



1  
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE  
4 ATA DA DUCENTÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA  
5 BRASÍLIA, 09 DE DEZEMBRO DE 2009  
6

7 Aos nove dias do mês de dezembro de dois mil e nove, às nove horas, no Plenário do Conselho  
8 Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala "B",  
9 Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Quarta Reunião Ordinária do CNS. O Conselheiro  
10 **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos com saudação aos  
11 presentes e aos internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou a  
12 proposta de pauta da reunião que foi aprovada sem destaques. **Manifestações**. Conselheiro **Antônio**  
13 **Alves de Souza** apresentou proposta de inclusão de pauta do **Item Avaliação da Gestão 2007-2009**. O  
14 Conselheiro **Luiz Augusto Facchini** e Conselheiro **José Marcos de Oliveira** apoiaram a proposta  
15 feita. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** informou ainda ao Plenário dos novos recursos técnicos  
16 que foram incorporados para auxílio dos registros, ata e transcrição da 204ª Reunião Ordinária e  
17 enfatizou a necessidade dos senhores Conselheiros falarem ao microfone para um melhor registro. A  
18 Senhora **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS, corrobou ao informe dado e  
19 reiterou aos senhores Conselheiros(as) que se indetificassem ao microfone a cada intervenção para  
20 maior celeridade dos trabalhos de registro, pois toda a reunião estaria sendo gravada e transcrita em  
21 tempo real pelo serviço de estenotipia computadorizada e elaboração de atas e resumo executivo.  
22 Apresentou ainda informe sobre o transporte dos Conselheiros. Lembrou ainda que a Festa de  
23 confaternização seria realizada às 21 horas, após o encerramento da presente reunião, solicitando a  
24 confirmação de presença ou não até às 12 horas. E quanto a Conferência Nacional de Saúde  
25 Ambiental, os problemas com alojamento e transporte terrestre de Conselheiros, informou que o  
26 Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade de dar provimento e solução, responsabilidade de  
27 organização do evento, que era exclusiva do Ministério das Cidades, informando que tudo estaria  
28 sendo providenciado. E apoiou a proposta de debate do item Avaliação da Gestão 2007-2009,  
29 propondo que o referido item fosse inserido na pauta imediatamente após à discussão do ITEM 03,  
30 antes da pausa para o almoço. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS,  
31 consultou o Plenário, que sinalizou concordância, aprovando a pauta com a inserção do ITEM  
32 Avaliação da Gestão 2007-2009 logo após o ITEM 3. Passou-se à apreciação da pauta em seu **ITEM 1**  
33 – **APROVAÇÃO DA ATA DA 203ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - Apresentação: Conselheiro  
34 **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente  
35 do CNS e membro da Mesa Diretora, submeteu as atas da 40ª Reunião Extraordinária, 41ª Reunião  
36 Extraordinária e 203ª Reunião Ordinária à apreciação do Plenário. **Deliberação: As Atas foram**  
37 **aprovadas**. Passou-se à apreciação do **ITEM 02 – Situação da Saúde no Estado de Pernambuco**.  
38 Coordenação: Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS e membro da Mesa Diretora.  
39 Apresentação e Discussão: **Ana Maria Martins Cezar de Albuquerque** – Secretaria-Executiva de  
40 Atenção à Saúde SES/PE; **Jurandi Frutuoso Silva** – Secretário-Executivo do CONASS – Conselho  
41 Nacional de Secretários de Saúde; **Antonio Jordão de Oliveira Neto** – Presidente do Sindicato dos  
42 Médicos de Pernambuco; **Maria Perpétua Rodrigues** – Coordenadora Geral do Sindicato dos  
43 Trabalhadores de Saúde. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS e membro da  
44 Mesa Diretora, convidou os debatedores para comporem a mesa de discussão. E informou que o  
45 presente item estava pautado para ser discutido na 203ª Reunião Ordinária, mas em razão de  
46 solicitação do Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco o assunto fora transferido para a 204ª.  
47 Reunião. E passou-se a palavra a Senhora **Maria Perpétua Rodrigues** – Coordenadora Geral do  
48 Sindicato dos Trabalhadores de Saúde, que iniciou apresentação intitulada Saúde Pública de  
49 Pernambuco, informando que seguiria uma abordagem política enquanto o Dr. **Antonio Jordão** se  
50 encarregaria de apresentar os aspectos constitucionais da situação da Saúde no Estado de  
51 Pernambuco. A apresentação foi estruturada em cinco pontos básicos: 1. Gestão Pública – Direito  
52 Público; 2. Curativo; 3. Preventivo; 4. Trabalhadores e Profissionais; 5. Controle Social. Quanto a  
53 Gestão Pública, relatou-se vários exemplos e fatos que indicam a opção do Governo de Pernambuco  
54 por um modelo de gestão da Saúde por intermédio de Fundações Pública Privadas, OS's e OSCIPs, o  
55 que resultou em um cenário nefasto e lesivo ao Direito Público, ao Patrimônio Público e aos usuários do  
56 Sistema Único de Saúde, uma gestão caracterizada por: - má administração da coisa pública; -

57 precarização dos serviços de saúde e desumanidade no atendimento dos usuários; - desperdício de  
58 recursos públicos; - prevaricação por ação e omissão. Quanto ao segundo ponto, Curativo, afirmou-se  
59 que a política de investimentos na Saúde com finalidade curativa e praticada pelo Governo de  
60 Pernambuco precisa ser alterada para uma lógica de prevenção e profilaxia. Quanto ao terceiro ponto,  
61 Preventivo, defendeu que o Governo do Estado de Pernambuco deveria adotar política que determine  
62 aos Municípios a implementação e operacionalização do atendimento preventivo dos usuários do  
63 Sistema de Saúde em suas localidades. E ainda acerca do Preventivo, defendeu uma política de  
64 aproveitamento dos saberes tradicionais e medicina alternativa pelo Sistema de Saúde em  
65 Pernambuco. Quanto ao quarto ponto, Trabalhadores e Profissionais, condenou-se a atual política de  
66 recursos humanos para Saúde, que ignorou a autuação do Ministério Público Federal, desde 2006,  
67 determinando promoção de Concurso Público para provimento do Sistema de Saúde; política esta que  
68 obriga os trabalhadores a cumprirem turnos extras, e a trabalharem em péssimas condições de trabalho  
69 no que tange aos aspectos físico, ambiental e espiritual, com destaque para o alto risco e insalubridade,  
70 a discriminação funcional, o assédio moral, desrespeito aos trabalhadores e a não valorização de  
71 recursos humanos com a prática de baixos salários. Defendeu-se uma política de valorização  
72 profissional para os trabalhadores do Sistema de Saúde, caracterizada por: - atualização de serviços e  
73 promoção de inovações; - com reconhecimento; - com qualidade; - com quantitativo ideal para  
74 funcionamento; - com salários dignos; - revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal. Destacou, ainda, a  
75 necessidade da revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal para que mais investimentos possam ser  
76 direcionados para a área social, um instrumento importante para a valorização profissional dos  
77 trabalhadores da área de Saúde e o atendimento com qualidade aos usuários em risco de morte. E  
78 acerca do ponto cinco, Controle Social, ponderou: - da necessidade do Conselho Estadual de Saúde  
79 fiscalizar os Conselhos Municipais de Saúde; da participação dos Secretários de Saúde nos Conselhos;  
80 do respeito às Resoluções do Conselho Estadual de Saúde por parte do Governo de Pernambuco. E,  
81 acerca deste último, informou que o Governo de Pernambuco ao adotar a política de gestão por OS,  
82 OSCIP, Fundações Pública Privadas afronta Resolução do Conselho Estadual de Saúde. E ao final da  
83 apresentação, a Senhora Maria Perpétua Rodrigues apresentou três propostas: 1. Que o Governo do  
84 Estado de Pernambuco promova Concurso Público Imediatamente; 2. Intervenção na gestão de saúde  
85 de Pernambuco para que haja prestação de contas; 3. Que o Hospital Miguel Arraes não seja entregue  
86 ao IMIP, que é uma Fundação Pública de Direito Privado. Passou-se a palavra ao Dr. **Antonio Jordão**  
87 **de Oliveira Neto**, Presidente do Sindicato dos Médicos de Pernambuco, para a sua apresentação  
88 intitulada "OS's em Pernambuco – Privatização da Saúde". Destacou que o Governo de Pernambuco  
89 assinou Termo de Compromisso com as Entidades Médicas de Pernambuco (SIMEPE e CREMEPE),  
90 em 16 de setembro de 2008, acordando medidas de valorização do profissional médico e melhorias na  
91 assistência à saúde na Rede Estadual de Saúde; todavia, o Governo de Pernambuco tem cumprido  
92 apenas 8 pontos contra 16 descumpridos do referido Termo de Compromisso. E informou que o  
93 Governo de Pernambuco foi à Assembléia Legislativa do Estado declarar que a Secretaria de Saúde  
94 optara pelo novo modelo de gestão por OS's, uma opção menos onerosa, tendo em vista que o  
95 Governo já teria atingido o limite da Lei de Responsabilidade Fiscal, e, portanto, entregaria à gestão  
96 privada os três novos hospitais, em construção, e as vinte e uma unidades de pronto atendimento. A  
97 Assembléia Legislativa de Pernambuco, aprovou a Lei em favor da gestão por OS's, o que fez com que  
98 o SIMEPE questionasse a referida Lei em juízo, com base na tese de que a referida Lei atenta contra a  
99 CF e as Leis da Saúde (Lei número 8080 e Lei número 8142). E afirmou que a gestão por OS's atenta  
100 também contra o serviço público, pois o privado assume o patrimônio público e a gestão do público,  
101 substituindo o Estado, contratando e maltratando o pessoal para o serviço público, ao terceirizar uma  
102 atividade fim do estado. E ao fazer isso, segundo o apresentador, o Governo de Pernambuco investe  
103 contra o serviço e o servidor público, e sepulta o concurso público e transfere responsabilidade estatal  
104 do ente público para entes privados. E foram listados dados que, segundo o expositor, demonstram um  
105 processo deliberado e furtivo de privatização, a saber: o não cumprimento do Termo de Compromisso  
106 com as Entidades Médicas; a redução do custeio dos hospitais públicos, impondo-lhes um processo de  
107 asfixia; a não reposição dos profissionais nas escalas; a aplicação de Política proposital de  
108 desacreditação do serviço público do "quanto pior melhor", com o fim de transferir responsabilidade,  
109 recursos e servidores públicos para entes privados. E ressaltou que as Organizações Sociais - OS's  
110 atentam contra o Estado e o serviço público, violam a Constituição Federal e as Leis do SUS,  
111 promovem retrocesso no SUS, discriminam a população, na universalidade, equidade e integralidade;  
112 além de favorecer a extinção do concurso público. E que o modelo das OS's ainda precariza os  
113 trabalhadores ao retirar direitos sociais duramente conquistados, ao dificultar a sua fixação (não há  
114 carreira nem estabilidade) ao promover contratação por apadrinhamento, alimentando o fisiologismo e  
115 ao reduzir a auto-estima do profissional de Saúde, promovendo uma alta rotatividade funcional, que  
116 convive com o baixo compromisso e a baixa qualidade dos serviços prestados. E afirmou, ainda, que  
117 por onde passam, no mundo, as OS's têm oportunizado um ambiente propício ao clientelismo e ao

