e tem suspenso o repasse de recursos do Ministério da Saúde. Disse que hoje está
870 convencido de que essa medida traz prejuízos à população, pois a equipe, sem o profissional médico,
871 fica impedida de realizar ações importantes. Nesse sentido, ressaltou a importância de abrir diálogo
872 sobre esse assunto visando encontrar saída para essa situação. Conselheiro **Arilson Cardoso**
873 explicou que os municípios menores ao perder o profissional médico da equipe da Saúde da Família
874 mantêm o atendimento com os demais profissionais, haja vista a dificuldade de contratação daquele
875 profissional. Contudo, esses entes ficam impedidos de receber os recursos repassados pelo Ministério
876 da Saúde, gerando grandes dificuldades. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha** disse que o
877 tema levantado pelo Conselheiro Francisco Batista e Arilson Cardoso é importante e será considerado
878 no debate de aprimoramento da Política de Atenção Básica. Também informou que o Ministério da
879 Saúde firmou acordo com a indústria de alimentos para redução de sódio e gordura e esta iniciativa é
880 parte do Plano de Combate à Obesidade. Além disso, sugeriu pautar na próxima reunião debate sobre
881 o complexo industrial da saúde e clarificou que a formalização de parcerias com laboratórios privados
882 para a nacionalização da produção de remédios (PPPs) é uma prática desse Ministério. Ressaltou que
883 a parceria assinada no dia anterior, além de garantir produção nacional de medicamentos, possibilitará
884 a economia de R\$ 700 milhões em quatro anos. Por fim, reforçou a importância do Seminário Nacional
885 sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em áreas Remotas e Maior
886 Vulnerabilidade. Conselheiro **Volmir Raimondi** manifestou preocupação com a publicidade e
887 propagandas que induzem a utilização de energéticos e suplementos alimentares visto que podem ter
888 contra indicação e perguntou como a ANVISA pode interferir para evitar essa questão. Conselheira
889 **Marisa Furia Silva** também solicitou providências para diminuir a quantidade excessiva de aditivo de
890 adoçante artificial nos produtos dietéticos e enfatizou a necessidade de eliminar a gordura vegetal no
891 preparo do pão francês, que contribui para aumentar o índice de obesidade. **Deliberação: aprovado**
892 **o mérito da resolução, com as sugestões dos conselheiros. O texto será reformulado e**
893 **reapresentado ao Plenário.** Na sequência, o Presidente do CNS informou o lançamento do registro
894 brasileiro para ensaios clínicos, no dia 12 de abril de 2011, na sede da OPAS em Brasília. O Brasil é o
895 primeiro país da América Latina a conseguir o registro e esse é um pré-requisito para acelerar
896 pesquisas sobre novas terapias. Antes de passar ao próximo item, a Secretária-Executiva do CNS,
897 **Rozângela Fernandes Camapum**, comunicou que o lançamento da 14^a CNS seria no Edifício
898 Premium, às 10h. **ITEM 5 – DECRETO Nº 7446, DE 1º DE MARÇO DE 2011 – LIMITES E**
899 **PROCEDIMENTOS PARA EMPENHO DE DESPESAS COM DIÁRIAS E PASSAGENS** –
900 **Apresentação:** **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. **Coordenação:**
901 Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. A Secretária-Executiva do CNS,
902 **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou o Decreto nº. 7.446, de 1º de março de 2011, que
903 define limites e procedimentos para empenho de despesas com diárias e passagens e a repercussão
904 no CNS. Explicou que, nos termos do Decreto, a despesa a ser empenhada com diárias, passagens e
905 locomoção, no âmbito dos órgãos e unidades orçamentárias do Poder Executivo, fica limitada aos
906 valores constantes dos Anexos I e II deste Decreto. Entende-se por despesas com diárias, passagens
907 e locomoção aquelas relativas aos elementos de despesa "14 - Diárias - Pessoal Civil", "15 - Diárias -
908 Pessoal Militar" e "33 - Passagens e Despesas com Locomoção" e às Naturezas de Despesas
909 "33903602 - Diárias a Colaboradores Eventuais no País", "33903603 - Diárias a Colaboradores
910 Eventuais no Exterior" e "33903646 - Diárias a Conselheiros". Por determinação do Decreto, somente

911 os Ministros de Estado poderão autorizar despesas referentes a: I - deslocamentos de servidores por
912 prazo superior a dez dias contínuos; II - mais de quarenta diárias intercaladas por servidor no ano; e
913 III - deslocamentos de mais de dez pessoas para o mesmo evento. Sobre o limite acerca do número
914 de diárias/ano, disse que, a princípio, não haverá excepcionalidade a respeito dessa definição. Dessa
915 forma, será necessário conversar com os onze conselheiros que, pelas atividades previstas,
916 extrapolam esse limite. Não sendo possível, deverá ser feita conversa com o Ministro da Saúde e com
917 a Casa Civil. Esclareceu que o anexo II do Decreto define os seguintes valores para o Ministério da
918 Saúde destinados a diárias e passagens: até junho de 2011: R\$ 29.767 milhões; e até dezembro
919 2001: R\$ 59.533 milhões. Esse valor representa um corte de 50% do valor gasto pelo Ministério da
920 Saúde em 2010. Lembrou que o orçamento do CNS está alocado na SGEP e a Secretaria possui o
921 seguinte orçamento: até junho de 2011: R\$ 1.152 milhão; e até dezembro de 2011: R\$ 2.304 milhões.
922 Isso representa um corte de 50% do valor gasto pela Secretaria em 2010. Assim, a SGEP repassou
923 esse corte para as suas unidades orçamentárias. A seguir, mostrou a adequação do orçamento do
924 CNS ao Decreto Nº 7.446, de 1º de março de 2011 no que se refere a passagens e diárias. Sobre
925 diárias: Gastos em 2010: R\$ 1.606.691,36; Previsto para 2011: R\$ 1.610.231,09; Valor previsto para
926 2011 com o corte: R\$ 803.345,68; Déficit: R\$ 806.885,41. Do total do déficit, disse que a proposta é a
927 seguinte: 14ª CNS: R\$ 376.887,69 – excluir, porque será custeado por outra fonte a ser negociada; R\$
928 402.269,50 – corte de despesas. Com isso, o déficit é de R\$ 27.728,22 e o Ministério da Saúde
929 comprometeu-se a verificar essa questão. A respeito das passagens: Gasto em 2010: R\$
930 1.222.432,16; Previsto para 2011: R\$ 2.027.600,00; Valor previsto para 2011 com o corte: R\$
931 611.216,08; Déficit: R\$ 1.416.383,92. Do valor do déficit, foram feitas as seguintes adaptações:
932 exclusão dos valores relativos à 14ª CNS: R\$ 345.950,00; corte de R\$ 300.625,00, resultando em um
933 déficit de R\$ 769.808,92. O valor final do déficit está sendo negociado com o governo. Em suma, disse
934 que o corte no CNS será de 35% e não 50%, porque o governo comprometeu-se a repor valores. A
935 seguir, passou a apresentar o orçamento do CNS 2011 conforme o Decreto nº. 7.446/11: não houve
936 corte no orçamento das Reuniões Ordinárias de 2011; excluído valor destinado a Reuniões
937 Extraordinárias; redução das reuniões da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
938 no Pleno do CNS - quatro para duas com um dia cada; manutenção das reuniões da Mesa Diretora do
939 CNS; reuniões das Comissões: duas reuniões de um dia para as 22 comissões do CNS, com exceção
940 da CIRH, CONEP e COFIN que trabalham com emissão de pareceres; Congressos: CONASEMS,
941 ABRASCO e Rede UNIDA - atividades transferidas para OPAS: outras do CNS, participações por
942 indicação: reduzido de 61 participantes para 30; 14ª CNS – despesa excluída do orçamento do CNS e
943 o Ministério da Saúde verificará a possibilidade de custear; 1.7.2 – Plenária Nacional de Políticas
944 Públicas em Saúde - Judicialização e Serviço Civil em Saúde: não houve corte no orçamento para
945 infraestrutura; e diárias e passagens serão custeadas via OPAS; e Grupo de Trabalho Plataforma
946 Brasil/ CONEP – não houve corte. Diante desse quadro, o déficit total do CNS é de R\$ 1.573.154,25,
947 sendo: a) Diárias até abril de 2011: R\$ 52.779,42; b) Diárias: R\$ 27.728,22; c) Passagens: R\$
948 769.808,92; d) 14ª CNS: R\$ 722.837,69. Explicou que negociou com o Ministro da Saúde
949 suplementação desse valor, portanto, o corte no orçamento do CNS será de cerca de 30%. Ressaltou
950 que, ao redefinir a proposta orçamentária do CNS, tentou garantir o menor prejuízo possível ao
951 Conselho. **Manifestações.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** manifestou preocupação com o
952 corte, porque prejudica as atividades dos órgãos de controle interno e externo como o CNS. Portanto,
953 defendeu que o CNS se posicione sobre o significado desse corte no exercício do controle social e
954 incentive os demais conselhos de controle a fazer o mesmo. Também perguntou se é possível custear
955 passagens e diárias via OPAS, a fim de não impedir a participação de conselheiros nas atividades do
956 CNS. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu que a Secretaria-Executiva do CNS se reúna com
957 outras secretarias-executivas dos conselhos para definir uma ação conjunta no sentido de reverter a
958 situação. Ressaltou que os Conselhos não poderiam sofrer cortes nos seus orçamentos porque
959 prejudica o controle social do país e a democracia participativa. Conselheira **Nildes de Oliveira de**
960 **Andrade** perguntou como fica a situação das comissões que precisam reunir-se no primeiro semestre
961 para debater inclusive o Plano Nacional de Saúde e o PPA. Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio**
962 avaliou que a iniciativa de corte nas despesas é um equívoco e, inclusive, lembrou que a verba do
963 Ministério da Saúde, segundo a EC nº. 29, não pode sofrer corte. De todo modo, avaliou que é
964 louvável o esforço da Secretaria-Executiva do CNS e do Ministro da Saúde para minimizar os
965 prejuízos ao CNS, assim, o Pleno deve apoiar a proposta de adequação do orçamento. Conselheiro
966 **Abrahão Nunes da Silva**, primeiro, perguntou à mesa qual a justificativa para o corte e onde os
967 recursos serão alocados. Lamentou essa decisão do governo que prejudica a participação da
968 sociedade na implementação do controle social e fez questão de frisar que recurso público, quando
969 economizado, deve ser aplicado em prol da população. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** informou
970 que, segundo o Decreto, órgãos com poder de polícia ou de fiscalização podem ter um corte menor
971 (de 25%). No caso do Ministério da Saúde, estão contemplados nessa excepcionalidade a ANVISA e