118 favorecimento de políticos. Informou a respeito de Ofício do Tribunal de Contas do Estado de  
119 Pernambuco, determinando Auditoria Especial com o objetivo de “verificar se as despesas com pessoal  
120 a ser contratado pela OS serão consideradas como tal pelo Estado de Pernambuco e,  
121 consequentemente, incluídas no cálculo dos limites estatuídos no Artigo 19 da Lei de Responsabilidade  
122 Fiscal”, datado de sete de outubro de 2009. E declarou que o modelo de gestão pública por OS's fere  
123 de morte os princípios do Sistema Único de Saúde, e que o Governo de Pernambuco ao ignorar o  
124 Plano Estadual de Pernambuco, o Plano Plurianual, e, ao não submeter o assunto à discussão da  
125 Sociedade Civil, inclusive, ignorando a Resolução do Conselho Estadual de Saúde nº. 425, de 30 de  
126 setembro de 2009, atenta contra o Estado de Direito. E em função disso, informou do encaminhamento  
127 de Medida Cautelar ao Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, e de Ação Civil Pública ao  
128 Ministério Público Estadual e Ação Pública por intermédio do Ministério Público Federal, por parte do  
129 SIMEPE, contra a referida medida do Governo do Estado de Pernambuco na área de Saúde. E finalizou  
130 a apresentação, refutando o argumento do Governo de Pernambuco de que a gestão por  
131 OS(organização social) seria menos dispendiosa, declarando não passar de uma falácia tal argumento.  
132 Passou-se a palavra a Senhora **Ana Maria Martins Cézar de Albuquerque** – Secretária-Executiva de  
133 Atenção à Saúde/SES/PE – representando o Secretário de Saúde/PE, **João Lira Neto**, que procedeu a  
134 apresentação sobre o assunto, respondendo a alguns pontos levantados anteriormente pelo Dr.  
135 **Antonio Jordão de Oliveira Neto**. Em relação ao “Termo de Compromisso do Governo do Estado de  
136 Pernambuco e Entidades Médicas”, informou que o referido Termo de Compromisso vinha sendo  
137 acompanhado sistematicamente pelo Governo do Estado de Pernambuco até a tomada de decisão pelo  
138 novo modelo de gestão por meio de OS's. E quanto as “escalas incompletas”, informou que o Governo  
139 do Estado de Pernambuco promoveu um concurso público para 600 médicos que foram incorporados  
140 recentemente ao Estado, e com muita dificuldade de preenchimento de várias especialidades, devido a  
141 própria dificuldade do profissional médico em submeter-se a um concurso e optar por ser um servidor  
142 público. Informou ainda a respeito das “escalas incompletas” que o Governo do Estado de Pernambuco  
143 está fazendo um redimensionamento de pessoal nas Unidades de Saúde em razão de pedidos de  
144 servidores alocados em unidades do interior para transferência para unidades da capital, bem como de  
145 pedidos de transferência de setores de emergência para enfermarias e ambulatórios. E frisou acerca do  
146 esforço governamental pela mudança de cultura do não cumprimento de carga horária contratual por  
147 parte dos servidores, acarretando em uma sobrecarga de trabalho nas emergências, e, por outro lado,  
148 superlotação no atendimento ambulatorial e enfermarias. E quanto aos novos hospitais de  
149 referência(traumatologia; clínica médica; clínica cirúrgica) e unidades de pronto atendimento  
150 administradas no novo modelo de gestão, informou que ocorreram atrasos na entrega devido a  
151 interposições de empresas derrotadas no certame licitatório para construção e compra de  
152 equipamentos; entretanto, o primeiro hospital, Hospital Miguel Arraes de Alencar, será inaugurado em  
153 15 de dezembro de 2009, o segundo com inauguração prevista para o mês de março de 2010 e o  
154 terceiro para setembro de 2010. E a respeito do novo modelo de gestão por OS's; informou que a  
155 opção do Estado de Pernambuco foi muito discutida no âmbito da Secretaria Estadual, por todos os  
156 técnicos integrantes; e o que mais impressionou foi o resultado observado em unidades administradas  
157 por OS's em São Paulo. E a respeito, informou ainda que a Assembléia Legislativa do estado de  
158 Pernambuco, em outubro deste ano, enviou sua Comissão de Saúde, formada por políticos da situação  
159 e oposição, em visita às unidades paulistas administradas por OS's(Vila Alpina; Mogi Mirim; Menino  
160 Jesus; Pedreiras) e o que mais se observou foi a qualidade da assistência, a satisfação do usuário, os  
161 prêmios recebidos por aqueles hospitais de São Paulo. E em relação a alegação de “abolição de  
162 concurso público”; informou-se que a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco mantém a  
163 administração direta de 27 unidades hospitalares, sendo seis unidades de grande porte e vinte e uma  
164 de médio porte. E finalizou a apresentação com destaque para o esforço e compromisso do atual  
165 Governo de Pernambuco na retomada da requalificação das Unidades de Saúde do Estado. Passou-se  
166 a palavra ao conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** – Secretário-Executivo do Conselho Nacional de  
167 Secretários de Saúde – CONASS, para sua apresentação sobre o assunto. Em relação a administração  
168 por OS's; declarou a posição do CONASS em apoio ao novo modelo de gestão adotado pela Secretaria  
169 de Saúde do Estado de Pernambuco. Registrou reflexão acerca da qualidade do SUS, que apesar de  
170 parcos recursos é eficiente, resultante direta do esforço de servidores públicos e gestores; no entanto,  
171 registrou-se agravo por um esforço demonizador dos gestores, em manifestações, neste Conselho, por  
172 parte dos profissionais da saúde. E em relação a situação colocada sobre “escalas incompletas” como  
173 parte de um processo deliberado e furtivo de privatização; ressaltou que tal situação é um retrato  
174 nacional não exclusivo do Sistema de Saúde do Estado de Pernambuco. E a respeito registrou  
175 experiência anterior, no Estado do Ceará, na implantação de Unidade de Saúde sob o modelo de  
176 gestão por OS's, denominado Hospital Waldemar de Alcântara, como alternativa vivenciada em  
177 situação similar diagnosticada como exitosa. E corroborou, registrando citação de **Jairnilson Paim**, do  
178 Instituto de Saúde da Bahia, “A Constituição estabelece que a Saúde é direito de todos e dever do

179 Estado, mas em nenhum momento condena o SUS a ser refém da Administração Direta," com o  
180 objetivo de introduzir reflexão sobre a questão do não preenchimento de vagas em concursos públicos  
181 realizados. E acerca disso, colocou-se três questões: - qual o perfil do formando em medicina desejado  
182 para o serviço público; - que estrutura física e ambiente de trabalho é capaz de atrair os profissionais  
183 desejados; - que estímulos são esses, os oferecidos por OS's, que são capazes de levar um  
184 profissional a trabalhar em regime extraordinário, mais que no serviço público. E quanto a questão  
185 colocada pela Senhora **Maria Perpétua Rodrigues** acerca da "descentralização e municipalização",  
186 respondeu que as duas idéias são constitucionais, portanto, legais e não podem ser objeto de  
187 reprovação. E ao final de sua fala, registrou pedido de moderação nas críticas aos gestores públicos,  
188 no entendimento de que gestores e trabalhadores são parceiros na construção do SUS e não  
189 adversários. **Manifestações:** A Conselheira **Maria Betânia Serrano de Andrade Regino**, Articulação  
190 de Mulheres Brasileiras – AMB, reconheceu a necessidade de construção de novas Unidades de Saúde  
191 em Pernambuco, mas registrou posição contrária à privatização do Sistema por OS's, destacando a  
192 impossibilidade de controle social. Em tempo, registrou a sua perplexidade pela menção do Estado de  
193 São Paulo como modelo de gestão de Saúde por OS's, quando é de conhecimento público a ação do  
194 Ministério Público Estadual, obrigando a Prefeitura e o Estado de São Paulo a assumirem as Unidades  
195 privatizadas. - Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do  
196 Brasil – CGTB, argumentou que o Governo de Pernambuco deve receber censura pela posição  
197 tomada, pois a gestão por OS's não está prevista na CF e nem na Lei Orgânica da Saúde, e com o  
198 agravante de que segue a lógica da racionalidade econômica, priorizando o lucro, não propensa a  
199 investimentos e melhorias do Patrimônio público. O Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos Filho**,  
200 Associação Brasileira de Odontologia – ABO, protestou contra a maneira antidemocrática como o  
201 Governo de Pernambuco trata o assunto da Saúde. Em tempo, registrou voto de solidariedade às  
202 Entidades Médicas. A Conselheira **Maria Helena Machado de Souza**, Ministério da Saúde, solicitou a  
203 Sra. **Margarida**, Secretaria de Recursos Humanos do Estado de Pernambuco, pedido de informação  
204 acerca da realidade aparentemente tão distinta entre Estado, capital e entorno existente em  
205 Pernambuco que levou o Governo a optar pela gestão por OS's, haja vista que em reunião com o  
206 Secretário Municipal de Saúde de Recife,Sr. **Gustavo Couto**, em outubro, em discussão no sentido de  
207 construir-se um plano de carreira que permitisse a inclusão dos trabalhadores na estrutura formal do  
208 SUS através de concurso, o referido Secretário manifestou posição contrária a gestão de Saúde por  
209 OS's, posição adotada pelo Governo Estadual. Em tempo, a Conselheira colocou-se à disposição da  
210 Secretaria de Recursos Humanos do Estado de Pernambuco no sentido de colaboração para se  
211 encontrar alternativas legais para a gestão do trabalho que não a de gestão por OS's. O Conselheiro  
212 **José Luiz Spigolon**, Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades  
213 Filantrópicas – CMB, declarou apoio à palavra do Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**, Secretário do  
214 CONASS, cumprimentando-o pela lucidez e equilíbrio em sua fala acerca da gestão de Saúde por OS.  
215 E, ainda discordou da afirmação do Dr. **Antonio Jordão de Oliveira Neto** quanto as OS's serem  
216 facilitadoras de campanhas políticas, informando que as mesmas são fiscalizadas intensamente pela  
217 Secretaria da Receita Federal, e estão sujeitas a adoção de um Plano de Contas segregado e definido  
218 pelo Conselho Nacional de Contabilidade, sujeitas anualmente e obrigatoriamente a submeterem suas  
219 contas e balanços a auditores independentes registrados na Comissão de Valores, e também sujeitas  
220 ao controle social das Comissões de acompanhamento que são criadas; a quem compete a fiscalização  
221 da qualidade dos serviços prestados. E, portanto, concluiu, não ser possível que tais instituições sirvam  
222 como meio de manobras para campanhas políticas. A Conselheira **Jurema Werneck**, Articulação de  
223 Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB, apresentou três questionamentos dirigidos à  
224 Senhora **Ana Maria Martins Cézar de Albuquerque** – Secretária-Executiva de Atenção à  
225 Saúde/SES/PE: - em primeiro lugar, qual a razão que leva um Governo de boa fé a abandonar  
226 princípios consagrados pela Sociedade e estabelecidos na Constituição, a Saúde Pública como dever  
227 do Estado;- em segundo lugar, o que leva um Governo de boa fé a considerar o modelo de gestão  
228 privatista do Estado de São Paulo, que para o Conselho Nacional de Saúde não é um exemplo, pois  
229 este Conselho quer indagar da Secretaria de Saúde de São Paulo acerca do Ministério Público de São  
230 Paulo considerar que a solução privatista de São Paulo não é só espúria, mas ilegal; - em terceiro  
231 lugar, qual a razão que explica uma gestão de boa fé a atropelar a democracia, encerrar-se atrás de  
232 portas e tomar decisões que em nada acrescentam em qualidade. O Conselheiro **Luiz Augusto**  
233 **Facchini**, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, defendeu que a  
234 solução para o problema vivido em Pernambuco, bem como em todo o país, passa por uma demanda  
235 maior de recursos e pela promoção da discussão de um novo modelo de rede de serviços para o país,  
236 em que a atenção básica tenha um perfil alternativo e resolutivo, incluídas certas atividades da média e  
237 alta complexidade que de fato resolvam o problema. A Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**,  
238 Associação dos Celíacos do Brasil – ACELBRA, lamentou a situação dos usuários do Sistema de  
239 Saúde do Estado de Pernambuco relatada pelos apresentadores e ponderou ser interessante a