972 o DENASUS. Assim, a SPO está atenta para não inviabilizar os órgãos com poder de polícia e
973 fiscalização. Também destacou que o corte afeta todos os Ministérios da Esplanada e o Ministério da
974 Saúde tem tido olhar especial para o CNS em função do seu papel mesmo em detrimento das
975 Secretarias e Departamentos. Conselheiro **Alexandre Magno Soares** disse que o CNS deve refletir
976 sobre a repercussão do corte na vida da população e na diminuição da corrupção do país. No seu
977 ponto de vista, a moralização do erário público passa por outras questões e não por corte
978 orçamentário que prejudica a participação social. Conselheiro **Volmir Raimondi** disse que recebeu a
979 informação de que o corte se referia aos funcionários dos Ministérios e não deveria atingir a dinâmica
980 dos conselhos. No mais, destacou que há parecer jurídico nesse sentido, visto que a função dos
981 conselhos é de relevância pública. Assim, perguntou se procede a informação de que o corte não
982 deve atingir os conselhos. Conselheiro **Expedito Solaney de Magalhães**, na condição de usuário,
983 manifestou sua indignação e seu protesto à proposta de redução do financiamento do CNS e retirou a
984 necessidade de verificar se esse corte estende-se aos conselhos de controle social. Conselheira
985 **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que o CNS considere a proposta da SE/CNS elaborada diante do
986 atual cenário, apresente as preocupações ao Ministro da Saúde e retome essa questão na próxima
987 reunião do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, primeiro, concordou que é necessária uma
988 devolutiva à sociedade com rigor e compromisso e cumprimentou o esforço da Secretaria-Executiva
989 do CNS e da SGEP para minimizar os prejuízos ao CNS. Encerrado esse momento de negociação,
990 defendeu que o CNS faça uma análise detalhada do decreto e da portaria e seus impactos (por meio
991 da COFIN ou Mesa Diretora) e, em seguida, defina os próximos passos. Por fim, foi porta-voz da
992 proposta de realizar um protesto durante o lançamento da 14ª CNS. Conselheira **Maria do Espírito
993 Santo Tavares** perguntou que é preciso avaliar qual será a economia com a diminuição da duração
994 das reuniões das Comissões, por entender que um dia é insuficiente para debate de todas as
995 questões. Conselheira **Marisa Furia Silva** manifestou preocupação com a iniciativa de conselhos de
996 Esplanada de trabalhar com pacotes de transporte e hospedagem, o que, ao invés de diminuir custos,
997 aumenta. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** ressaltou que é importante clarificar que o corte de
998 50%, nos termos do Decreto, refere-se à rubrica de diárias e passagens. Conselheiro **Volmir
999 Raimondi** perguntou quantas diárias foram pagas aos conselheiros do CNS em 2010 e se o cálculo
1000 das diárias foi feito com base nos 144 conselheiros. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** registrou
1001 que o Congresso da Rede Unida e da ABRASCO será realizado em 2012. **Retorno da mesa.**
1002 Primeiro, a Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, respondeu que, em
1003 princípio, não é possível fazer o pagamento de diárias e passagens via OPAS, porque o recurso já
1004 fora destinado para custeio de outras atividades. De todo modo, poderia verificar essa possibilidade
1005 haja vista a reserva de recursos para eventualidades. Sobre as comissões, informou que são duas
1006 reuniões por ano com um dia de duração, resultando em economia considerável. Reiterou que o
1007 Decreto, no art. 2º, refere-se explicitamente a diárias a colaboradores eventuais no país, diárias a
1008 colaboradores eventuais no exterior e diárias a conselheiros. Comprometeu-se a tentar incluir esse
1009 tema na pauta da reunião que terá com os conselhos da esplanada e com a Secretaria da Presidência
1010 da República, no dia 27 de abril de 2011. Por outro lado, discordou da proposta de realizar um
1011 protesto durante o lançamento da 14ª CNS. Também explicou que pacote é mais caro, porque os
1012 serviços são terceirizados para empresa. Portanto, o CNS não pretende adotar essa prática.
1013 Esclareceu ainda que o corte de recursos incide nos órgãos do Executivo e não apenas nos
1014 conselhos. Disse que é possível fazer um levantamento das diárias pagas em 2010. Explicou que,
1015 após análise, verificou-se que apenas onze conselheiros ultrapassaram o limite de quarenta diárias,
1016 assim, dispôs-se a verificar a possibilidade de serem contemplados via OPAS. Conselheira **Graciara
1017 Matos de Azevedo**, com a autorização da mesa coordenadora dos trabalhos, propôs uma moção de
1018 repúdio do CNS ao corte de despesa com diárias, passagens e locomoção haja vista o prejuízo para o
1019 controle social. Feitas as considerações, a mesa sintetizou os encaminhamentos que emergiram do
1020 debate: retomar o assunto na próxima reunião do CNS, com maiores informações sobre o impacto do
1021 corte, por parte da COFIN, SE/CNS, Ministério da Saúde e Mesa Diretora, além do parecer da
1022 CONJUR; realizar protesto contra o corte no ato de lançamento da 14ª CNS; elaborar posicionamento
1023 do CNS a esse respeito; e aprovar moção de repúdio. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu
1024 encaminhar o resultado desse debate ao Ministro da Saúde para conhecimento e manifestação.
1025 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs uma manifestação política do CNS, naquele momento,
1026 contra o corte linear particularmente em órgãos de controle social como os conselhos,
1027 desconsiderando as especificidades das áreas. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** sugeriu que o
1028 Pleno decidisse sobre a proposta do Conselheiro Júnior no ponto da de pauta COFIN que contaria
1029 com a presença do Coordenador Geral de Planejamento/SPO. **Deliberação: encaminhar o resultado
1030 desse debate ao Ministro da Saúde, para conhecimento das preocupações do Conselho acerca
1031 do corte orçamentário de despesa com diárias, passagens e locomoção; retomar o assunto na
1032 próxima reunião do CNS, com maiores informações sobre o impacto do corte, por parte da**

1033 **COFIN, SE/CNS, Ministério da Saúde e Mesa Diretora do CNS, além do parecer da CONJUR; e**
1034 **tratar do tema na reunião da Secretaria-Executiva do CNS com os Conselhos da Esplanada.**
1035 Após o ponto de pauta da COFIN, o Pleno retomaria a proposta de uma manifestação política do CNS,
1036 na reunião, contra o corte linear particularmente em órgãos de controle social como os conselhos,
1037 desconsiderando as especificidades das áreas. **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
1038 **RECURSOS HUMANOS – CIRH - Aprovação de Pareceres da CIRH.** Apresentação: Conselheira
1039 **Graciara Matos de Azevedo**, da CIRH/CNS. Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**,
1040 da Mesa Diretora do CNS. Este item iniciou-se com um informe do Conselheiro **José Rubens**
1041 **Rebellato** sobre o impacto dos pareceres do CNS nas decisões do MEC sobre abertura,
1042 reconhecimento e renovação de autorização de cursos. Primeiro, esclareceu que esse assunto é
1043 tratado pela Diretoria de Hospitais, sob sua gestão e pela Diretoria de Regulação. Explicou que o
1044 Diretor de Regulação/MEC, prof. Paulo Wollinger, colocou-se à disposição para tratar desse assunto
1045 na próxima reunião do CNS. Assim, solicitou à Mesa Diretora do CNS que paute esse assunto nessa
1046 oportunidade. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que o prof. Paulo Wollinger esteve
1047 na última reunião da CIRH para tratar do impacto dos pareceres do CNS no processo de análise do
1048 MEC de processos de abertura, reconhecimento e renovação de autorização de cursos e accordou-se
1049 por convidá-lo para expor sobre o tema na próxima reunião do CNS junto com a apresentação do
1050 trabalho da Comissão sobre indicadores de análise de processos. Conselheiro **Geraldo Alves**
1051 **Vasconcelos** informou que recebeu resposta do Ministério da Saúde à denúncia feita na última
1052 reunião de duas faculdades de odontologia abertas irregularmente na cidade de Recife. Informou que
1053 as entidades de odontologia (conselhos, federações, sindicatos e associações) tomariam providências
1054 no Ministério Público por não aceitar que o MEC abra cursos na área de saúde de forma irregular. Por
1055 fim, comunicou que enviou a denúncia, por e-mail, à CIRH/CNS e aguarda retorno. Conselheira **Ruth**
1056 **Ribeiro Bittencourt** informou que o tema seria pautado na reunião da CIRH. Neste ponto, a mesa
1057 identificou um problema técnico e a apresentação dos pareceres foi suspensa temporariamente. **ITEM**
1058 **7 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO** - *Composição da mesa:*
1059 Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, coordenador da COFIN/CNS; **Francisco Funcia**, assessor da
1060 COFIN/CNS; e **Ayrton Galiciani Martinello**, Coordenador Geral de Planejamento/SPO.
Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Ruth**
1061 **Ribeiro Bittencourt** lembrou que, na última reunião, foi feita a apresentação da análise, feita pela
1062 COFIN, da execução orçamentária do Ministério da Saúde relativa ao 4º trimestre/2010 e, nessa
1063 oportunidade, não foi possível a apresentação da execução orçamentária, pela SPO. Conselheiro
1064 **Fernando Luiz Eliotério** informou que a COFIN reuniu-se nos dias 30 e 31 de março e comunicou
1065 que foram disponibilizadas novamente planilhas de Restos a Pagar, de execução orçamentária
1066 (fevereiro de 2011), prestação de contas e apresentação da análise da COFIN. Primeiro, o
1067 coordenador Geral de Planejamento/SPO, **Ayrton Galiciani Martinello**, justificou a sua ausência na
1068 última reunião do CNS e, na sequência, fez uma breve apresentação do Relatório Trimestral de
1069 Prestação de Contas 4º trimestre/2010. Detalhou que o Relatório é composto dos seguintes itens: 1)
1070 Demonstrativo da execução orçamentária: Geral, Hospitais próprios e Grupo Hospitalar Conceição. 2)
1071 Oferta e produção de serviços – rede própria. 3) Análise da execução física e orçamentária das ações
1072 selecionadas – foram selecionadas 14 ações para a análise da execução física e orçamentária. Todas
1073 são consideradas estratégicas para o Ministério da Saúde e sua dotação supera 80% de todo o
1074 orçamento da esfera federal voltado para ações e serviços de saúde. 4) Anexos: Auditorias do
1075 DENASUS para o 4º trimestre. Frisou que o Relatório segue a lógica dos relatórios anteriores e as
1076 recomendações da COFIN serão contempladas no próximo Relatório. Por fim, colocou-se à disposição
1077 para esclarecimentos. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, recuperou a apresentação feita
1078 na última reunião e fez os seguintes destaques ao Relatório Trimestral de Prestação de Contas - 4º
1079 trimestre apresentado pela SPO/MS: a) Os Valores Empenhado e Liquidado das ações selecionadas
1080 estão idênticos, o que significa dizer que todas as despesas empenhadas foram liquidadas e isto
1081 efetivamente não corresponde à realidade. Sugestão da COFIN: verificar se essa informação pode ser
1082 revisada ou incluir a informação dos valores pagos até 31/12/2010; e b) As informações sobre as
1083 auditorias realizadas foram apresentadas por Estado e Município, além do número da auditoria, a
1084 finalidade e o período (outubro-dezembro/2010). Sugestões da COFIN para aprimoramento desse
1085 tópico nos próximos relatórios: além da informação do trimestre, incluir a do acumulado no ano; indicar
1086 o fato gerador e/ou demandante de cada auditoria (por exemplo: MP, CGU, TCU, denúncia, rotina do
1087 DENASUS, etc.); informar o estágio de cada auditoria, por exemplo: iniciada, em período de defesa,
1088 concluída, etc; para as auditorias concluídas, informar o resumo da conclusão: encontrada ou não
1089 irregularidades com categorias e aprofundamentos que o DENASUS julgar oportunos; e elaborar
1090 quadros-resumo com estes dados e definir parâmetros para comparar com anos anteriores. Como
1091 exemplo de resumo: auditorias mês a mês por estados e os totais ano e Brasil; resumo das
1092 finalidades, dos solicitantes, dos resultados etc. Além disso, destacou o quadro com a distribuição dos
1093