240  
241 presença do Ministério Público nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde com o f im de orientar  
242 sobre a legalidade das questões, em especial, esta, da gestão por OS's. O Conselheiro **Francisco**  
243 **Batista Júnior**, Presidente do CNS e membro da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde,  
244 informou   Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**, que o Ministério Público fora convidado a estar  
245 presente, mas por motivo não sabido não se fez presente. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira**,  
246 Movimento Nacional de Luta Contra a Aids, defendeu o Sistema  nico de Saúde, de acordo com a  
247 legisla o vigente, sem flexibiliza o, terceiriza o ou privatiza o da gestão de Saúde, e apresentou  
248 encaminhamento no sentido de que o Conselho Nacional de Saúde aplique ao Estado de Pernambuco  
249 as mesmas medidas aplicadas ao caso do Estado de São Paulo. O Conselheiro **Sérgio Metzger**,  
250 Associa o de Diabetes Juvenil – ADJ, registrou que o sistema de gestão da Saúde em São Paulo não  
251   uma falácia, cujos resultados são uma cole o de escândalos inomináveis e recomendou aos  
252 representantes do Governo de Pernambuco a procurar o Ministério Público de São Paulo com o fito de  
253 conhecer os desmandos ocorridos por um sistema de gestão privatista que visa apenas o lucro.  
254 Ressaltou ainda que o real problema não   o fato de ser uma OS, mas a maneira como essas  
255 institui es estão estruturadas em São Paulo. A Conselheira **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira**,  
256 Associa o Brasileira de Ostomizados – ABRASO, manifestou a sua tristeza em rela o aos fatos  
257 narrados com respeito a op o do Governo de Pernambuco pela gestão de Saúde por meio de OS's e  
258 solicitou aos profissionais da Saúde do Estado de Pernambuco que tragam   público as boas notícias  
259 que acontecem no setor de Saúde com o objetivo de defender a que a contrata o de mão de obra não  
260 seja mudada de concurso público para gestão por funda o de direito privado. O Conselheiro **Arilson**  
261 **da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, defendeu  
262 pos c o em favor de uma contrata o direta mais ágil para o Programa Saúde da Família, com a  
263 justificativa de serem dois mil e quinhentos municípios no país com baixa arrecada o e sem condic o es  
264 de promo o de Concurso Público para contrata o de suas equipes do Programa Saúde da Família. E  
265 apontou para a necessidade de buscar-se solu o n transitória para o atendimento da popula o, pois  
266 não   possível ao gestor público continuar empenhado em fazer o atendimento   popula o e ao f im  
267 ser condenado por fazer convênio. O Conselheiro **Luiz Antonio Silva Neves**, Centro Brasileiro de  
268 Estudos de Saúde – CEBES, exortou a que a forma como o atual debate tem sido realizado seja  
269 abandonada, pois passa a impressão de uma tensão entre trabalhadores e gestores, quando, na  
270 verdade, estão todos imbuídos de uma mesma finalidade, a saber, construir o Sistema Público de  
271 Saúde conforme está previsto na CF e que d  conta de atender, sobretudo, a necessidade da  
272 popula o. E, ao concluir, solicitou ao CNS que busque solu o ns que atendam a necessidade dos  
273 trabalhadores da Saúde, mas, que sejam solu o ns que priorizem o atendimento da popula o. O  
274 Conselheiro **Arnaldo Marcolino da Silva Filho**, Central única dos Trabalhadores – CUT, lembrou ao  
275 Plenário da existência de uma crise de confiança no Estado por parte do usuário do Sistema de Saúde  
276 em decorrência de sinais de violência observados no mesmo. E, concluiu, que a solu o n está na  
277 manifesta o contra a referida violência, pois a mobiliza o popular faz tremer os governantes. O  
278 Conselheiro **Eduardo Santana**, Federa o Nacional dos Médicos, parabenizou o Conselho pelo evento  
279 da Caravana em Defesa do SUS, que originou-se neste Conselho e mobilizou de forma exitosa a  
280 sociedade. O Conselheiro **Eduardo** declarou que o modelo de transferencia de responsabilidade de  
281 gestão, na verdade, denuncia um problema muito grave que   o descompromisso do gestor, pois a  
282 questão não   o modelo de gestão, mas o modelo de gestor, porque existem gestores compromissados  
283 e gestores descompromissados dentro do mesmo modelo. E, em segundo lugar, afirmou que a situ o n  
284 de trabalhadores que não cumprem horário são existe onde há um conluio entre profissionais e gestores;  
285 entretanto, essa situ o n revela, na verdade, que o trabalhador, pela desvaloriza o imposta a ele, se  
286 submete a outro emprego para tentar complementar os seus ganhos e proventos. E, concluiu, que  
287 existe um problema muito grave que se revela no perfil do gestor e na form o n dos profissionais de  
288 Saúde, médicos e outros; propugnou, portanto, um esforço conjunto no sentido de impedir-se a  
289 abertura indiscriminada e irresponsável de escolas de form o n de profissionais da  rea. O Conselheiro  
290 **José Caetano Rodrigues**, Confedera o Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS, condenou o  
291 procedimento do atual Governo do Estado de Pernambuco, pois significa sustentar uma política de  
292 privatiza o da Saúde. E solicitou   Mesa Diretora do CNS permissão para dispor do seu tempo de fala  
293 com a Conselheira **Maria Lúcia dos Santos Peixoto**, representando o Conselho Estadual de Saúde de  
294 Pernambuco. A Conselheira **Maria Lúcia dos Santos Peixoto**, ofereceu informe acerca do controle  
295 social no Estado de Pernambuco, onde o Conselho Estadual de Saúde tem sofrido maus-tratos da  
296 parte do Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco, que não d  posse aos Conselheiros, que não  
297 participa das reuniões. E, concluiu, dizendo que não se faz um Sistema  nico de Saúde de qualidade  
298 com o controle social sendo ignorado e desrespeitado. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos**,  
299 Confedera o Brasileira de Aposentados Pensionistas – COBAP, colocou   representante do Governo  
300 de Pernambuco as seguintes questões: - primeiro, por que os Estados com essas dificuldades são  
procuram o Estado de São Paulo como referência, e não procuram os demais Estados que têm na