1094 recursos do Ministério da Saúde por Região (em valores per capita), elaborado pelo prof. Gilson
1095 Carvalho. Registrhou como avanço a apresentação dos Relatórios de Execução a cada trimestre, além
1096 as planilhas, com destaque aos dois últimos que foram apresentados no prazo. O coordenador Geral
1097 de Planejamento/SPO, **Ayrton Galiciani Martinello**, reiterou que será incorporada a sugestão da
1098 COFIN sobre empenho e liquidado porque garante maior clareza dos dados. **Manifestações**.
1099 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** perguntou a interpretação da COFIN sobre o quadro com
1100 Recursos do Ministério da Saúde por região - Per Capita (R\$) – 2010. Conselheira **Maria do Espírito**
1101 **Santo Tavares** solicitou a manifestação da SPO sobre o corte de despesa com diárias, passagens e
1102 locomoção. **Retorno da mesa**. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, explicou que a
1103 intenção do quadro com a distribuição dos recursos do Ministério da Saúde por Região (em valores
1104 per capita) é mostrar que há diferenças regionais nos valores per capitais para os blocos de despesas
1105 destacadas. A respeito do corte, colocou a sua posição pessoal de que o problema de corte linear é
1106 desconsiderar as diferentes realidades. Disse que o mais recomendável, no caso de ajustes de
1107 despesas, é que seja seletivo, considerando as prioridades e necessidades. Além disso, destacou que
1108 cortes lineares dessa natureza podem gerar soluções mais caras do que o que se pretende
1109 economizar. No caso do Ministério da Saúde, lembrou que há um gasto mínimo e o recurso
1110 economizado deverá ser alocado em outro ponto. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** perguntou
1111 onde o recurso economizado com o corte será alocado. O coordenador Geral de Planejamento/SPO,
1112 **Ayrton Galiciani Martinello**, explicou que o Decreto nº 7.446, de março de 2011 definiu limite para
1113 despesa a ser empenhada com diárias, passagens e locomoção, no âmbito dos órgãos e unidades
1114 orçamentárias do Poder Executivo (corte de 50% no valor), excetuando-se os órgãos de controle e de
1115 fiscalização. Destacou que no Ministério da Saúde esse corte não foi, de fato, linear, pois há exceções
1116 como o CNS que sofreu um corte de 30%. Ressaltou que se trata de uma determinação e o Ministério
1117 da Saúde deve adequar-se a ela. Disse que o recurso economizado seria alocado no Ministério da
1118 Saúde, considerando o gasto mínimo do Ministério da Saúde, mas ainda não seria possível definir
1119 onde. **Manifestações**. Conselheiro **Luis Carlos Bolzan** aproveitou para esclarecer que possivelmente
1120 a maioria das 318 auditorias, destacadas no Relatório da COFIN, foram encerradas. Também disse
1121 ser possível atender a solicitação da COFIN de enviar o resultado dessas auditorias, contudo,
1122 ponderou se a Comissão teria condições de analisá-las. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
1123 perguntou sobre a possibilidade de disponibilizar relatório sobre as auditorias mais recorrentes.
1124 Conselheiro **Luis Carlos Bolzan** respondeu que seria possível disponibilizar relatório das autorias
1125 mais recorrentes e os demandantes. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** ressaltou que o recurso
1126 economizado seria alocado no Ministério da Saúde e destacou o prejuízo do corte ao CNS. Informou
1127 que na última reunião da COFIN foi feito debate, com a presença de representante da ATRICON, do
1128 formato de um seminário que será realizado em parceria com os Tribunais de Contas. Além disso,
1129 solicitou a autorização do Pleno para entregar ao Ministro da Saúde um documento reiterando a
1130 preocupação do CNS acerca do crescente volume de Restos a Pagar e do entendimento do Ministério
1131 da Saúde do que são ações e serviços de saúde (cômputo dos itens farmácia popular e auxílio à
1132 saúde dos servidores para efeitos da EC nº. 29). Ressaltou que as recomendações do CNS a respeito
1133 do entendimento de que são ações e serviços de saúde não foram acatadas pelo Ministério da Saúde.
1134 Também destacou que seria entregue anexa cópia da ação civil pública requerendo recomposição no
1135 valor de R\$ 2,609 bilhões referente a cancelamento de restos a pagar apurados até 2009 (sem juros e
1136 correções). Conselheiro **José Marcos de Oliveira** destacou que o Pleno deveria refletir e posicionar-
1137 se sobre o não acatamento das resoluções do CNS pelo Ministério da Saúde, com destaque àquela
1138 sobre ao entendimento de que são ações e serviços de saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
1139 registrou a colocação para debate posterior. Conselheira **Jurema Werneck** sugeriu que a Mesa
1140 Diretora do CNS negocie diálogo da COFIN com o Ministro da Saúde para tratar do entendimento de
1141 que são ações e serviços de saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu tratar dessa
1142 questão na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
1143 sugeriu uma ação política em torno da cartilha sobre orçamento e finanças, elaborada pela COFIN e o
1144 lançamento desse documento nas principais conferências de saúde. Feitas essas considerações, a
1145 mesa passou aos encaminhamentos. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** concordou com a
1146 entrega simbólica do documento da COFIN ao Ministro da Saúde, apesar dessa questão já ter sido
1147 levada ao Ministro da Saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,
1148 informou que a cartilha está em fase de finalização e o prazo para a impressão é 30 de junho de 2011.
1149 Disse que a intenção é lançar a cartilha no Seminário Nacional da COFIN e é possível fazer um
1150 movimento nas conferências estaduais. **Deliberação: entregar ao Ministro da Saúde documento da**
1151 **COFIN com a preocupação do CNS acerca do volume crescente de Restos a Pagar e do**
1152 **entendimento do Ministério da Saúde do que são ações e serviços de saúde; e lançar a cartilha**
1153 **da COFIN nas conferências estaduais de saúde**. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** agradeceu
1154 o coordenador Geral de Planejamento/SPO, **Ayrton Galiciani Martinello**, pela presença e encerrou

1155 este item. A respeito das diárias e passagens, a Secretária-Executiva do CNS destacou que colocará
1156 em prática o que foi apresentado até a próxima reunião quando essa questão será trazida novamente.
1157 **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - Aprovação de**
1158 **Pareceres da CIRH** – Apresentação: Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, da CIRH/CNS.
1159 Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente,
1160 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que dois processos que constavam da pauta não
1161 seriam objeto de apreciação e aprovação em virtude de problemas técnicos. Antes de apresentar os
1162 pareceres elaborados pela CIRH, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou os dois
1163 processos retirados da pauta: 1) **Referência**: Processo nº 201010052. **Interessado**: Faculdades
1164 Integradas São Pedro. **Curso**: Autorização do curso de Medicina. 2) **Referência**: Processo nº
1165 201011480. **Interessado**: Faculdade Anísio Teixeira de Feira de Santana. **Curso**: Autorização do
1166 curso de Medicina. Feito esse registro, apresentou os pareceres para apreciação e aprovação: 1) **Referência**:
1167 Processo nº 201014536. **Interessado**: Faculdade Santa Marcelina. **Curso**: Autorização do
1168 curso de Medicina. Parecer: satisfatório. 2) **Referência**: Processo nº 201000454. **Interessado**:
1169 Universidade Católica de Brasília. **Curso**: Reconhecimento do curso de Medicina. Parecer:
1170 satisfatório. 3) **Referência**: Processo nº 201010552. **Interessado**: Universidade Federal de Ouro
1171 Preto. **Curso**: Reconhecimento do curso de Medicina. Parecer: Satisfatório. 4) **Referência**: Processo
1172 nº 201011071. **Interessado**: Universidade Potiguar. **Curso**: Reconhecimento do curso de Medicina.
1173 Parecer: satisfatório. 5) **Referência**: Processo nº 201011340. **Interessado**: Universidade Federal de
1174 São Carlos. **Curso**: Reconhecimento do curso de Medicina. Parecer: Satisfatório. 6) **Referência**:
1175 Processo nº 201013858. **Interessado**: Faculdade Christus. **Curso**: Reconhecimento do curso de
1176 Medicina. Parecer: Satisfatório. 7) **Referência**: Processo nº 200900108. **Interessado**: Faculdade
1177 Pitágoras de Uberlândia. **Curso**: Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 8)
1178 **Referência**: Processo nº 200909125. **Interessado**: Faculdade de Jandaia do Sul. **Curso**:
1179 Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 9) **Referência**: Processo nº
1180 200801026. **Interessado**: Faculdade de Ciências Sociais de Florianópolis. **Curso**: Reconhecimento
1181 do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. Não havendo manifestações, conselheira **Ruth Ribeiro**
1182 **Bittencourt** colocou em votação os pareceres da CIRH, em bloco. **Deliberação**: os pareceres
1183 apresentados pela CIRH/CNS foram aprovados em bloco. Além disso, o Plenário decidiu
1184 convidar o prof. Paulo Wollinger para expor na próxima reunião do CNS sobre os
1185 desdobramentos dos pareceres do CNS no MEC. Conselheiro **Clóvis Boufleur** manifestou
1186 satisfação com o novo momento de avaliação de cursos, por parte da CIRH/CNS e parabenizou a
1187 Comissão por isso. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que os critérios e as formas de
1188 análise da CIRH são os mesmos, mas as instituições de ensino, à medida que esse processo
1189 avançou, passaram a apresentar melhores propostas, o que resultou em mais pareceres satisfatórios.
1190 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** disse que o trabalho de análise evoluiu também com o trabalho
1191 conjunto entre CNS e MEC. Conselheiro **Ubiratan Cassano** manifestou satisfação com os pareceres
1192 satisfatórios ao reconhecimento do curso de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto e da
1193 Universidade Federal de São Carlos, visto que contribui para expansão do ensino superior com
1194 qualidade. Por outro lado, salientou que é preciso definir mecanismos para garantir a permanência dos
1195 profissionais formados nessas escolas, evitando a migração para as grandes metrópoles. Conselheiro
1196 **Geraldo Alves Vasconcelos** ressaltou que aguarda resposta da CIRH e do MEC sobre as duas
1197 faculdades de odontologia, na cidade de Recife, que tiveram cursos abertos de forma irregular.
1198 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** reiterou que a denúncia será enviada ao MEC para resposta.
1199 **ITEM 9 – REVISÃO DA RESOLUÇÃO CNS - 347 - ARMAZENAMENTO E UTILIZAÇÃO DE**
1200 **MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO COM FINALIDADE DE PESQUISA**. Composição da mesa: **Paulo**
1201 **Henrique Condeixa de França**, membro da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa –
1202 CONEP/CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS, lembrou que a
1203 proposta de revisão da Resolução CNS nº 347 foi apresentada na última reunião do CNS e o Pleno
1204 definiu um prazo para análise e contribuições. Conselheiro **Luis Eugenio Portela de Souza**, primeiro,
1205 agradeceu o prazo destinado às entidades para análise da proposta e envio de contribuições e, no
1206 caso da ABRASCO, informou que a entidade apreciou o documento e é favorável à aprovação, sem
1207 mudanças. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que apresentara uma proposição ao
1208 texto, mas foi convencido a enviar a proposta de alteração no debate de revisão da Resolução nº.
1209 196. Assim, retirou a sua sugestão para votação da proposta sem adendos. O integrante da
1210 CONEP/CNS, **Paulo Henrique Condeixa de França**, reiterou que até 30 de março de 2011 a
1211 Comissão recebeu apenas a sugestão do Conselheiro Alcides de Miranda, com argumentação
1212 apropriada e esta será considerada no debate de reformulação da Resolução nº. 196. **Deliberação**:
1213 **aprovada a revisão da Resolução CNS nº. 347, que dispõe sobre armazenamento e utilização de**
1214 **material biológico humano com finalidade de pesquisa. Tendo cumprido o objetivo para o qual**
1215 **fora criado, o GT foi desfeito. REVISÃO DAS RESOLUÇÕES DO CNS 196 E 240 - Deliberação: o**

1216 **Plenário aprovou a formação de um GT no âmbito da CONEP para analisar as Resoluções e**
1217 **apresentar uma proposta de revisão ao CNS.** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** agradeceu a
1218 presença do integrante da CONEP/CNS, Paulo Henrique Condeixa de França e encerrou este item.
1219 **RESOLUÇÃO CNS – 431 – COMITÊ PID** – A Secretária- Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes**
1220 **Camapum**, apresentou a proposta de rever a composição do Comitê de Acompanhamento e
1221 Monitoramento das ações do Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde, considerando a
1222 agenda de atividades para 2011: 1) definir em conjunto com o Ministério das
1223 Comunicações/SGEP/Datasus medidas para viabilizar conectividade a todos os Conselhos de Saúde;
1224 2) estabelecer cronograma de reuniões com Fiocruz para Monitoramento e Acompanhamento do
1225 convênio para realização do Curso de Informação e Comunicação Módulo II na modalidade EAD para
1226 os 6.040 conselheiros de saúde; 3) implementar os Cursos de Informática para conselheiros de saúde
1227 em parceria com DATASUS Nacional e Regionais, bem como estratégias de Monitoramento e
1228 Acompanhamento junto aos GT PID dos estados; 4) consolidar os conteúdos de interesse dos
1229 conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde para a grade de programação do Canal Saúde
1230 (conforme levantamento realizado por ocasião dos eventos estaduais de entrega de equipamentos
1231 nos estados) em conjunto com Canal Saúde/FIOCRUZ; 5) estabelecer com representação da
1232 OI/Anatel estratégias de Monitoramento e Acompanhamento do Termo de Anuência firmado com
1233 Ministério da Saúde (disponibilização de TVs, antenas e decodificadores aos conselhos de saúde); 6)
1234 viabilizar estratégias de fortalecimento dos GT de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação dos
1235 estados; 7) realizar Oficinas Regionais de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação do PID com
1236 GT de Acompanhamento do PID dos estados, (norte- Manaus, Nordeste- Pernambuco, Centro Oeste-
1237 Mato Grosso, Sudeste - Espírito Santo, Sul - Santa Catarina); 8) monitorar em conjunto com OI/Anatel
1238 a instalação de antenas e decodificadores nos conselhos de saúde; 9) agendar Oficinas de
1239 Monitoramento do PID nos estados do Acre, Rondônia, São Paulo e Goiás, (onde não houve entrega
1240 de TVs aos conselhos de saúde por questão de agenda); 10) articular com CONASEMS/COSEMS
1241 para mobilização das Secretarias Municipais de Saúde visando a definição de responsabilidade da
1242 gestão com a organização dos conselhos se saúde; 11) agendar evento Nacional, com GT PID
1243 Estaduais para, Monitoramento e Acompanhamento do PID e Avaliação da Agenda Nacional; e 12)
1244 acompanhar Eventos de Entrega de Equipamentos aos conselhos estaduais e municipais de saúde.
1245 Explicou que a proposta de recomposição do Comitê é a seguinte: aumentar de seis para oito
1246 representantes do CNS, sendo: três representantes da Comissão Intersetorial de Comunicação e
1247 Informação em Saúde (Coordenação, Coordenação Adjunta, CONASEMS), dois representante da
1248 Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (CIEPCSS); e um
1249 representante da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN); dois representantes indicados
1250 pelo Pleno do CNS (um trabalhador e um usuário). Quatro representantes do Ministério da Saúde: um
1251 representante da Secretaria-Executiva do CNS; três representantes da Secretaria de Gestão
1252 Estratégica e Participativa, sendo uma representação do DATASUS. Além disso, a representação da
1253 FIOCRUZ não fará mais parte do Comitê, por se tratar da instituição contratada para fazer o EAD,
1254 portanto, parte interessada. A intenção é evitar conflito de interesse. De todo modo, a FIOCRUZ
1255 poderia ser convidada, quando necessário. **Deliberação: o Plenário aprovou Resolução com a**
1256 **recomposição do Comitê de Acompanhamento e Monitoramento das ações do Programa de**
1257 **Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde, composto por: oito representantes do CNS, sendo:**
1258 **três representantes da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde** (Coordenação,
1259 Coordenação Adjunta, CONASEMS), **dois representante da Comissão** Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (CIEPCSS); e um
1260 representante da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN); **dois representantes** indicados pelo Pleno do CNS (um trabalhador e um usuário). Quatro representantes do
1261 Ministério da Saúde: um representante da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de
1262 Saúde; três representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, sendo uma
1263 representação do DATASUS. O objetivo do Comitê é propor ações, planejar e monitorar o
1264 Programa de Inclusão Digital do Conselho Nacional de Saúde. Na próxima reunião do CNS
1265 deverá ser indicado um representante dos usuários e um dos trabalhadores da saúde para o
1266 Comitê. **GT: PLENÁRIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE** - Composição da
1267 mesa: Conselheira **Marisa Furia Silva**, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**; e **Rozângela**
1268 **Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro**
1269 **Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, do GT Plenária
1270 Nacional de Políticas Públicas em Saúde, apresentou uma proposta de programação do Seminário
1271 Nacional sobre Serviço Civil em Saúde e sobre Judicialização em saúde, de 28 a 30 de junho de 2011,
1272 na CNTC, em Brasília/DF. 28 de junho de 2011. Início: 8 horas. Término: 19h. 8h às 9h:
1273 Credenciamento. 9h às 10h: Mesa de Abertura: Ministério da Saúde, Ministério da Educação,
1274 CONASS, CONASEMS e CNS. 10h às 11h30: Mesa 1- Serviço civil em saúde. Objetivo:
1275 CONASS, CONASEMS e CNS. 10h às 11h30: Mesa 1- Serviço civil em saúde. Objetivo:
1276

1277 contextualizar o assunto de serviço civil e expor a visão dos envolvidos no processo. Coordenação: a
1278 indicar. Palestrantes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, CNS e representante dos
1279 Estudantes. 11h30 às 13h: Debate Mesa 1. 13h às 14h30: Almoço. 14h30min às 16h30: Mesa 2 –
1280 Proposta de implementação do serviço civil em saúde. Objetivo: aprofundar o assunto com exposição
1281 do projeto de lei e visão dos gestores. Coordenação: a indicar. Palestrante: Deputado Geraldo
1282 Rezende. Debatedores: CONASS; CONASEMS e CNS. 16h30 às 19hs: Debate Mesa 2. Dia: 29 de
1283 Junho de 2011. Início: 9 horas. Término: 12h. 9h às 12h: Plenária Final. Coordenação: a indicar. 12h
1284 às 14h: Almoço. Dia: 29 de junho de 2011. Início: 14 horas. Término: 18h. 14h às 14h30: Mesa de
1285 abertura – judicialização. 14h30 às 16h30: Mesa 3 – A judicialização no Sistema Único de Saúde.
1286 Objetivo: contextualizar e analisar os impactos do processo de judicialização em saúde e apresentar
1287 as visões dos envolvidos. Coordenação: a indicar. Palestrantes: Ministério da Saúde, CONASS,
1288 CONASEMS, CNS, AMPASA e STF. 16h30 às 18hs: Debate Mesa 3. Dia: 30 de junho de 2011. Início:
1289 9 horas. Término: 13h. 9h às 13h: Plenária final. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu convidar
1290 outras representações como CREA e OAB para o seminário visto que está em tramitação no
1291 Congresso Nacional projeto que abrange todas as profissões. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**
1292 propôs convidar representante do Conselho Nacional de Assistência Social no dia 28 de junho.
1293 Também perguntou se será trazido para o seminário o debate do STF que durou quatro semanas. Na
1294 sequência, conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou a proposta de divisão de vagas: 1)
1295 Vagas fixas (participação nos três dias): Conselheiros nacionais de saúde – 90 (custeados pelo CNS);
1296 Coordenadores de plenária: 24 (custeados pelo CNS); Conselhos Estaduais de Saúde – 27
1297 (custeados pelo CNS); Palestrantes – 7 (custeados pelo CNS); Conselhos Municipais de Saúde – 170
1298 (distribuídos por hab./estados); CONASS: 5; CONASEMS: 5; Ministério da Saúde: 5; Secretarias
1299 Estaduais de Saúde: 54; Secretarias Municipais de Saúde: 52; Fórum de Usuários: 25; Fórum de
1300 Trabalhadores: 25; Conselhos de Políticas Públicas: 20. Subtotal: 509. Vagas específicas para o
1301 Seminário de Serviço Civil em Saúde: Ministério da Educação: 10; Secretarias Estaduais de
1302 Educação: 27; Secretarias Municipais de Educação (capitais): 26; Fórum Nacional de Residentes em
1303 Saúde: 10; Fórum Nacional de Coord. das Residências Multiprofissionais: 10; Fórum Nacional de
1304 Preceptores e Tutores: 10; UNE (Executivas Nacionais de Estudantes): 14. Subtotal: 107. Vagas para
1305 o Seminário de judicialização: Ministérios Públicos Estaduais – 27; Ministérios Públicos Municipais –
1306 27; Judiciário Federal: 30. Subtotal: 84. Total de vagas – 700: 509 (fixos) + 107(serviço civil) + 84
1307 (judicialização). Portanto, o público por evento fica em torno de 600 pessoas, sendo 149 custeados
1308 pelo CNS. Também informou que as vagas foram distribuídas entre os estados de acordo com o
1309 critério populacional. **Manifestações**. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** sugeriu convidar os
1310 autores dos projetos sobre serviço civil para o Seminário Nacional sobre Serviço Civil em Saúde.
1311 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou as seguintes sugestões: incluir o Ministro de
1312 Estado da Saúde na mesa de abertura do Seminário; contemplar uma representação da SGTES na
1313 preparação do Seminário Nacional sobre Serviço Civil em Saúde e contemplar em uma das mesas; no
1314 Seminário Nacional sobre Judicialização, incorporar a representação da SAS e incluir debate sobre
1315 protocolos clínicos. Conselheira **Jurema Werneck** cumprimentou o GT pela proposta e sugeriu que,
1316 além do índice populacional, sejam considerados outros indicadores para divisão das vagas, de forma
1317 a garantir a participação de municípios do interior das regiões, em especial, Norte e Nordeste.
1318 Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** concordou com a proposta e perguntou se é possível a
1319 vinda de outros convidados que não custeados pelo CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
1320 informou que foi enviado para sansão presidencial o PL que propõe a mudança da Lei 8.080/90,
1321 definindo a questão da integralidade, principal questão da judicialização. Portanto, em que pese o
1322 seminário de judicialização, ressaltou que é preciso pautar debate no CNS sobre a proposta e suas
1323 consequências. Conselheiro **Gilson Silva** quis saber como será a divisão das vagas do Seminário
1324 entre os conselhos municipais de saúde. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** propôs convidar o
1325 Senado Federal e a Câmara dos Deputados para os dois momentos do Seminário Nacional e o
1326 Conselho Nacional de Justiça para o primeiro momento. **Retorno da mesa**. Conselheiro **Francisco**
1327 **Batista Júnior** respondeu que Câmara dos Deputados e Senado Federal podem ser convidados para
1328 acompanhar o debate. Sobre a proposta de modificação da Lei nº. 8.080/90, destacou que o CNS
1329 deve preparar-se para esse debate. Além disso, informou que a intenção é, no caso de não
1330 preenchimento das vagas, abrir para outros interessados. Explicou que estão em tramitação cinco
1331 projetos relativos a serviço civil: dois dizem respeito a todas as categorias; e dois tratam da saúde,
1332 mas diferente do que o CNS defende. Na sua visão, é interessante convidar os parlamentares com
1333 projetos em tramitação relativos ao tema. Esclareceu que os CESs, em tese, são responsáveis por
1334 articular e definir a questão dos municípios. Lembrou que foi destinada vaga para os conselhos
1335 municipais das capitais, mas a participação dos demais será definida por um processo de articulação
1336 política dos respectivos conselhos municipais. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes**
1337 **Camapum**, sugeriu convidar os parlamentares cujos projetos se refiram à saúde e, após o Seminário,