301 gestão pública o caminho para solução dos seus problemas; - segundo, por que esses Estados que  
302 estão terceirizando os serviços o fazem sob o entendimento e a vontade dos governadores e das  
303 Assembléias Legislativas, desrespeitando os Conselhos e desrespeitando o ente federado Município,  
304 que acaba tendo que se adequar, ferindo assim a sua autonomia; - terceiro, que se façam  
305 investimentos substanciais nas Unidades de Saúde sob a gestão direta da Secretaria de Saúde de  
306 Pernambuco para que ao se fazer eventuais comparações e avaliações de desempenho entre a gestão  
307 direta e a gestão por OS's da Saúde de Pernambuco não se façam comparações entre Unidades novas  
308 da gestão por OS's e Unidades sucateadas da gestão direta. E concluiu, pedindo licença respeitosa ao  
309 Sr. **Jurandi Frutuoso Silva**, Secretário-Executivo do CONASS, ressalvando que a descentralização do  
310 serviço de Saúde faz parte do SUS, e quanto mais, melhor, mas a descentralização do serviço, quanto  
311 a gestão, esta precisa ser debatida e aprofundada. Passou-se às ponderações finais dos debatedores  
312 convidados. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**, Secretário-Executivo do CONASS, completou a  
313 sua apresentação respondendo às colocações dos Senhores Conselheiros. Em relação ao argumento  
314 de auscultar pessoas, referência do Dr. **Jordão**, que informa também a realização de sequência de  
315 reuniões governo e trabalhadores, depois interrompida; apoiou a que as reuniões sejam retomadas. E,  
316 em referência a expressão "boa fé", menção da Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, declarou não ser  
317 fácil ao gestor o processo de tomada de decisão e que não se trata de má fé, mas de uma busca por  
318 alternativas que favoreçam o atendimento, respeitado o usuário. E ao que foi colocado pelo Conselheiro  
319 **Luiz Augusto Facchini**, ressaltou que a reflexão sobre a importância da atenção básica é fundamental  
320 para a organização lógica do Sistema de Saúde. E em referência à fala do Conselheiro **Geraldo Adão**  
321 **Santos**, destacou a necessidade de reflexão sobre a questão do modelo institucional e sobre a questão  
322 do modelo assistencial. E ao final, declarou que o CONASS não considera o regime de contrato por  
323 CLT como precarização. Passou-se às observações finais da Senhora **Maria Perpétua Rodrigues**,  
324 Coordenadora Geral do Sindicato dos Trabalhadores de Saúde. Reiterou a necessidade de rever a  
325 questão da municipalização de Unidades hospitalares de atendimento, defendendo que a mesma só  
326 pode ocorrer em caso de cooperação das três esferas de poder, pois o atendimento das referidas  
327 Unidades não se restringe aos usuários do Município. Reafirmou a necessidade de disponibilização de  
328 profissionais médicos aos setores de pronto atendimento. E, destacou que o problema de falta de leitos  
329 nas Unidades hospitalares ocorre muitas vezes por falta de manutenção de equipamentos ou falta de  
330 suprimentos; o que resulta em atraso na recuperação dos usuários do Sistema. E apontou como  
331 solução o empenho por maiores investimentos no preventivo com vistas a mitigar o problema da  
332 demora no atendimento do usuário. E defendeu, em resposta à colocação da Senhora **Ana Maria**  
333 **Martins Albuquerque**, Secretária-Executiva da SES/PE, colocação essa sobre o não cumprimento de  
334 horário contratual por parte dos funcionários do Sistema de Saúde de Pernambuco, que os mesmos  
335 são verdadeiros guerreiros por trabalharem nas condições precárias e de alto risco em que trabalham.  
336 E acrescentou que a responsabilidade pelo não funcionamento do Sistema de Saúde é exclusiva da  
337 gestão. Enfatizou que a má administração dos recursos aliada à falta de comunicação da gestão com  
338 os profissionais da área tem resultado em desperdício, ser necessário melhor análise de como são  
339 aplicados os recursos. E finalizou, afirmando a necessidade de fortalecimento do direito público ao  
340 Sistema Único de Saúde, pois somente o SUS garante cirurgias de alta complexidade, e quando  
341 humanizado o Sistema funciona bem. Passou-se às ponderações finais do Dr. **Antônio Jordão de**  
342 **Oliveira Neto**, Presidente do Sindicato dos Médicos de Pernambuco. Agradeceu a paciência e  
343 sensibilidade do Conselho Nacional de Saúde em ouvir a respeito da situação da Saúde do Estado de  
344 Pernambuco. Em relação a questão suscitada pelo Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**, Secretário-  
345 Executivo do CONASS, acerca do "respeito mútuo" entre profissionais da Saúde e gestores, pontuou  
346 ser condição necessária sem a qual não há diálogo. E indagou acerca de referência feita pelo  
347 Secretário-Executivo do CONASS ao seu nome como proprietário de clínica particular filiada ao SUS.  
348 Ao que acrescentou, informando não ser proprietário de clínica filiada ao SUS, e justificou sua  
349 declaração dizendo não haver senão moral ou legal contra isso, mas, sim, pela situação insuportável da  
350 administração de uma clínica filiada ao SUS diante de uma tabela do SUS congelada há quinze anos. E  
351 registrou, respeitosamente, que, em momento algum de sua fala, fez qualquer referência pessoal, pois  
352 considera que o suscitar dúvidas sobre o comportamento de outras pessoas em público não expressa  
353 uma relação amistosa e respeitosa e ainda aparenta um desvio de foco de discussão, não produtivo.  
354 Em relação ao que foi colocado pela Senhora **Ana Maria Martins Albuquerque**, a respeito de não  
355 cumprimento de horários, transferências do interior para a capital, transferências da emergência para  
356 enfermarias por parte de profissionais da Saúde, declarou que se existem desmandos é em razão da  
357 gestão reconhecer-se incompetente para resolvê-los e que a solução é reforçar a credibilidade da  
358 competência pública, ou seja, resgatar a gestão e não enterrá-la. Informou que a posição das Entidades  
359 Médicas é severa contra desvios de condutas de profissionais, portanto, que se abram processos  
360 administrativos, inquéritos, e, denúncias sejam encaminhadas ao Conselho Regional de Medicina,  
361 apure-se, pois a gestão pública requer legalidade e imparcialidade. Defendeu a reivindicação das

362 Entidades Médicas com respeito a ampliação das residências médicas, e destacou as ações do  
363 Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde nesse sentido; todavia, frisou a preocupação de  
364 como isso será feito para garantir a qualidade. E a respeito da falta de profissionais, informou que  
365 existem muitos médicos transferidos para atender deputados na Assembléia Legislativa, Tribunais e  
366 outros órgãos; que o Governo os chame de volta e sejam reintegrados ao serviço público e resolva o  
367 problema sem transferir a administração da Saúde para as OS's. Acrescentou, acerca da referência a  
368 50 reuniões realizadas entre técnicos do Governo e trabalhadores da área de saúde, que as várias  
369 decisões tomadas naquelas reuniões o foram por consenso, entretanto, não foram implementadas, logo  
370 não se pode lançar sobre as costas dos trabalhadores da saúde o ônus da situação de desmando em  
371 que se encontra a rede de saúde de Pernambuco. E quanto ao foco da discussão, a saber, a  
372 privatização da Saúde no Estado de Pernambuco, destacou que no referido estado a CF e a  
373 Constituição Estadual foram rasgadas, em razão de que nesta última, reflexo da primeira, no que  
374 respeita aos contratos aqui em questão, prescreve que os mesmos não poderão ser celebrados sem a  
375 autorização do Conselho Estadual de Saúde. E com relação a oportunidades, referência à fala do  
376 Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**, Secretário-Executivo do CONASS, que afirmou que 30% das  
377 mulheres morrem por câncer de útero, discordou e justificou, pois não se pode dizer que uma paciente  
378 de classe média para cima com plano de saúde venha a óbito por isso, talvez por câncer de mama. E  
379 acrescentou que mulheres de baixa renda, sujeitas a rede pública, padecem à mingua, morrendo de um  
380 câncer evitável. Logo, declarou, que não se pode falar de igualdade de oportunidades, mas de evidente  
381 exclusão social. E em relação a alternativas à gestão privada, levantada pelo Conselheiro **Geraldo**  
382 **Adão Santos**, Confederação Brasileira de Aposentados Pensionistas – COBAP, e demais  
383 Conselheiros, fez referência ao artigo da CF que reza sobre a autonomia administrativa e financeira das  
384 Unidades públicas não só de Saúde, mas também de outras áreas, ponderou que, o fato desse  
385 dispositivo legal não ter sido regulamentado até o momento, ao lado de não se trazer à público os  
386 exemplos exitosos, mas, ao contrário, uma busca sistemática por publicizar-se fatos negativos da rede  
387 pública de Saúde, fica evidente a opção pela gestão privatista. E concluiu, tomando referência positiva  
388 da Conselheira **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira** ao caso do salvamento da turista israelense  
389 baleada no coração, no carnaval do Recife, que foi atendida prontamente, na emergência do Hospital  
390 da Restauração, pelo Dr. **João Veiga**, à época um médico com mais de vinte anos de experiência em  
391 emergências, destacando que a solução não é a privatização da gestão, mas poderia ser inferida desse  
392 exemplo. E lembrou que há 30 anos atrás havia a visitação do médico responsável acompanhado pelos  
393 residentes e acadêmicos a cada paciente e o profissional iniciava a sua carreira no serviço de  
394 emergência e ali aposentava-se. Concluiu, afirmando que a solução está em retomar a mesma forma  
395 de trabalho e financiamento das grandes emergências de há 30 ou 40 anos atrás, pois Saúde é  
396 prioridade, é necessário colocar-se recursos e valorizar-se os profissionais. Passou-se a palavra a  
397 Senhora **Margarida Ferreira Lima**, que corroborou à fala da Senhora **Ana Maria Martins**  
398 **Albuquerque**, trazendo informes a respeito da gestão de recursos humanos da Secretaria de Saúde do  
399 Estado de Pernambuco. Declarou que a gestão de recursos humanos está imbuída de um esforço de  
400 resgate da formação técnica dos profissionais e a profissionalização dos gestores, gerentes e diretores  
401 de hospitais; a internalização de um plano de gestão estratégica da Saúde dentro de cada unidade  
402 hospitalar. E em relação à medida tomada pelo Governo de administração por OS's para fazer a gestão  
403 dos três novos hospitais, declarou ser uma medida que integra toda uma revitalização e resgate de  
404 melhorias das condições de equipamentos da rede de Saúde do Estado, dos 27 hospitais e 24 mil  
405 servidores. Destacou o atual esforço de busca e revisão do trabalho, do dimensionamento de quadro,  
406 para poder com segurança se avaliar ajustes, transferências, remoções, qualificações, concurso  
407 público, no sentido de dar ao quadro de pessoal da Saúde o valor e a competência que necessitam e  
408 merecem. E finalizou que para isso tem contado com o apoio de equipe técnica de alto nível, bem  
409 como, também, usufruído do apoio e orientação técnica do Ministério da Saúde. Em seguida, a Sra.  
410 **Ana Maria Martins Albuquerque** respondeu à indagação anterior feita pela Conselheira **Maria Helena**  
411 **Machado de Souza** quanto a afirmação de que há uma diferença entre Secretaria Municipal de Saúde  
412 enquanto complexidade do atendimento, pois o Recife não tem nenhuma Unidade de alta complexidade  
413 sob gestão Municipal, todas as Unidades são de pequeno e médio porte, inclusive, com três  
414 maternidades e nenhuma delas com alto risco, embora, em Recife, estejam concentrados todos os  
415 profissionais habilitados para tal procedimento. E afirmou que, dada essa diferença, sobre a gestão  
416 Estadual recai maior responsabilidade e complexidade no recrutamento e contratação de pessoal. E  
417 estranhou a referência feita à fala de **Gustavo Couto**, Secretário Municipal de Saúde do Recife, como  
418 contrária a opção de gestão da Saúde por OS's, pois, recentemente, a Secretaria Municipal do Recife  
419 fez opção pela contratação de OS's para conduzir as residências terapêuticas no Município do Recife.  
420 E quanto às visitas aos Estados, no sentido de conhecer modelos de gestão, informou que não  
421 somente São Paulo e Bahia, mas vários outros Estados, a saber, Ceará, Santa Catarina, Paraná e  
422 outros com experiências exitosas. E destacou que em São Paulo foram visitadas Unidades Públicas da

423 Administração Direta e outras com a gestão das OS's e informou da visita também ao Hospital do  
424 Mandaqui, uma unidade de alta complexidade, que atende toda a zona norte de São Paulo, um modelo  
425 exitoso da Administração Direta e de assistência ao usuário, mas que tem setor de atenção psiquiátrica  
426 e atenção ao idoso terceirizado por OS's. E reiterou que, em São Paulo, as OS's sofreram e sofrem  
427 fiscalização do Tribunal de Contas do Estado e também do Tribunal de Contas do Município e do  
428 Ministério Público. E acrescentou que as OS's que não cumpriram com os contratos foram substituídas.  
429 E frisou que todo investimento realizado tem sido muito visível, a tal ponto que a Sra. **Perpétua** fez  
430 referência ao Hospital Dom Moura como modelo de maternidade, mas, no entanto, outrora o mesmo  
431 Hospital era denominado jocosamente de "Dom Morra", o que demonstra a visibilidade do investimento  
432 feito nessa gestão. E destacou ainda que o Hospital da Restauração também é referência para todo o  
433 país no volume de neurocirurgias, com profissionais altamente qualificados e com alto nível de  
434 compromisso, o que demonstra a preocupação da gestão com metas de qualidade, respeito e  
435 humanização no atendimento ao usuário. O Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS  
436 e membro da Mesa Diretora, pontuou que o procedimento de reflexão feita seguia uma abordagem  
437 equivocada, que a problematização correta deveria focar na seguinte questão: - O que leva gestores  
438 públicos a entregarem ao privado a tarefa de administrar o bem público. E ponderou que a mentalidade  
439 corrente entre gestores enuncia que o que é público e administrado de forma pública funciona mal,  
440 cobrando-se dos profissionais de Saúde a responsabilidade do mal funcionamento; todavia, não é dado  
441 aos trabalhadores da Saúde as condições necessárias de trabalho, nem os recursos necessários e  
442 muito menos a autonomia administrativa. E colocou, em nome do segmento dos trabalhadores da  
443 Saúde, uma proposta aos senhores gestores públicos: - repassar aos trabalhadores as condições e  
444 recursos necessários acompanhados da autonomia administrativa para que então possam cobrar  
445 resultados. E acrescentou, não se pode lançar o ônus da entrega da coisa pública à gestão privada à  
446 conta dos trabalhadores. Explanou os termos da Lei Orgânica do SUS, em seu artigo 17, inciso IX,  
447 destaque para o que segue: - "à direção Estadual do Sistema de Saúde compete intensificar  
448 estabelecimento hospitalar de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade e de referência  
449 Estadual e regional". E fez referência ainda o inciso X do Artigo 17 da Lei Orgânica do SUS: "e gerir as  
450 Unidades que permaneçam em sua organização administrativa", condenando como ilegítimo o ato do  
451 Governo de Pernambuco ao entregar à gestão privada o Hospital Miguel Arraes. E à luz da Lei  
452 Orgânica do SUS indagou dos representantes da Secretaria de Saúde de Pernambuco qual seria o  
453 diploma legal no qual fundamentou-se a decisão de entregar a gestão de bens públicos às OS's.  
454 **Deliberação:** O Plenário aprovou o encaminhamento do Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, nos  
455 seguintes termos: - Quanto a situação da Saúde no Estado de Pernambuco, o CNS resolveu: - aplicar a  
456 mesma medida tomada anteriormente nos casos do Distrito Federal e Estado de São Paulo, a saber,  
457 pela aplicação dos termos da Lei, ou seja, a administração dos recursos do SUS passará  
458 imediatamente para a esfera superior. E ato contínuo, com as contribuições e apoio da Conselheira  
459 **Maria Helena Machado de Souza** e Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, aprovou-se um segundo  
460 encaminhamento proposto pelo Conselheiro **Luiz Antonio Silva Neves**, nos seguintes termos: - A  
461 criação de um Grupo de Estudos para ir ao Estado do Pernambuco para fazer levantamento da  
462 situação da Saúde no Estado e propor alternativas. Ato contínuo, o Conselheiro **Francisco Batista**  
463 **Júnior**, Presidente do CNS e membro da Mesa Diretora, agradeceu à Comitiva de Pernambuco pelas  
464 contribuições realizadas na reunião e reiterou os votos de estima e apreço a todos. E informou ao  
465 Plenário sobre o horário regimental esgotado e resolveu-se pela suspensão dos trabalhos para o  
466 almoço com retorno às quatorze horas. Retomados os trabalhos às quatorze horas passou-se à  
467 discussão do **ITEM 3 – Posse do CNS; Planejamento do CNS para 2010; GT do RJ; Informes e**  
468 **Indicações** - Coordenação: Conselheiro **Volmir Raimondi**, Mesa Diretora do Conselho Nacional de  
469 Saúde. Apresentação e Deliberação: **Rozangela Fernandes Camapum** – Secretária-Executiva do  
470 Conselho Nacional de Saúde. A Senhora **Rozangela Fernandes Camapum** apresentou os informes  
471 sobre a programação da Solenidade de Posse dos novos Conselheiros do CNS para a gestão 2010-  
472 2012, prevista para o dia dez de dezembro de 2009, com início às dez horas. Informou-se que a posse  
473 dos novos Conselheiros terá cunho simbólico com a assinatura dos segmentos e aclamação dos cento  
474 e quarenta e quatro nomes enquanto fossem projetados por meio de um datashow; entretanto, no  
475 termo de referência de organização do evento não foi pedido a contratação de datashow.  
476 **Manifestações:** O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** sugeriu que fosse autorizado o uso de  
477 datashow da Secretaria-Executiva no evento. E ainda, solicitou informe sobre eventual manifestação  
478 popular diante do Palácio do Buriti e manifestou preocupação de eventual dificuldade para realização  
479 da solenidade de posse dos novos Conselheiros naquele local. Em tempo, a Senhora **Rozangela**  
480 **Fernandes Camapum** respondeu que estaria se dirigindo ao local designado para a solenidade com o  
481 fim observar e analisar a real situação e trazer novos informes ao Conselho. E continuou o informe,  
482 dizendo que logo após a posse dos Conselheiros seguiria-se a homenagem aos Conselheiros e  
483 Conselheiras que estão deixando o Conselho com a entrega de troféus aos mesmos e encerramento da

484 solenidade de posse. E acrescentou que antes do intervalo para o lanche, às doze horas, segundo a  
485 programação proposta, o Plenário faria a indicação da Comissão Eleitoral para coordenação dos  
486 trabalhos a partir das treze horas. E ao reinício dos trabalhos, às treze horas, passaria-se ao período de  
487 indicações de candidaturas individuais por meio de requerimento fornecido pela Secretaria-Executiva  
488 do CNS. Em tempo, registrou a programação da eleição: 1. Indicação da Comissão Eleitoral; 2. Período  
489 de registro de inscrições de candidaturas individuais – 13h às 14h; 3. Indicação de Comissão de fiscais  
490 de votação composta por membros dos quatro segmentos, às 14h; 4. Defesa de Candidaturas; 5.  
491 Eleição para Presidente; 6. Resultado e proclamação do Presidente; 7. Defesa de Candidaturas à Mesa  
492 Diretora; 8. Eleição da Mesa Diretora; 9. Resultado e Proclamação da Mesa Diretora; 10.  
493 Encerramento, às 17h. E observou que a eleição deverá ser feita por voto secreto e, quando eleito o  
494 presidente, será preservada a paridade para os demais cargos da Mesa Diretora. A Conselheira  
495 **Graciara Matos de Azevedo** registrou palavra, informando do término de seus dois mandatos  
496 consecutivos como Conselheira CNS e que, a partir da próxima reunião, passará à primeira suplênciam;  
497 em seguida, enalteceu a caminhada do Conselho Nacional de Saúde e renovou o seu compromisso e  
498 solidariedade com a luta do CNS. O Conselheiro **Volmir Raimondi** agradeceu a Conselheira **Graciara**  
499 **Matos de Azevedo** e manifestou a certeza de contar com o apoio da dedicada Conselheira nos  
500 trabalhos futuros deste Conselho. O Conselheiro **Volmir Raimondi** procedeu o encaminhamento e o  
501 CNS resolveu aprovar o encaminhamento a seguir. **Deliberação: - Solenidade de Posse e Eleição da**  
502 **Mesa Diretora** - A posse será simbólica, no Salão Branco, Palácio do Buriti, com os quatro segmentos  
503 representados, assinando o termo de posse. Da Programação da Solenidade de Posse: 1. Abertura  
504 Solene – 10h ; 2. Posse ; 3. Homenagem aos Conselheiros que estão deixando o CNS; 4. Brunch –  
505 12h; 5. Inscrição de candidaturas individuais – 13h às 14h; 6. Eleição do Presidente do CNS – 14h ; 7.  
506 Eleição da Mesa Diretora do CNS(7 titulares) – 16h; 8. Encerramento - 17h. Resumo do Regimento  
507 Eleitoral – Eleição da Mesa Diretora: 1. Indicação de Comissão Eleitoral paritária, composta por quatro  
508 Conselheiros titulares escolhidos entre aqueles que não forem disputar cargo para a Presidência ou  
509 Mesa Diretora, será indicada antes do intervalo para o lanche. E composta por Presidente, Vice-  
510 Presidente, Secretário e Secretário-Adjunto; 2. Inscrição de candidaturas será mediante requerimento  
511 fornecido pela organização e deverá ser candidatura individual, no período de 13h às 14h; 3. Eleição do  
512 Presidente e membros da Mesa Diretora, preservada a paridade, oito membros titulares do CNS. Em  
513 seguida, a Senhora **Rozangela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS, colocou aos  
514 Conselheiros que, com o objetivo de abrir espaço à discussão do **Item Extra - Avaliação de Gestão**,  
515 devido a exiguidade do tempo, solicita a autorização para encaminhar à próxima reunião, em 13 e 14  
516 de janeiro de 2010, os demais assuntos do ITEM 03, a saber, assuntos pendentes: - Planejamento do  
517 CNS para 2010; - Capacitação de Conselheiros e o GT do RJ. **Deliberação:** Foi aprovado o  
518 encaminhamento dos assuntos pendentes à próxima Reunião Ordinária do CNS, a saber: -  
519 Planejamento do CNS para 2010; Capacitação de Conselheiros; GT do RJ. Passou-se à discussão do  
520 **ITEM Extra - Avaliação de Gestão. Manifestações:** O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** suscitou  
521 dúvidas quanto a possibilidade de se fazer um debate proveitoso de um assunto tão importante em tão  
522 pouco tempo e apresentou encaminhamento pela não discussão do item na presente reunião. A  
523 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** posicionou-se em favor de proceder-se à discussão conforme  
524 aprovado anteriormente, por ser prioritária. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** apoiou a posição  
525 do Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, afirmando ser inviável fazer-se o debate nesta reunião. A  
526 Conselheira **Maria Helena Machado de Souza** apoiou a proposta de proceder-se à discussão do Item  
527 Extra Avaliação de Gestão, defendendo a necessidade de uma avaliação ainda que concisa. O  
528 Conselheiro **Volmir Raimondi**, coordenador da Mesa, ponderou sobre a necessidade de decidir-se  
529 pela manutenção ou não desse Item Extra de pauta dada as dificuldades da pauta devido a discussão  
530 anterior sobre a situação da Saúde no Estado de Pernambuco que extrapolou o horário previsto. Em  
531 tempo, o Conselheiro **José Marcos de Oliveira** solicita permissão para retirada de sua proposta de não  
532 realização da discussão do Item Extra Avaliação de Gestão. Foi retirado. A Senhora **Rozangela**  
533 **Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS, apresentou encaminhamento no sentido de  
534 proceder-se à discussão do ITEM 04 – CIRH e deixar o **ITEM Extra - Avaliação da Gestão** para ser  
535 discutido quando houver tempo, no decorrer da reunião. O Conselheiro **Volmir Raimondi**, coordenador  
536 da Mesa, consultou o Plenário se havia acordo quanto ao encaminhamento dado pela Senhora  
537 **Rozangela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. Foi aprovado. **Deliberação:**  
538 Aprovado encaminhamento de discussão de Avaliação da Gestão da CNS dos últimos 03 (três) anos a  
539 ser feito no intervalo dos itens, quando houver tempo. Passou-se à discussão do **ITEM 04 – Comissão**  
540 **Intersetorial de Recursos Humanos: - Apresentação e deliberação: Maria Helena Machado de**  
541 **Souza** – Coordenadora da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH; **Coordenação:**  
542 **Francisco Batista Júnior** – Presidente do CNS e membro da Mesa Diretora do Conselho Nacional de  
543 Saúde. **Manifestações:** O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** apresentou pedido de  
544 esclarecimento à Mesa quanto a Resolução encaminhada pela CIRH e aprovada na reunião passada e