1338 o tema pode ser pautado no CNS, se for o caso. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** destacou que,
1339 após o seminário, o tema pode ser pautado no CNS, com convite aos parlamentares autores dos
1340 projetos. Feita essa fala, passou aos encaminhamentos. **Deliberação: aprovada proposta de**
1341 **programação da Plenária Nacional de Políticas Públicas em Saúde, com os seguintes adendos:**
1342 **incluir representação da SGETS na mesa “Serviço civil em saúde”; incluir representação da**
1343 **SAS na mesa “A judicialização no Sistema Único de Saúde” e tratar sobre protocolos clínicos;**
1344 **convidar representação do Conselho Nacional de Justiça para o seminário de judicialização;**
1345 **incluir nas pendências de pauta a proposta de debate sobre judicialização (modificação da Lei**
1346 **nº. 8.080/90); e debater no GT critérios para distribuição das vagas para os Estados, além do**
1347 **critério populacional.** Conselheira **Marisa Furia Silva** agradeceu o empenho e o trabalho das
1348 assessoras do GT. Na sequência, a Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,
1349 apresentou a proposta do GT para as mesas do Seminário no que se refere ao CNS: Mesa 1- Serviço
1350 civil em saúde. Coordenação: gestor; Secretaria: usuário; Palestrante: Trabalhador. Mesa 2 –
1351 Proposta de implementação do serviço civil em saúde. Coordenação: usuário; Secretaria: trabalhador;
1352 Mesa 3 – A judicialização no Sistema Único de Saúde. Coordenação: gestor; Secretaria: trabalhador;
1353 Palestrante: usuário. Plenária final. Coordenação: usuário; Secretaria: trabalhador. Comissão de
1354 relatoria: Serviço Civil – um usuário e um trabalhador; e Judicialização – um usuário e um trabalhador.
1355 **A proposta foi aprovada e os segmentos deverão indicar os nomes na próxima reunião do CNS.**
1356 Nada mais havendo a tratar, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS,
1357 encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros:
1358 **Titulares - Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Alexandre Rocha Santos Padilha,**
1359 **Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur,**
1360 **Edmundo Dzuawi Omoré, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco**
1361 **Batista Júnior, Geraldo Alves Vasconcelos, Helvécio Magalhães Júnior, João Donizeti Scaboli,**
1362 **João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Carrijo Brom, José Cechin, José**
1363 **Marcos de Oliveira, José Rubens Rebelatto, Jurema Pinto Werneck, Lérida Maria S. Vieira, Luiz**
1364 **Alberto Catanoce, Luiz Odorico M. de Andrade, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes**
1365 **Alves Rodrigues, Maria do Socorro de Souza, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos,**
1366 **Marisa Furia Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade, Olympio Távora Derze**
1367 **Correa, Paulo Guilherme Romano, Ruth Ribeiro Bittencourt, Solange Aparecida Caetano,**
1368 **Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Zilda de Faveri Vicente Souza.**
1369 **Suplentes: Alexandre Magno Lins Soares, Ana Cristhina de Oliveira Brasil, Ana Estela Haddad,**
1370 **Ana Maria R. da Silva, Bruno Metre Fernandes, Conceição Aparecida Accetturi, Eliane**
1371 **Aparecida da Cruz, Elias Nasrala Neto, Expedito Solaney Pereira de Magalhães, Geraldo Adão**
1372 **Santos, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, José Wilton da Silva, José Luiz Spigolon,**
1373 **José Naum de Mesquita Chagas, Juares Pires de Souza, Júlio A. Gevaerd, Júlia MariaRoland,**
1374 **Jurandi Frutuoso Silva, Luís Carlos Bolzan, Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, Maria**
1375 **Ermínia Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Milton de Arruda Martins, Noemy Yamaghishi**
1376 **Tomita, Paulo César Augusto de Souza, Pedro Tourinho de Siqueira, Reginaldo N. Gomes,**
1377 **Ronald Ferreira dos Santos, Sebastião Geraldo Venâncio e Verônica Lourenço da Silva.** O
1378 segundo dia de reunião iniciou-se com debate sobre a 14ª Conferência Nacional de Saúde. **ITEM 8 –**
1379 **COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª CNS - Apresentação:** Conselheiro **Francisco Batista Júnior**,
1380 da Comissão Organizadora da 14ª CNS. **Coordenação:** Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa
1381 Diretora do CNS; e Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**. Conselheiro
1382 **Francisco Batista Júnior** começou com informe sobre os municípios que já realizaram as suas
1383 conferências antes do calendário oficial. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** destacou que os
1384 municípios têm autonomia para realizar as suas conferências, contudo, devem cumprir a etapa da
1385 conferência nacional. Conselheiro **Volmir Raimondi** avaliou que os municípios devem cumprir o
1386 calendário definido pelo CNS e, além disso, propôs tornar o informe sobre perguntas e respostas mais
1387 dinâmico no sentido de que se entenda melhor o preconizado para a 14ª CNS. Na sequência,
1388 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** comunicou que o Estado da Bahia consulta o CNS sobre a
1389 possibilidade de realizar a Conferência Estadual de 14 a 16 de novembro de 2011, por falta de local.
1390 Na avaliação da Comissão Organizadora da 14ª CNS, não é possível acatar o pleito, porque, sendo
1391 realizada na referida data, não haverá prazo para sistematização do relatório, pela relatoria. A
1392 Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, lembrou que o prazo de envio dos
1393 relatórios das conferências estaduais é 8 de novembro de 2011. Conselheira **Maria do Socorro de**
1394 **Souza** fez um informe sobre o andamento da conferência do Distrito Federal. Disse que foi constituída
1395 Comissão Organizadora e que serão realizadas conferências regionais (nas cidades satélites) e
1396 plenárias, além da conferência distrital. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** falou do caso do
1397 Município de São Paulo, recuperando que foi realizada conferência municipal em 2010, sem a
1398 participação do Conselho Municipal de Saúde. Inclusive, o CMS de São Paulo deliberou por anular a

1399 conferência municipal realizada em 2010. Diante da situação, a Comissão Organizadora indicou os
1400 conselheiros Luiz Odorico e Júlia Roland para reunir-se com o CMS de SP, SMS de SP e
1401 CONASEMS visando chegar a consenso que possibilite a realização da conferência municipal,
1402 cumprindo a etapa nacional e envolvendo a gestão e o Conselho Municipal. Conselheira **Jurema**
1403 **Werneck** encaminhou as propostas. **Deliberação: o Pleno não acatou o pedido do Estado da**
1404 **Bahia, porque prejudicaria o trabalho de sistematização dos relatórios da etapa estadual da**
1405 **Conferência. Os recursos nesse sentido serão tratados da mesma forma pela Comissão**
1406 **Organizadora e não serão trazidos ao Pleno do CNS. Além disso, acordou-se tornar o informe**
1407 **sobre perguntas e respostas acerca da 14ª CNS mais dinâmico no sentido de que se entenda**
1408 **melhor o preconizado para a 14ª CNS.** Na sequência, Conselheira **Jurema Werneck** apresentou a
1409 composição das Comissões da 14ª CNS: I. Coordenador Geral: Jurema Pinto Werneck; II. Secretário
1410 Geral: Francisco Batista Júnior; III. Relator Geral: Gastão Wagner; IV. Relator Adjunto: Arnaldo
1411 Marcolino da Silva Filho; V. Coordenadora de Comunicação e Informação: Graciara Matos de
1412 Azevedo. Integrantes: Júlia Maria Santos Roland, Eliane Aparecida Cruz, Alcides Silva de Miranda,
1413 Pedro Tourinho de Siqueira, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Wanderley Gomes da Silva e um da
1414 CUT (aguarda publicação de portaria visto que houve modificação na representação da Central). VI.
1415 Coordenador de Articulação e Mobilização: Maria do Socorro de Souza. Integrantes: José Eri de
1416 Medeiros, Gilson Cantarino O'Dwyer, Ruth Ribeiro Bittencourt, um trabalhador (aguarda publicação de
1417 portaria visto que houve modificação na representação), Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos,
1418 Geraldo Adão Santos e Nildes de Oliveira Andrade. VII. Coordenador de Infraestrutura: Luís Odorico
1419 Monteiro de Andrade. Integrantes: Maria Thereza Almeida Antunes e João Rodrigues Filho. A
1420 Secretaria-Executiva do CNS lembrou que os integrantes das Comissões de Comunicação e
1421 Informação e de Articulação e Mobilização são indicados entre os componentes da Comissão
1422 Organizadora da 14ª CNS. Conselheira **Jurema Werneck** destacou que os demais conselheiros, que
1423 não compõem a Comissão Organizadora, podem contribuir com os trabalhos. Conselheiro **Francisco**
1424 **Batista Júnior** reiterou que os interessados em contribuir com os trabalhos serão contemplados.
1425 Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou atenção especial da Comissão de Infraestrutura para garantir
1426 a acessibilidade para as pessoas com deficiência e colocou-se à disposição para colaborar nesse
1427 sentido. Na sequência, Conselheira **Jurema Werneck** informou que o calendário das conferências
1428 municipais e estaduais será disponibilizado no site do CNS e atualizado permanentemente. Dito isso,
1429 passou à leitura da proposta de documento orientador: "Todos usam o SUS!: SUS na Seguridade
1430 Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro". Estamos iniciando mais uma jornada nacional
1431 de debates, avaliação e propostas sobre o Sistema Único de Saúde, a maior e mais importante
1432 política pública conquistada pelo povo brasileiro na nossa história, e que, apesar das enormes
1433 dificuldades que naturalmente enfrenta na sua curta trajetória, tem se constituído em exemplo de
1434 inclusão e transformação política no Brasil. Uma das poucas experiências no mundo que assegura
1435 como um elemento fundamental, o acesso universal independente de cor, raça, credo religioso, sexo e
1436 mesmo origem geográfica, de forma integral e levando em consideração as diversas particularidades e
1437 especificidades. O SUS é singular no mundo, propõe e dispõe de práticas e processos democráticos,
1438 produto de ampla participação das pessoas através dos mais variados espaços constituídos formal ou
1439 mesmo informalmente, como são os casos das Conferências e Conselhos de Saúde. Eis, pois, que o
1440 Sistema Único de Saúde (SUS) inicia o seu período de maioridade, com importantes conquistas
1441 sociais e significativos desafios no porvir. A Constituição Federal de 1988 e a legislação sanitária (Leis
1442 nºs 8.080 e 8.142) estabelecem os princípios e diretrizes de um SUS de todos, com todos e para
1443 todos, sob a égide do direito universal às políticas, serviços e ações integrais de Seguridade Social,
1444 incluída a Saúde. Políticas sociais e estratégias institucionais sob gestão pública, geradoras de
1445 inclusão e equidade, com acesso universal aos serviços de atenção integral, de promoção, proteção e
1446 recuperação da Saúde. Existem excelentes experiências acumuladas, nas quais todos usam o SUS
1447 por meio de centenas de ações de promoção e Atenção Integral da Saúde, das ações de Vigilância
1448 Sanitária, imunizações, controle de endemias, investimentos em tecnologias e educação em Saúde.
1449 Graças ao trabalho do poder público com o envolvimento dos trabalhadores da saúde de entidades e
1450 movimentos de base comunitária, a desnutrição vem sendo controlada no país com melhorias nos
1451 processos de segurança alimentar e nutricional, constata-se queda expressiva da mortalidade infantil,
1452 denota-se o incremento de programas e equipamentos para ampliar as oportunidades de saúde foram
1453 oferecidos para todos. Há avanços na universalidade e na descentralização de Saúde, especialmente
1454 com a municipalização das ações e serviços. Mas ainda estamos a passos lentos quanto ao acesso,
1455 em razão da imposição de obstáculos para utilizar os serviços, seja por falta de condições do usuário,
1456 seja por impedimentos instituídos no âmbito dos serviços. É necessário atualizar os patamares de
1457 qualidade, integralidade (com foco de atenção na pessoa como um todo), a equidade (serviços e
1458 prioridades de acordo com as necessidades). É imprescindível enfrentar com coragem o processo de
1459 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 legitimização 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 legitimização 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,