545 encaminhou as seguintes questões: 1<sup>a</sup>. Se a Resolução foi publicada; 2<sup>a</sup>. Se a não publicação implica  
546 em prejuízo do atual debate. A Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** esclareceu que a Resolução  
547 ainda não foi publicada, mas ponderou que houve uma pactuação entre os sujeitos políticos aqui  
548 presentes, e destacou que o processo de análise é político não ficando, portanto, prejudicada a  
549 discussão. E acrescentou que na presente reunião os pareceres da CIRH serão aprovados ou não, sem  
550 possibilidade de pedido de vistas, pois o Relatório foi encaminhado aos Conselheiros conforme previa a  
551 Resolução com o prazo de dez dias. A Conselheira **Maria Helena Machado de Souza** reiterou os  
552 esclarecimentos feitos. A Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** sugeriu que deveria se pautar, ao  
553 início das reuniões do GT da CIRH, se houve ou não algum pedido de vistas, para dar-se maior clareza  
554 de análise aos senhores Conselheiros e Conselheiras. A CIRH acatou o pedido. A Conselheira **Maria**  
555 **Helena Machado de Souza** agradeceu aos colegas integrantes do GT do CIRH pela disposição e  
556 trabalho durante a gestão que hoje se encerra. E informou que o relatório com os pareceres será lido  
557 pela Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** e apresentado pela internet. A Conselheira **Graciara**  
558 agradeceu as palavras carinhosas da Conselheira **Maria Helena Machado de Souza** e procedeu a  
559 leitura dos pareceres: **CURSOS A SEREM RENOVADOS:** - 01. **Referência:** Processo nº 200905050,  
560 **Interessado:** Centro Universitário de Patos de Minas, **Curso:** Autorização do Curso de Medicina  
561 **PARECER FINAL:** INSATISFATÓRIO; - 02. **Referência:** Processo nº 200900578, **Interessado:**  
562 Centro Universitário Jorge Amado, **Curso:** Autorização do Curso de Medicina, **PARECER FINAL:**  
563 INSATISFATÓRIO; - 03. **Referência:** Processo nº 200906913, **Interessado:** Faculdade de  
564 Odontologia São Leopoldo Mandic, **Curso:** Autorização do Curso de Medicina, **PARECER FINAL:**  
565 INSATISFATÓRIO; - 04. **Referência:** Processo nº 200900015, **Interessado:** Faculdade Educacional de  
566 Francisco Beltrão, **Curso:** Autorização do Curso de Odontologia, **PARECER FINAL:**  
567 INSATISFATÓRIO; - 05. **Referência:** Processo nº 2008000/2009, **Interessado:** Faculdades Integradas  
568 do Brasil, **Curso:** Autorização do Curso de Medicina, **PARECER FINAL:** INSATISFATÓRIO; - 06.  
569 **Referência:** Processo nº 200908542, **Interessado:** Universidade Federal de Campina Grande, **Curso:**  
570 Autorização do Curso de Medicina, **PARECER FINAL:** INSATISFATÓRIO; - 07. **Referência:** Processo  
571 nº 20060003828, **Interessado:** Universidade Salvador – UNIFACS, **Curso:** Autorização do Curso de  
572 Medicina, **PARECER FINAL:** INSATISFATÓRIO; - CURSOS A SEREM APROVADOS: - 01.  
573 **Referência:** Processo nº 2008-11952, **Interessado:** Universidade Paranaense – UNIPAR, **Curso:**  
574 Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; - 02. **Referência:** Processo  
575 nº 2008-13447, **Interessado:** Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul –  
576 UNIJUI, **Curso:** Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; - 03.  
577 **Referência:** Processo nº 2008-14337, **Interessado:** Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e  
578 das Missões - URI, **Curso:** Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; -  
579 04. **Referência:** Processo nº 2008-14339, **Interessado:** Universidade Regional Integrada do Alto  
580 Uruguai e das Missões – URI, **Curso:** Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL:**  
581 SATISFATÓRIO; - 05. **Referência:** Processo nº 2008-14340, **Interessado:** Universidade Regional  
582 Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, **Curso:** Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER**  
583 FINAL: SATISFATÓRIO; - 06. **Referência:** Processo nº 2008-12620, **Interessado:** Universidade São  
584 Francisco – USF, **Curso:** Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; 07.  
585 **Referência:** Processo nº 2008-07462, **Interessado:** Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais–  
586 PUC-MINAS, **Curso:** Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; - 08.  
587 **Referência:** Processo 2008-13067, **Interessado:** Universidade de Passo Fundo – UPF, **Curso:**  
588 Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; - 09. **Referência:** Processo  
589 nº 2008-14918, **Interessado:** Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, **Curso:** Renovação do  
590 Curso de Psicologia, **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; - 10. **Referência:** Processo nº 2008-13926,  
591 **Interessado:** Universidade do Sagrado Coração - USC, **Curso:** Renovação do Curso de Psicologia,  
592 **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; - 11. **Referência:** Processo nº 2008-15006, **Interessado:** Escola  
593 Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSP, **Curso:** Renovação do Curso de Psicologia,  
594 **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; - 12. **Referência:** Processo nº 2008-15213, **Interessado:**  
595 Universidade de Fortaleza – UNIFOR, **Curso:** Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL:**  
596 SATISFATÓRIO; - 13. **Referência:** Processo nº 2008-14987, **Interessado:** Universidade Luterana do  
597 Brasil – ULBRA, **Curso:** Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; - 14.  
598 **Referência:** Processo nº 2008-15030, **Interessado:** Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, **Curso:**  
599 Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; - 15. **Referência:** Processo  
600 nº 2008-11597, **Interessado:** Universidade Estácio de Sá – UNESA, **Curso:** Renovação do Curso de  
601 Psicologia, **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; - 16. **Referência:** Processo nº 2008-11598,  
602 **Interessado:** Universidade Estácio de Sá – UNESA, **Curso:** Renovação do Curso de Psicologia,  
603 **PARECER FINAL:** SATISFATÓRIO; - 17. **Referência:** Processo nº 2008-11599, **Interessado:**  
604 Universidade Estácio de Sá – UNESA, **Curso:** Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL:**  
605 SATISFATÓRIO; - 18. **Referência:** Processo nº 2008-11600, **Interessado:** Universidade Estácio de Sá

606 – UNESA, **Curso**: Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL: SATISFATÓRIO**; - 19.  
607 **Referência**: Processo nº 2009-00718, **Interessado**: Universidade Estácio de Sá – UNESA, **Curso**:  
608 Renovação do Curso de Psicologia, **PARECER FINAL: SATISFATÓRIO**; - 20. **Referência**: Processo  
609 nº 2008-11786, **Interessado**: Centro Universitário do Norte Paulista- UNORP, **Curso**: Renovação do  
610 Curso de Psicologia, **PARECER FINAL: SATISFATÓRIO**. **Manifestações**: O Conselheiro **Volmir**  
611 **Raimondi** solicitou um esclarecimento quanto a referência do relatório a três cursos situados em sua  
612 região, se isso determinou o parecer da CIRH. A Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou  
613 que os referidos cursos não são processos de autorização e sim de renovação cujo critério usado para  
614 renovação é baseado em notas feitas após a análise do MEC. A Conselheira **Maria Helena Machado**  
615 **de Souza** acrescentou que muitas vezes ocorre que a mesma instituição oferece curso diurno e  
616 noturno, ou em municípios diferentes, o que se caracteriza como cursos distintos, segundo normas do  
617 MEC. E concluiu, afirmando que num futuro a situação apontada pelo Conselheiro **Volmir Raimondi**  
618 deverá ser objeto de atenção por parte da CIRH, dado que tais cursos não foram avaliados pela  
619 necessidade social, é necessário que o Conselho se posicione a respeito. O Conselheiro **Clóvis**  
620 **Adalberto Boufleur** endossou a ponderação da Conselheira **Maria Helena Machado de Souza** e  
621 declarou que as decisões da CIRH acabam por sofrer uma rotulagem negativa ou caráter previsível  
622 resumido em três observações: 1ª. Cursos de Medicina privados a maioria com parecer desfavorável;  
623 2ª. Cursos da área pública de Medicina, a maioria com parecer satisfatório; e 3ª. Cursos de renovação  
624 são todos favoráveis. E diante disso solicitou aos membros da CIRH que não se conformem a essa  
625 rotulagem negativa. A Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** submeteu à apreciação do Plenário o  
626 Relatório da CIRH. Foi aprovado. **Deliberação**: O Plenário do CNS aprovou o Relatório da CIRH,  
627 quanto a renovação dos cursos e aprovação de cursos novos nos seus termos. Passou-se à apreciação  
628 do **ITEM 05 – Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento**. Coordenação: **Ruth Ribeiro**  
629 **Bittencourt**. Apresentação e deliberação: **Fernando Luiz Eliotério**. O Conselheiro **Fernando Luiz**  
630 **Eliotério** esclareceu que a apresentação a seguir, intitulada a Sala de Situação, é um instrumento novo  
631 e importante de controle social, que foi disponibilizado no portal do Ministério da Saúde, para o  
632 acompanhamento das ações e serviços de saúde. O Sr. **Ayrton Galiciani Martinello** apresentou a  
633 Sala de Situação de Saúde informando em breve exposição que o objetivo do referido instrumento  
634 virtual é disponibilizar informações e tendências de forma executiva e gerencial para subsidiar a tomada  
635 de decisão, com destaque para a questão da transparência administrativa e do controle social.  
636 Acrescentou que a Sala de Situação foi pensada para a Gestão Federal, contudo, nada impede que ela  
637 seja utilizada até em um nível municipal. Informou ainda que todas as unidades orçamentárias do  
638 Ministério estão acessíveis por meio da Sala de Situação. E acrescentou que dentro da COFIN já estão  
639 sendo feitos os ajustes solicitados para se ter uma informação de mês fechado e fazer-se o  
640 acompanhamento. A Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** agradeceu ao Sr. **Ayrton Galiciani**  
641 **Martinello**. E passou a palavra ao Sr. **Francisco Fúncia**, Consultor Técnico do Conselho Nacional de  
642 Saúde, que complementou a apresentação consignando que a Sala de Situação vai melhorar  
643 significativamente a qualidade da análise da execução orçamentária, e isso contribuirá positivamente  
644 na relação com o Ministério quanto a prestação de contas trimestral que tem sido cobrado  
645 sistematicamente, o que resultará em um processo mais transparente e uniformizado, propiciado pelo  
646 acesso a uma base comum de dados. E acrescentou que a COFIN, nas próximas reuniões, estará  
647 trabalhando a metodologia da análise de execução. **Manifestações**: O Conselheiro **Alexandre Magno**  
648 **Lins Soares**, membro da COFIN, informou que se está trabalhando junto ao Ministério da Saúde para  
649 que todas as prestações de contas encaminhadas sejam padronizadas, de acordo com a Portaria nº  
650 204, pois a linguagem de financiamento do SUS são os planos de financiamento, e informou que foi  
651 criado na COFIN uma planilha que pode ser adaptada à planilha do Ministério da Saúde, o que facilitará  
652 a compreensão por parte dos senhores Conselheiros e Conselheiras. O Conselheiro **Luiz Antônio da**  
653 **Silva Neves**, quanto a Sala de Situação, lembrou da tarefa a ser realizada por este Conselho, em 2010,  
654 a de reavaliar o Plano Nacional de Saúde, e celebrou a chegada do novo instrumento virtual que  
655 objetiva acompanhar os resultados dos compromissos políticos do Governo Federal para o setor saúde,  
656 bem como disponibilizar informações epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas e orçamentárias  
657 financeiras, incrementando o debate no Plenário. E acrescentou que o Conselho deve reforçar  
658 politicamente a Sala de Situação, pois muito contribuirá com o trabalho do CNS. O Conselheiro **Sérgio**  
659 **Henrique Sampaio** parabenizou o Sr. **Ayrton** e informou que já remeteu essa informação para mais de  
660 1700 municípios onde a Rede Nacional de Pessoas Diabéticas e conclamou aos demais Conselheiros  
661 que se disponham a dilATAR essa ferramenta em suas entidades. A Conselheira **Rosangela da Silva**  
662 **Santos** apresentou sugestão para que seja inserido no Portal Virtual do Conselho Nacional de Saúde  
663 uma referência atrativa, uma nota ou parágrafo, destacando a importância da Sala de Situação como  
664 instrumento de controle social no sentido de provocar o usuário da ponta e despertá-lo para a questão  
665 do financiamento do SUS. O Conselheiro **Antônio Alves de Souza** informou que já está em testes uma  
666 nova ferramenta que é o relatório de gestão eletrônico com expectativa de que, em 2010, já possa ser

667 utilizada por Gestores Estaduais e Municipais. E acrescentou que o referido instrumento será  
668 preenchido pelo Gestor, mas validado em sua última página pelo Conselho Nacional de Saúde,  
669 constituindo-se em mais um importante instrumento de controle social. A Conselheira **Graciara Matos**  
670 **de Azevedo** celebrou os avanços que estão sendo implementados no sentido de dar transparência à  
671 Gestão Pública e facilitar o acesso a dados importantes ao trabalho dos membros deste Conselho.  
672 Passou-se a palavra ao Sr. **Ayrton Galiciani Martinello** para suas considerações finais. Agradeceu e  
673 colocou-se à disposição dos Conselheiros e Conselheiras. O Plenário manifestou-se com Palmas.  
674 Passou-se a palavra ao Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou ao Plenário da impossibilidade  
675 de apresentar-se o Relatório Anual de 2008, bem como a Prestação de Contas do CNS, devido a uma  
676 série de modificações a serem feitas, que foram solicitadas ao Ministério da Saúde, contudo não  
677 realizadas, ficando acordado na COFIN a apresentação na próxima reunião do CNS. Apresentou  
678 proposta de Calendário de Reuniões da COFIN nos seguintes termos: - Calendário das Reuniões  
679 Ordinárias do COFIN – 2010: 205<sup>a</sup> R.O. 06 e 07 – JANEIRO; 206<sup>a</sup> R.O. 03 e 04 – FEVEREIRO; 207<sup>a</sup>  
680 R.O. 03 e 04 – MARÇO; 208<sup>a</sup> R.O. 07 e 08 – ABRIL; 209<sup>a</sup> R.O. 05 e 06 – MAIO; 210<sup>a</sup> R.O. 01 e 02 –  
681 JUNHO; 211<sup>a</sup> R.O. 07 e 08 – JULHO; 212<sup>a</sup> R.O. 04 e 05 – AGOSTO; 213<sup>a</sup> R.O. 01 e 02 – SETEMBRO;  
682 214<sup>a</sup> R.O. 06 e 07 – OUTUBRO; 215<sup>a</sup> R.O. 03 e 04 – NOVEMBRO; 216<sup>a</sup> R.O. 01 e 02 – DEZEMBRO. E  
683 renovou ao Conselho o pedido à SPO de fornecimento a COFIN da senha para acesso ao SIAF, que  
684 até o momento não foi fornecida; portanto, registrou novo pedido nesse sentido. A Conselheira **Ruth**  
685 **Ribeiro Bittencourt**, Coordenadora da Mesa, consultou ao Sr. **Ayrton Galiciani Martinello** com  
686 respeito ao encaminhamento do pedido à Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da  
687 Saúde e uma resposta para a próxima reunião do CNS. O Sr. **Ayrton Galiciani Martinello**  
688 comprometeu-se com o encaminhamento do pedido. O Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**  
689 encaminhou proposta de realização, na COFIN, de Seminário sobre o Restos à Pagar do Ministério da  
690 Saúde. **Manifestações:** O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** registrou pedido de correção no  
691 calendário do COFIN, que foi apresentado como calendário do CNS. E a respeito da realização de  
692 Seminário Restos a Pagar defendeu que seja encaminhada para a avaliação do Planejamento no  
693 sentido de realização junto com o Planejamento do Conselho Nacional de Saúde para 2010. A  
694 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou ao Plenário do CNS encaminhamento da matéria  
695 nos termos a seguir. **Deliberação:** Calendário da COFIN 2010; Relatório de gestão anual 2008 –  
696 apresentar na próxima reunião do CNS em janeiro; encaminhar realização de Seminário sobre Restos à  
697 Pagar para a avaliação do Planejamento no sentido de realização junto com Planejamento do Conselho  
698 Nacional de Saúde. Foi aprovado. Em tempo, a Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou  
699 esclarecimento quanto a natureza dos Restos à Pagar, se incluia a discussão do ressarcimento,  
700 questão da Saúde Suplementar. O assessor **Francisco Fúncia** respondeu negativamente,  
701 esclarecendo que a discussão refere-se a conceito contábil, a saber, de empenhos a pagar que  
702 terminam o exercício sem pagamento e ficam para o próximo exercício. O Conselheiro **Clóvis**  
703 **Adalberto Boufleur** informou ao Plenário que não se pode aprovar um calendário da COFIN para 2010  
704 sem se ter aprovado o Calendário do CNS 2010. O Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** concordou e  
705 apresentou nova proposta acerca do calendário COFIN 2010, nos seguintes termos: - Aprovar-se  
706 apenas a 205<sup>a</sup> R.O. 06 e 07 – JANEIRO; encaminhando-se as demais datas para a próxima reunião do  
707 CNS. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** registrou pedido de inclusão de pauta na próxima  
708 reunião da COFIN sobre o assunto gastos, empenhos e cartão do SUS, dado o alto valor e a baixa  
709 execução do mesmo. **Deliberação:** 1. Calendário da COFIN 2010 – Aprovado apenas a 205<sup>a</sup>. Reunião  
710 Ordinária da COFIN, em 06 e 07 de janeiro de 2010; 2. Relatório de Gestão Anual 2008 – apresentar na  
711 próxima reunião do CNS em janeiro; 3. Encaminhar proposta de realização de Seminário sobre Restos  
712 a Pagar para a avaliação do Planejamento no sentido de realização junto com Planejamento do  
713 Conselho Nacional de Saúde. 4. Pedido de inclusão de pauta da 205<sup>a</sup>. Reunião Ordinária da COFIN  
714 sobre o assunto gastos, empenhos e cartão do SUS, dado o alto valor e a baixa execução do mesmo.  
715 Passou-se à apreciação do **ITEM 06 – ATO MÉDICO**; Apresentação e Discussão: **Ana Cristhina**  
716 **Brasil** - Coordenadora do FENTAS – FENAFITO; **Maria Helena Machado de Souza** – Diretora do  
717 Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/MS; Coordenação: **José Marcos de**  
718 **Oliveira** – Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez  
719 referência a um posicionamento tirado da 203<sup>a</sup>. Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde,  
720 recomendando a ampliação do debate acerca do tema Ato Médico, destacando-se a importância do  
721 direito do usuário no Sistema Único de Saúde, bem como transversalizava pelo atendimento integral,  
722 pela multidisciplinaridade e pela autonomia profissional. E para o debate convidou a Dra. **Ana Cristhina**  
723 **Brasil** e a Conselheira **Maria Helena Machado de Souza** para tomarem assento à Mesa. A Dra. **Ana**  
724 **Cristhina Brasil** passou à apresentação intitulada Debate no CNS sobre a Regulamentação do  
725 Exercício da Medicina. E declarou que as demandas do FENTAS e a mobilização social que se impõe  
726 na situação atual não têm a pretensão de se contrapor à regulamentação da profissão médica.  
727 Ressaltou que a Resolução CNS nº 287 de 08 de outubro de 1998 estabelece quais são as profissões