1521 insumos e tecnologias de Saúde, predomina o enfoque em atendimentos e questões assistenciais,
1522 mas também existem questões significativas decorrentes do acesso aos serviços de Vigilância
1523 Sanitária, Epidemiológica, Nutricional, Ambiental etc., além de outros serviços e ações de Saúde. Não
1524 se trata somente da necessária adequação quantitativa da distribuição e oferta de serviços,
1525 tecnologias e insumos de saúde, perante demandas espontâneas nos diversos territórios de vida e
1526 dos níveis assistenciais, mas da garantia de melhor equidade, acolhimento, continuidade,
1527 integralidade, suporte, resolutividade e satisfação dos usuários. Trata-se também, da melhor
1528 adequação dos perfis de ofertas de tecnologias e serviços em razão das necessidades sociais e
1529 sanitárias de populações, grupos específicos e indivíduos. Em termos de mudanças efetuadas e
1530 necessidades ou desafios a se enfrentar em cada território de vida e contexto real, o que significam o
1531 acesso e acolhimento com melhor qualidade? Quais as necessidades e demandas consideradas
1532 prioritárias? Quais as proposições de investimentos mais condizentes para a reorganização de
1533 serviços e garantia de acesso e acolhimento com melhor qualidade? Nas etapas da 14ª CNS e para
1534 cada âmbito de ação institucional do SUS - local, (inter) municipal, metropolitano, (inter) regional,
1535 (inter) estadual e nacional - convém realizar análises de situações e condições de acesso aos serviços
1536 e ações de saúde; definições de necessidades prioritárias; discussões sobre alternativas e iniciativas
1537 para mudanças e investimentos; deliberações de diretrizes políticas e organizativas para a garantia,
1538 incremento e melhor qualificação do acesso e acolhimento nos serviços de Saúde. Diretrizes e
1539 proposições que possam efetivamente constituir agendas para as ações (inter) governamentais e
1540 pautar os processos e práticas de avaliação, monitoramento e fiscalização por parte das instâncias de
1541 participação comunitária e Controle Social. O acesso com acolhimento e melhor qualidade aos
1542 serviços e ações integrais de Saúde, implica primordialmente na expansão, incremento, fortalecimento
1543 e apoio logístico da Atenção Básica à Saúde em todo o país. No reconhecimento de necessidades
1544 específicas, condições singulares, contextos particulares que requerem unidade na diversidade, ou
1545 seja, uma política nacional única com dispositivos organizacionais diversos e respostas apropriadas
1546 para distintas necessidades. Considerado cada território e contexto, quais as situações e condições de
1547 acesso, acolhimento e atendimento qualificado nos serviços de Atenção Básica, na Estratégia e
1548 Programa de Saúde da Família? Quais as prioridades para investimentos, mudanças organizacionais,
1549 suporte e apoio para estes serviços? Outros serviços mais especializados também estão a requerer
1550 melhor acesso e oportunidade de disponibilização em tempo adequado. Serviços de pronto
1551 atendimento, serviços ambulatoriais, hospitalares, diagnósticos, de reabilitação etc., insumos
1552 (medicamentos etc.), dispositivos e equipamentos (órteses, próteses etc.). Exetuados os serviços e
1553 as redes de Atenção Básica à Saúde, Saúde da Família, a maior parte dos pequenos e médios
1554 municípios brasileiros não dispõe de estruturas, recursos, pessoal e condições logísticas para garantir,
1555 em seu próprio território, o acesso integral e resolutivo para os problemas de saúde demandados em
1556 todos os níveis de Atenção à Saúde. O que implica na tarefa e desafio da organização de sistemas e
1557 redes regionais de Saúde, com a ordenação de fluxos e garantia de oferta e acesso aos serviços em
1558 todos os níveis de Atenção à Saúde. Quais as situações e condições de acesso e acolhimento com
1559 qualidade nos diversos serviços de Saúde que compõem as redes assistenciais regionalizadas? O
1560 acesso aos insumos e outros recursos necessários? Quais as prioridades para investimentos,
1561 mudanças organizacionais, suporte e apoio? Existem ainda particularidades regionais, necessidades
1562 populacionais ou condições específicas de cada território, que requerem modos próprios de recursos e
1563 organização para a garantia do acesso e acolhimento com melhor qualidade. É imprescindível que tais
1564 particularidades sejam evidenciadas, em termos de necessidades e propostas, de modo a subsidiar o
1565 esforço constitutivo de um sistema único com abertura e flexibilidade para as realidades locais e
1566 regionais. Existem muitas outras questões referentes ao tema do acesso e acolhimento com melhor
1567 qualidade e equidade, convém apresentá-las e discuti-las em sua relevância e diversidade, de modo a
1568 constituir diretrizes e uma agenda de inovação, mudança e consolidação para a rede de serviços e
1569 recursos do SUS. **Avanços e desafios para a participação da comunidade e Controle Social.** A
1570 comunidade sempre teve que lutar para melhorar os serviços públicos. Os avanços conquistados nos
1571 últimos anos são frutos da soma de esforços e dedicação da população. Infelizmente estamos longe
1572 do atendimento e dos serviços que precisamos. Muita gente deixa de ter acesso à informação para
1573 prevenir e curar as doenças, tem que ficar horas na fila, e, em muitos casos, simplesmente não
1574 encontra vaga ou resposta para o que precisa. A participação da comunidade e o Controle Social das
1575 políticas públicas de Saúde requerem maior dinamismo e efetividade. O aperfeiçoamento das
1576 instâncias, processos e práticas de participação comunitária e Controle Social no SUS implicam em
1577 uma melhor qualificação das formas e meios de representação e mediação de demandas, sob o
1578 amparo do interesse público e responsabilidade social; no reforço de tecnologias e dispositivos de
1579 apoio para o monitoramento e a fiscalização das políticas governamentais, de modo a garantir sua
1580 maior transparência e publicidade. O que mudou e o que precisa melhorar em termos de participação
1581 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 gerencia 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 14^a 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 14^a CNS.

Orientações para mobilização e trabalhos de grupos. As etapas da 14^a 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 14^a CNS supõe perguntas para a discussão relacionadas com o temário da 14^a 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 14^a 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

1643 plenária, a conferência vota o relatório com as propostas, e define uma lista de prioridades locais e
1644 regionais, com indicações que podem orientar o governo e o conselho de saúde. Finalmente, elege
1645 delegados para as próximas etapas. Sabemos que existe um longo caminho para transformar as
1646 decisões desta e de outras conferências em políticas e programas. Esperamos que atividades antes e
1647 após a conferência sejam estratégias permanentes de mobilização e acompanhamento das decisões
1648 sobre a saúde. Questões que podem ser evidenciadas para o debate em grupos: Como os
1649 participantes entendem as ações institucionais e analisam a atuação do SUS em seu território de vida
1650 e de trabalho? O que pode ser realizado para incrementar o entendimento da população acerca das
1651 amplas e abrangentes responsabilidades e ações efetuadas pelo SUS?; Em que medida e de que
1652 modo o SUS atua de modo integrado com as outras políticas, sistemas e serviços de Seguridade
1653 Social (Previdência e Assistência Social)? O que precisa ser melhorado para incrementar a integração
1654 da Seguridade Social em todos os âmbitos institucionais?; Como acolher, com qualidade, no tempo
1655 adequado as pessoas que usam os sistemas, serviços, ações, tecnologias e insumos do SUS?; Que
1656 propostas podem contribuir para haver mais recursos nas ações básicas de saúde, promoção e
1657 prevenção, e articulação intersetorial das entidades e instituições para melhorar a saúde?; Quais são
1658 as propostas prioritárias para fortalecer a saúde pública nos municípios?; O que mudou e o que
1659 precisa melhorar na organização, acesso e acolhimento aos serviços de Atenção Básica à Saúde,
1660 Saúde da Família?; O que mudou e o que precisa melhorar na organização, acesso e acolhimento aos
1661 serviços mais especializados de Saúde?; O que mudou e o que precisa melhorar na organização,
1662 acesso e acolhimento aos insumos (medicamentos etc.), serviços diagnósticos e terapêuticos?; O que
1663 mudou e o que precisa melhorar na organização, acesso e acolhimento aos serviços de reabilitação
1664 em Saúde?; O que mudou e o que precisa melhorar em termos de serviços de Vigilância Sanitária,
1665 Nutricional, Epidemiológica e Ambiental em cada âmbito de suas atuações?; Quais as diretrizes e
1666 medidas necessárias para incrementar a organização de redes regionalizadas de Atenção Integral à
1667 Saúde?; Quais as diretrizes e medidas necessárias para incrementar publicidade, a participação
1668 comunitária e Controle Social no SUS e, de modo mais amplo, na Seguridade Social?; e Quais as
1669 diretrizes e medidas necessárias para aprimorar os modos, meios e instrumentos de gestão pública
1670 em Saúde?" Após a leitura, não foi possível iniciar o debate do documento orientador porque os
1671 conselheiros participaram do ato solene do dia mundial da saúde com lançamento da 14ª CNS, no
1672 auditório do Edifício Premium. O debate do documento ocorreria no reinício dos trabalhos. Retomando
1673 os trabalhos, o Pleno aprovou a redefinição da pauta com transferência do item 11 (Resolução 333)
1674 para a próxima reunião do CNS, a fim de garantir o debate do documento orientador da 14ª CNS. A
1675 proposta é pautar o debate da Resolução na tarde do primeiro dia de reunião. Conselheiro **Willen Heil**
1676 e **Silva** elogiou o Ministério de Saúde pelo lançamento do Programa Academia da Saúde, porém
1677 lembrou que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, definida pela Portaria nº
1678 971, já possibilitava a realização de atividades físicas em grupo, permitindo a integração de
1679 profissionais de saúde. Também destacou que a Revista Brasileira de Saúde da Família, edição
1680 especial de maio de 2008, apresenta a matéria "Terapia Integrativas e Complementares fazem
1681 História em Campinas", afirmando que, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de
1682 Campinas, desde que a população teve acesso à acupuntura houve uma expressiva diminuição de 74
1683 mil antiinflamatórios receitados por anos. Sendo assim, ressaltou que os recursos destinados às
1684 academias da saúde, oriundos de emendas parlamentares, poderiam subsidiar a implantação da
1685 Política que traria de forma mais eficaz e eficiente a promoção da saúde, utilizando os profissionais de
1686 saúde da atenção básica, usuários, entre outros. Retomando o debate do documento orientador da
1687 14ª CNS, a mesa foi composta por: Conselheira **Jurema Werneck**, Conselheiro **Francisco Batista**
1688 **Júnior** e Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**. Inicialmente, conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**
1689 fez uso da palavra para apresentar uma proposta visto que não poderia acompanhar o debate por
1690 conta de uma reunião. A sua proposição foi a seguinte: em relação às questões que podem ser
1691 evidenciadas para os debates em grupo, chamar a atenção para o papel de cada um nas três esferas
1692 de governo. Na sequência, Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, da Comissão Organizadora e
1693 responsável por finalizar o texto orientador, relatou o processo de elaboração do documento. Explicou
1694 que, em se tratando de uma autoria coletiva, em abril foi apresentado um texto inicial e, em seguida,
1695 foi constituído um GT que discutiu duas questões: teor do texto e definição de roteiro. Daí foi feita a
1696 remontagem do texto original considerando as sugestões da Comissão Organizadora. Disse que na
1697 reunião da Comissão Organizadora do dia anterior foram feitas novas sugestões e, como produto
1698 chegou-se a um texto longo, com linguagem diferente, questões que precisam ser clarificadas e outras
1699 corrigidas. Também ressaltou que o texto é multifocal, expressa vários olhares e não está acabado.
1700 Portanto, pode ser submetido à equipe de comunicação do CNS a fim de serem feitas as devidas
1701 correções de forma. Como encaminhamento, sugeriu que as intervenções considerassem a
1702 necessidade de publicar o documento orientador o mais breve possível. Antes de abrir, Conselheira
1703 **Jurema Werneck** informou que os conselheiros Fernando Eliotério, Ronald Ferreira e Ruth Bittencourt

1704 se retiraram para entregar o documento da COFIN ao Ministro de Estado da Saúde. **Manifestações.**
1705 Conselheira **Ana Stella Haddad** elogiou o texto e apresentou as seguintes sugestões: no item
1706 “Avanços e desafios para a garantia do acesso e acolhimento com melhor qualidade e equidade”, 5º
1707 parágrafo, propôs o seguinte adendo: “Para isso, é fundamental que se estabeleça compromisso
1708 interfederativo, intersetorial e de toda a sociedade com relação à orientação da formação profissional
1709 em saúde e com a incorporação da educação permanente em saúde como estratégia de melhoria da
1710 atenção à saúde e da gestão do SUS em todos os níveis, aprofundando e ampliando as mudanças já
1711 em andamento e as experiências bem sucedidas de integração ensino-serviço”; no item “Avanços e
1712 desafios para a gestão pública do Sistema Único de Saúde”, 1º parágrafo, após o segundo período,
1713 propôs o seguinte adendo: “Para isso, é fundamental garantir e avançar no desenvolvimento e
1714 implementação da Política Nacional de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde, dando
1715 visibilidade e ampliando as ações relacionadas ao planejamento quanti e qualitativo de profissionais
1716 de saúde em consonância com o preceito constitucional de que cabe ao SUS ordenar a formação dos
1717 recursos humanos em saúde.”; incluir “da educação” em “Gestão do trabalho”; e incluir a seguinte
1718 pergunta orientadora: Quais as diretrizes e medidas necessárias para avançar na reorientação da
1719 formação profissional em saúde desde o nível técnico até a pós-graduação no processo de integração
1720 ensino-serviço e na incorporação da educação permanente em saúde como estratégia de qualificação
1721 dos trabalhos do SUS, da atenção à saúde e da gestão do cuidado e dos serviços de saúde?
1722 Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** registrou a preocupação da Comissão Organizadora com a
1723 extensão do texto, em todo caso, disse que tomaria nota das sugestões e tentaria trabalhá-las da
1724 melhor forma possível. Conselheira **Ana Stella Haddad** dispôs-se a sintetizar a sua proposta, mas
1725 salientou ser fundamental incluir a gestão do trabalho e da educação na saúde. Conselheiro **José**
1726 **Marcos de Oliveira** também fez elogio ao texto, mas salientou como desafio do CNS a compreensão
1727 e a decodificação das informações nas conferências municipais e estaduais de saúde. Conselheiro
1728 **Alexandre Magno Soares** destacou que é preciso definir “todos” e decodificar o texto para garantir
1729 que a população compreenda as informações colocadas. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**
1730 destacou que é preciso incentivar o debate de que todos usam o SUS, mesmo os beneficiários de
1731 planos privados de saúde. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que encaminhará
1732 contribuição escrita ao conselheiro Alcides de Miranda no que se refere ao SUS para todos e sugeriu
1733 incluir “recuperação da saúde” e, no final do primeiro parágrafo, colocar controle social. Conselheiro
1734 **José Carrijo Brom** sugeriu caracterizar “recursos” no trecho “(...) que requer mais investimentos
1735 humanos, políticos e de recursos, para a garantia de acesso com equidade, integralidade e melhor
1736 qualidade.” Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, primeiro, desculpou-se porque não pôde
1737 contribuir com o texto e propôs redefinir a introdução e fundamentar o controle social, afirmando o
1738 projeto desejável. Além disso, propôs que no final do texto, além das perguntas específicas, fossem
1739 incluídas questões de fundo. Por fim, sugeriu explicar a diferença entre diretriz e ação, inclusive para
1740 orientar a relatoria. Conselheira **Marisa Furia Silva** concordou com a inclusão de “recuperação saúde”
1741 desde que se mantivesse “reabilitação da saúde”, pois a reabilitação é essencial, por exemplo, para as
1742 pessoas com deficiência mental. Conselheira **Júlia Maria Roland** sugeriu incluir a seguinte pergunta:
1743 como melhorar o SUS para que as populações que vivem em situação de maior desigualdade e
1744 iniquidade como negra, ribeirinhas, quilombolas melhorem suas condições de saúde? Conselheiro
1745 **Clóvis Boufleur** sugeriu a redefinição do formato das perguntas e solicitou a compreensão dos
1746 conselheiros no sentido de não retirar parágrafos visto que seria um complicador. Por fim, propôs que
1747 as sugestões de acréscimo fossem encaminhadas por escrito. Conselheira **Maria Cristina Biz** avaliou
1748 que é preciso tratar do envelhecimento populacional no texto, haja vista o impacto desse aspecto no
1749 SUS. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** avaliou que a maior parte das
1750 sugestões podia ser contemplada em um feito esforço para não aumentar o texto. Como
1751 encaminhamento, solicitou a aprovação do documento e sugeriu a definição de prazo para fazer os
1752 ajustes solicitados e a reformulação da linguagem. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu
1753 a finalização do documento até 11 de abril de 2011 e também uma conclusão para o texto.
1754 Conselheira **Jurema Werneck** explicou que as contribuições serão enviadas ao Conselheiro Alcides
1755 de Miranda, membro do GT, até 11 de abril. O GT finalizará o texto até 13 de abril, com o apoio da
1756 equipe de comunicação do CNS. O documento orientador, após concluído, será divulgado no site do
1757 CNS dia 18 de abril. Conselheiro **Willen Heil e Silva** explicou que o termo recuperação da saúde
1758 possibilita visão mais abrangente que o termo reabilitação, por isso, foi sugerida a substituição de um
1759 por outro. Conselheira **Jurema Werneck** destacou que seria feito diálogo com o GT a fim de
1760 contemplar as preocupações colocadas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez uso da palavra
1761 apenas para ressaltar a importância de não confundir controle social com conselhos e informou que
1762 encaminharia sugestão escrita nesse sentido. **Deliberação:** o Plenário aprovou o mérito do
1763 documento orientador da 14ª CNS e decidiu que o GT finalizará o texto, considerando as
1764 contribuições dos conselheiros apresentadas em Plenário e outras que poderão ser enviadas

1765 ao Conselheiro Alcides Miranda, membro do GT, até o dia 11 de abril. O grupo finalizará o texto
1766 até o dia 13 de abril, com o apoio da equipe de comunicação do CNS. O documento orientador,
1767 após concluído, será divulgado no site do CNS dia 18 de abril. Após agradecimentos, a mesa
1768 encerrou este item. Conselheiro Willen Heil e Silva sugeriu a indicação do Conselheiro José Marcos
1769 de Oliveira, representando o CNS, para acompanhar a audiência, no Congresso Nacional, para debate
1770 do Projeto de Regulamentação do Ato Médico. **Deliberação: aprovada a indicação do Conselheiro**
1771 **José Marcos de Oliveira, representando o CNS, para acompanhar a tramitação, no Congresso**
1772 **Nacional, do Projeto de Regulamentação do Ato Médico.** Conselheira Maria do Socorro de Souza
1773 ressaltou que é preciso iniciar o processo de trabalho das Comissões da 14^a CNS, em especial a de
1774 mobilização e articulação, porque as conferências municipais já se iniciaram. Destacou também a
1775 importância de envolver os conselheiros nesse processo de mobilização. A Secretaria-Executiva do
1776 CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que as Comissões da 14^a CNS se reunirão nos
1777 dias 26 e 27 de abril para elaborar os seus planos de trabalho e iniciar as suas atividades. Na
1778 sequência, a mesa retomou as pendências da reunião. Conselheira **Jurema Werneck** apresentou o
1779 texto da resolução sobre atenção primária em saúde, com as contribuições dos conselheiros. O título
1780 do documento é “Promoção da saúde e prioridade na atenção básica, a partir da necessidade dos
1781 usuários, tem que ser compromisso das três esferas de governo” e possui os seguintes
1782 considerandos: que o artigo 196 da Constituição Federal determina que a saúde, direito de todos e
1783 dever do Estado, é garantida mediante políticas que visem a redução dos riscos à saúde e o acesso
1784 universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde; que a
1785 Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde, que descrevem
1786 claramente as responsabilidades dos três entes nestas ações, devem ser executadas na totalidade
1787 dos municípios do país garantindo o direito à saúde dos cidadãos; e que a Estratégia de Saúde da
1788 Família representou um enorme avanço na extensão da cobertura da atenção primária. No
1789 documento, o CNS resolve: Reafirmar o compromisso do conjunto de segmentos que compõem o
1790 Conselho Nacional de Saúde, representados por entidades, movimentos e instituições, de mobilizar a
1791 sociedade em defesa do aumento da destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica,
1792 especialmente nas esferas Federal e Estadual; Reforçar o apoio ao Ministério da Saúde na busca de
1793 mais recursos para a Atenção Básica no âmbito do orçamento Federal; Reafirmar que a Atenção
1794 Básica deve ser estruturante, ordenadora e coordenadora do cuidado do conjunto das Redes de
1795 Atenção; Que as três esferas garantam ações necessárias para que a Atenção Básica, saúde da
1796 família e outras modalidades, seja efetivamente a principal porta de entrada do SUS, com agenda
1797 aberta e acolhimento humanizado em todas as unidades básicas de saúde, capaz de prestar atenção
1798 integral resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de coordenar e garantir o cuidado do
1799 usuário mesmo quando ele necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes
1800 e níveis de atenção; Que a atuação dos conselhos de saúde, a participação da comunidade em cada
1801 serviço de saúde e as coletas sistemáticas da opinião e satisfação dos usuários sejam fatores
1802 permanentes de crítica, correção e orientação da política e da organização dos serviços de saúde;
1803 Que se intensifiquem os esforços e criem novas políticas que visem garantir profissionais de saúde em
1804 todas as regiões e localidades do país, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso,
1805 universalizando de fato o direito à saúde; Que o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e
1806 Municipais aprimorem e qualifiquem tanto os mecanismos de controle e fiscalização do cumprimento
1807 de responsabilidades - tal como a medida tomada recentemente pelo Ministério com relação ao
1808 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – quanto à avaliação da qualidade dos
1809 serviços de atenção básica; e Retomar no âmbito do pleno do CNS as proposições dos Seminários
1810 Nacionais sobre Atenção Primária e Relação Público Privado no SUS, realizados em novembro de
1811 2010, e discutir possíveis encaminhamentos. **Deliberação: a resolução “Promoção da saúde e**
1812 **prioridade na atenção básica, a partir da necessidade dos usuários, tem que ser compromisso**
1813 **das três esferas de governo” foi aprovada, por unanimidade.** Conselheira Nildes de Oliveira
1814 Andrade solicitou pauta no CNS para debate da PNAN. A solicitação será enviada à Mesa Diretora
1815 do CNS. Conselheiro Juares Pires Sousa registrou que 8 de abril é o dia mundial da luta contra o
1816 câncer, uma doença que cresce cada vez mais no mundo. Conselheiro Willen Heil e Silva solicitou
1817 pauta no CNS para debate da Política de Atenção Básica e a Política de Práticas Integrativas e
1818 Complementares do SUS. Conselheira Jurema Werneck, considerando que o CNS vem discutindo a
1819 Política de Atenção Básica como um todo, informou que seria encaminhada à Mesa Diretora do CNS a
1820 proposta de pautar debate da Política de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica.
1821 Conselheiro Willen Heil e Silva destacou que a proposta é aprofundar o debate da Política de
1822 Atenção Básica. Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos informou o **Relançamento da Frente**
1823 **Parlamentar** em defesa da **Assistência Farmacêutica**, no dia 23 de março de 2011, que terá como
1824 eixos centrais de intervenção no Congresso Nacional: Projeto de Lei que transforma o conceito de
1825 farmácia – de um estabelecimento comercial para um estabelecimento de saúde; PL da Senadora

1826 Vanessa Grazziotin - inclusão da assistência farmacêutica no processo de atenção primária à saúde; e
1827 redução da jornada dos farmacêuticos para 30h. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**
1828 informou a sua participação, representando o CNS, na reunião de apresentação do Programa da Rede
1829 Cegonha, no dia 18 de março, e sugeriu pautar a apresentação e o debate desse Programa no CNS.
1830 Também denunciou a cassação, pelo Conselho Regional de Medicina, do médico ginecologista
1831 obstetra, Márcio Dias, que luta pelo parto normal no país. **A solicitação de pauta para apresentação**
1832 **no CNS do Programa da Rede Cegonha. ITEM 12 – RDC Nº. 9, DE 14 DE MARÇO DE**
1833 **2011/ANVISA – Estabelece os requisitos mínimos de funcionamento dos Centros de Tecnologia**
1834 **Celular. RDC Nº 11, DE 22 DE MARÇO DE 2011/ANVISA - dispõe sobre o controle da substância**
1835 **talidomida e do medicamento que a contenha. Composição da mesa: José Agenor Álvares da**
1836 **Silva, Diretor da ANVISA; Cláudia Marques Maxílio, Presidente da Associação Brasileira da**
1837 **Talidomida; e Marina Ferreira Gonçalves, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária/ANVISA.**
1838 **Coordenação: Conselheiro José Marcos de Oliveira, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente,**
1839 **Conselheiro José Marcos de Oliveira cumprimentou os componentes da mesa e fez uma referência**
1840 **ao Diretor da ANVISA, José Agenor Álvares da Silva, ex-ministro da saúde ex-presidente do CNS,**
1841 **ressaltando os avanços alcançados no CNS durante a sua gestão. Inicialmente, a especialista em**
1842 **Regulação e Vigilância Sanitária/ANVISA, Marina Ferreira Gonçalves, expôs sobre a RDC nº. 9, de**
1843 **14 de março de 2011/ANVISA, que estabelece os requisitos mínimos de funcionamento dos Centros**
1844 **de Tecnologia Celular. Começou com algumas das atribuições da Gerência Geral de Sangue, outros**
1845 **Tecidos, Células e Órgãos – GGSTO: I - elaborar, revisar e atualizar a legislação de vigilância**
1846 **sanitária de sangue, outros tecidos, células e órgãos; IV - promover meios para garantir a qualidade**
1847 **do sangue, outros tecidos, células, nos padrões requeridos pelas normas técnicas; e XVI – pesquisar,**
1848 **analisar e avaliar as novas tecnologias disponíveis para a segurança dos produtos e o uso racional**
1849 **dos mesmos. Contextualizando, apresentou a base legal considerada para elaboração da RDC:**
1850 **Constituição Federal do Brasil/1988; Lei Ordinária nº. 11.105/2005, Regulamenta incisos II, IV e V, §**
1851 **1º do artigo 225 da CF/88. Lei de Biossegurança. Art. 5º É permitida, para fins de pesquisa e terapia,**
1852 **a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização *in***
1853 ***vitro* e não utilizados no respectivo procedimento, atendidas as seguintes condições: (...); e Decreto**
1854 **nº. 5.591/2005 - regulamenta dispositivos da Lei 11.105/2005, Capítulo VII - Da pesquisa e da terapia**
1855 **com células-tronco embionárias humanas obtidas por fertilização *in vitro*. Art. 65. A Agência Nacional**
1856 **de Vigilância Sanitária - ANVISA estabelecerá normas para procedimentos de coleta, processamento,**
1857 **teste, armazenamento, transporte, controle de qualidade e uso de células-tronco embrionárias**
1858 **humanas para os fins deste Capítulo. Ressaltou que, visando ampliar o escopo da norma que permitia**
1859 **estudos com células-tronco adultas, a ANVISA institui em 2007 um Grupo de Trabalho para**
1860 **elaboração de regulamento técnico sobre o uso de células-tronco humanas, adultas e embrionárias,**
1861 **em pesquisa e terapia. Em dezembro de 2009, foi feita a Consulta Pública N.º 92 sobre a RDC, com**
1862 **prazo de noventa dias para contribuições. Assim, em 14 de março de 2011, foi publicada a RDC n.º 9**
1863 **que dispõe sobre o funcionamento dos Centros de Tecnologia Celular (CTC) de células humanas e**
1864 **seus derivados, para fins de pesquisa clínica e terapia. Disse que o objetivo é estabelecer requisitos**
1865 **técnico-sanitários mínimos para a coleta, processamento, armazenamento, testes de controle de**
1866 **qualidade, descarte, liberação para uso e transporte de células humanas e seus derivados visando à**
1867 **segurança e à qualidade das células e de seus derivados disponibilizados para pesquisa clínica e**
1868 **terapia. Sobre a abrangência da RDC, explicou que se aplica a todos os estabelecimentos, públicos**
1869 **ou privados, que realizem atividades com células humanas e seus derivados com finalidade de**
1870 **pesquisa clínica e/ou terapia. As exclusões, ou seja, não estão contemplados na norma:**
1871 **estabelecimentos que utilizem células humanas e seus derivados em pesquisa básica e pré-clínica;**
1872 **uso de CPH com finalidade de transplante convencional: RDC n.º 56/2010; e uso células germinativas,**
1873 **tecidos germinativos e embriões humanos com finalidade de RHA: RDC n.º 33/2006. Seguindo**
1874 **destacou alguns pontos da RDC n.º 9/11. Dos aspectos gerais, citou o art. 5º, que define que os CTCs**
1875 **são responsáveis por todo o ciclo de produção das células e seus derivados, da coleta ao transporte.**
1876 **Ressaltou ainda que, nos termos do art. 7º, as células humanas e seus derivados só poderão ser**
1877 **disponibilizados: para pesquisa clínica e/ou terapia: aprovação da pelo sistema CEP/CONEP ou para**
1878 **procedimento terapêutico: Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Federal de Odontologia**
1879 **(CFO). O art. 8º define que o CTC deve apresentar licença de funcionamento, licença sanitária ou**
1880 **alvará sanitário, atualizada(o) e emitida(o) pelo órgão de vigilância sanitária competente. O serviço de**
1881 **saúde que incluir em suas instalações um CTC pode solicitar a inclusão da descrição desta atividade**
1882 **em sua licença sanitária. No que se refere às atividades, explicou que os CTCs podem ser**
1883 **classificados como: I - CTC tipo 1: estabelecimento que realiza atividades somente com células**
1884 **humanas adultas, autólogas, a fresco ou criopreservadas, sem cultivo, apenas com manipulação**
1885 **mínima para uso em pesquisa clínica e/ou terapia. II - CTC tipo 2: estabelecimento que realiza**
1886 **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抗ígenos 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 enjôo 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 contraceção, que hoje não são citados; citação de todas as doenças autorizadas e CIDs, que hoje estão descritas em várias normas (Hanseníase, DST/AIDS (úlcera 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. Salientou que a partir

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

2009 com as seguintes considerações: incentivar a realização de campanhas para informar a sociedade;
2010 reforçar a importância da fiscalização a fim de evitar o uso de medicamento com talidomida sem
2011 autorização; dar publicidade à Resolução nos meios de comunicação do CNS (site e carta eletrônica);
2012 e recomendar às entidades que também divulguem a Resolução. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
2013 **Santos** solicitou à especialista da ANVISA que disponibilize ao CNS a base legal que delega ao CFM
2014 e CFO a regulamentação do uso ou a utilização de novos procedimentos terapêuticos. **Deliberação: o**
2015 **Plenário manifestou apoio à Resolução nº 9 e à proposta de criação do Comitê**
2016 **Interinstitucional para Avaliação de Terapias Celulares (CAT) e ratificou a importância de**
2017 **realizar oficina ou seminário sobre a RDC nº 9/2011, com envolvimento do Conselho na**
2018 **atividade.** Também manifestou apoio à RDC nº 11/2011 com as seguintes considerações:
2019 incentivar a realização de campanhas para informar a sociedade sobre o uso da talidomida;
2020 reforçar a importância da fiscalização a fim de evitar o uso da talidomida sem autorização; dar
2021 publicidade à Resolução nos meios de comunicação do CNS (site e carta eletrônica); e
2022 recomendar às entidades que também divulguem a Resolução. Antes de encerrar, Conselheiro
2023 **Volmir Raimondi** solicitou à ANVISA que verifique a qualidade de uma marca chinesa de Botox,
2024 utilizado inclusive nas pessoas com deficiência, haja vista os relatos de que oferece riscos às
2025 pessoas. Após essa fala, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** ressaltou a importância da eliminação
2026 da hanseníase e o incentivo a pesquisas de novas substâncias. Com essa consideração, agradeceu
2027 os componentes da mesa e encerrou a discussão desse item. Conselheiro **Clóvis Boufleur** informou
2028 que os textos para subsidiar o balanço do mês na saúde estarão disponíveis no site do CNS, além das
2029 minutas de resolução. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** registrou, com satisfação, que Luiz
2030 Gonzaga da Silva, o Gegê, do Movimento de Moradia no Centro (MMC) e da Central de Movimentos
2031 Populares (CMP), foi absolvido em júri popular, o que representa uma vitória do movimento popular e
2032 dos lutadores pela justiça do país. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, Conselheiro
2033 **José Marcos de Oliveira** encerrou os trabalhos da 220ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram
2034 presentes os seguintes conselheiros: **Titulares - Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda,**
2035 **Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur,**
2036 **Edmundo Dzuawi Omore, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco**
2037 **Batista Júnior, Geraldo Alves Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge**
2038 **Alves de Almeida Venâncio, José Carrijo Brom, José Cechin, José Marcos de Oliveira, Jurema**
2039 **Pinto Werneck, Lérida Maria S. Vieira, Luiz Alberto Catanoce, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de**
2040 **Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Socorro de Souza, Maria do Espírito Santo Tavares dos**
2041 **Santos, Marisa Furia Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo Guilherme**
2042 **Romano, Ruth Ribeiro Bittencourt, Solange Aparecida Caetano, Volmir Raimondi, Wilen Heil e**
2043 **Silva e Zilda de Faveri Vicente Souza. Suplentes - Alexandre Magno Lins Soares, Ana Cristhina**
2044 **de Oliveira Brasil, Ana Estela Haddad, André Luiz de Oliveira, Celso Fernando Ribeiro Araújo,**
2045 **Conceição Aparecida Accetturi, Eliane Aparecida da Cruz, Elias Nasrala Neto, Expedito Solaney**
2046 **Pereira de Magalhães, Geraldo Adão Santos, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, José**
2047 **Naum de Mesquita Chagas, José Wilton da Silva, Juarez Pires de Souza, Júlio A. Gevaerd, Júlia**
2048 **Roland, Maria Ermínia Ciliberti, Noemy Yamaghishi Tomita, Pedro Tourinho de Siqueira,**
2049 **Reginaldo N. Gomes, Ronald Ferreira dos Santos e Sebastião Geraldo Venâncio.**
2050