728 de saúde de nível superior, e reconhece como imprescindível as ações realizadas pelos diferentes  
729 profissionais de nível superior, constituindo um avanço no que tange à concepção de saúde e à  
730 integralidade da atenção. Afirmou que o SUS é uma conquista da população brasileira baseado no  
731 cuidado amplo da saúde e que envolve uma diversidade de profissionais e vários campos de saber. E  
732 destacou que os usuários sabem dos benefícios do SUS e conhecem o valor de todos os profissionais  
733 de saúde no dia-a-dia das Unidades de Saúde, onde se lida com as dificuldades e pela saúde das  
734 pessoas. E que todas as profissões de Saúde tem como grande objetivo debelar doenças, e,  
735 principalmente, evitar que essas apareçam. E que as equipes multidisciplinares definem em conjunto o  
736 diagnóstico e o tratamento, somando suas visões e conhecimentos com o objetivo de chegar-se a uma  
737 melhor intervenção. E fez referência ao PLS nº 268/02 e PL nº 7.703/2006 que promovem, uma  
738 diferenciação entre os profissionais de Saúde, como foi o caso da Odontologia, excluída claramente no  
739 Art. 4º, § 6º, *in verbis*: “O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de  
740 sua área de atuação.” E defendeu que todas as outras categorias e todas as outras assistências  
741 necessitam também estar excluídas desse processo. E declarou o objetivo buscado que é a  
742 manutenção dos direitos constitucionais da população brasileira e a prestação multiprofissional  
743 acessíveis a todos os usuários e aplicadas de modo universal, igualitária e integral. E registrou as  
744 propostas do FENTAS, a saber: 1ª.Ampla divulgação da Recomendação CNS nº 031/2009; 2ª.  
745 Aprofundamento técnico-político sobre o Projeto e suas possíveis repercussões; 3ª. Abertura de canal  
746 de negociação entre as partes e a sociedade sobre a forma e o conteúdo do projeto. O Conselheiro  
747 **José Marcos de Oliveira** agradeceu a Dra. **Ana Cristhina Brasil**. A Conselheira **Maria Helena**  
748 **Machado de Souza** iniciou sua apresentação dizendo que o debate em questão nasceu no início do  
749 Governo **Lula** e desde o princípio o Ministério da Saúde apresentou-se com a mesma postura de  
750 negociação e mediação, chamando a todos para a lucidez, à busca do discernimento a respeito do que  
751 ocorreu e do que ainda está acontecendo. E informou ter participado desse processo intensamente,  
752 não de algumas poucas reuniões, mas de todas as reuniões de conciliação e de discussão entre, de um  
753 lado o movimento dos médicos e do outro lado o movimento contra o ato médico. E ponderou da  
754 irrupção de um tempo de oportunidades, totalmente diferente daquele, não mais de oposições, mas,  
755 sim, de convergências. E apontou o fato de que alguns atores políticos à época permanecem, hoje, à  
756 exemplo a Dra. **Ana Cristhina Brasil**, não mais de um lado contra o ato médico e de outro a favor do  
757 ato médico e o Ministério da Saúde mediando, mas imbuídos de um sentimento de busca do  
758 entendimento. E afirmou que foi esse processo que propiciou a elaboração de um documento  
759 aprovado no Senado Federal, um produto legítimo do consenso. E lembrou que se a redação não era a  
760 melhor, todavia era o fruto de um momento histórico registrado por todos que lá estavam presentes.  
761 Posteriormente, segundo a Conselheira, o documento seguiu para a Câmara Federal onde sofreu  
762 diversas emendas, mas persistia a certeza de um documento que sustentasse a urgente necessidade  
763 da profissão médica ter sua lei que regulamenta o exercício da sua profissão; e, por outro lado,  
764 considerar o fato de que sendo uma profissão tão complexa e tão ampla como a Medicina, ela, ao se  
765 regulamentar, não levasse prejuízo do trabalho multiprofissional e das profissões todas regulamentadas  
766 em lei da área da saúde. E hoje, informou, o documento ou Projeto de Lei, após ser votado na Câmara  
767 Federal, ele retornou à sua origem, o Senado, onde será apreciado pela Comissão de Constituição e  
768 Justiça, CCJ, e a Comissão de Assuntos Sociais. Em suma, afirmou que, o PL em questão, na verdade,  
769 envolve dois textos, a saber, o texto “1”, original do Senado e o texto “2”, o modificado na Câmara  
770 Federal. A posição do Ministério da Saúde é que o projeto que saiu do Senado é o projeto que se  
771 considera construído democraticamente; e onde está dito quais são os atos não privativos do médico. E  
772 concluiu, o Ministério da Saúde quer reforçar e reafirmar o desejo de uma lei que regulamenta o  
773 exercício da profissão e que tenha o respeito pelo trabalho multiprofissional. E detalhou que o pleito é  
774 por manter-se no item “rol das atividades não privativas dos médicos” a inclusão do termo  
775 “psicomotora” e também “cinésio-funcional e o funcional” que lida com fonoaudiólogos e os  
776 fisioterapeutas; e, em segundo, o outro item que diz respeito à fitopatologia e às atividades da  
777 fitopatologia, também um item que estava colocado como atos compartilhados que lida com os  
778 farmacêuticos e bioquímicos e os biomédicos. E por fim, manifestou o interesse do Governo em que se  
779 retome e aprove o documento original, no Senado, no qual esses fatos mencionados estão  
780 assegurados. Frisou que essa busca será feita com diálogo e diplomacia. O Conselheiro **José Marcos**  
781 **de Oliveira** solicitou a Dra. **Ana Cristhina Brasil** que comentasse o quadro comparativo  
782 disponibilizado na pasta. A Dra. **Ana Cristhina Brasil**, em relação aos fisioterapeutas, explicou  
783 algumas coisas relacionadas aos diagnósticos que são próprios, destacou que são próprios, no sentido  
784 de que são os fisioterapeutas que fazem todos os outros; os diagnósticos de enfermagem são próprios,  
785 quem faz é o enfermeiro, a sua formação é para isso, e assim também para as outras categorias. E  
786 quanto à prescrição terapêutica, informou que é preciso aprofundar, porque se o profissional consegue  
787 diagnosticar uma disfunção, por exemplo, cinética, ele tem também a capacitação para dizer que tipo  
788 de atendimento que se deve dar, que tipo de recurso terapêutico deve ser prestado ao paciente. Então,

o problema não está no embate direto, está com a possibilidade de dupla interpretação. E alertou que é isso o que preocupa profundamente, é a dupla interpretação no campo do judiciário. E quanto aos procedimentos invasivos que envolvem inclusive a prática da cultura, informou que existe uma política aprovada nesse Conselho, uma política que ainda sofre ações judiciais. E quanto a órteses e próteses consignou que precisam ser repensadas. Destacou a parte da ventilação mecânica também carente de ser melhorada, porque o que é colocado não é o que se vê na prática, não existe celeuma, nem esse tipo de dificuldade dentro da UTI, onde todos estão em prol do paciente crítico, na iminência de morte, imbuído em fazer de tudo para salvar aquele indivíduo e toda a equipe atua de modo muito responsável e muito competente. E quanto a classificação internacional de doenças precisa ser melhorada porque não só trata de doenças, mas também de problemas relacionados à Saúde e defendeu a necessidade de uma redação melhor para a própria segurança da profissão médica no exercício do trato. E, por fim, mencionou os programas de vacinação em que é garantida a produção dos enfermeiros e enfermeiras, também é um ponto que precisa ser aprofundado. E reiterou que não existe nenhum tipo de óbice ao diálogo, destacando a necessidade do entendimento e articulação. **Manifestações:** O Conselheiro **Wilen Heil e Silva** declarou que a Lei nº 3268 de 1957, que trata da Medicina está desatualizada. E propugnou que o Ministério da Saúde deve ter a preocupação de buscar o direito da população e não favorecer essa ou aquela profissão, pois o bem maior é a saúde da população brasileira. E saudou a postura conciliadora do Ministério da Saúde, na expressão da Conselheira **Maria Helena Machado de Souza**. O Conselheiro **Alexandre Magno** afirmou que a constituição do SUS defende a descentralização do poder, quando trata da questão dos multiprofissionais. E nesse sentido sugeriu ao Ministério da Saúde que defenda a multiprofissionalidade diante do Senado, dando ênfase ao que está na Lei nº 8080, na perspectiva de que toda profissão no Brasil tenha como eixo central que se ancione no SUS. O Conselheiro **Luis Augusto Facchini** apresentou sua fala que vai aqui transcrita na íntegra, *ipsis verbis*, por determinação do CNS: “Obrigado, **José Marcos**. Então, eu queria mencionar um pouco o que estivemos discutindo na ABRASCO e também minha posição em relação a esse debate. Eu concordo integralmente com os colegas que me antecederam, e inclusive com a Conselheira **Maria Helena Machado de Souza**, em relação à necessidade de termos um debate equilibrado em relação a essa questão. Evidentemente que todas as profissões são muito importantes para a constituição do Sistema Único de Saúde e qualquer Sistema de Saúde em qualquer lugar do mundo e os médicos não são menos importantes nesse contexto. No entanto, se nós formos olhar a história da saúde e das próprias profissões de Saúde, nós vemos um processo sofisticado de complexidade e de complementariedade nessa divisão social e técnica do trabalho. Uma questão que não está dada e não há limites definidos à medida que a sociedade se desenvolve, que os seus recursos científicos tecnológicos vão se tornando mais densos, sofisticados, e enfim, novas profissões vão surgindo e novos blocos de inserção dessa profissão vão aparecer em termos de médico e prática profissional. Portanto, é muito difícil definirmos com precisão quais são os contornos e limites de atuação de cada uma das profissões. É realmente um desafio muito grande. O que é fundamental aqui é garantir a todo cidadão, dentro da prestação pública de serviços do SUS, ou mesmo através de planos de saúde ou de práticas privadas, que ele tenha acesso de maneira integral a todos os cuidados e profissionais que são necessários para o sucesso do seu tratamento, da sua abordagem, do seu cuidado de saúde. Essa é a questão fundamental. Porque aquilo que definimos de uma maneira hoje, amanhã dependendo da história o Desenvolvimento Social vai estar nos desmentindo e dizendo que será diferente. E então, essa é a grande dificuldade de determinar o que é exclusivo de um médico, dentista ou qualquer profissional de saúde nesse contexto de mudanças profundas e aceleradas, inclusive na constituição das equipes de saúde. Temos, hoje, um debate muito importante na questão da saúde da família, identificando os limites e dificuldades em que apenas um médico, um dentista e enfermeiro, sejam capazes de dar conta da multiplicidade de necessidades da população. Por outro lado, o próprio esforço, eu estava olhando aqui as suas comparações e inclusive uma apresentação do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro a respeito disso, e estava vendo como é difícil esse processo de delimitação. Por exemplo, diz aqui o artigo 22, que objeto de atuação do médico além da saúde individual, a saúde das coletividades humanas. Evidentemente que aqui devemos considerar, não apenas as profissões tradicionais da saúde, mas os âmbitos de atuação da profissão em relação à Saúde Coletiva. A Saúde Coletiva, por exemplo, tem outros atores fundamentais além de epidemiologistas e sanitaristas que precisam concorrer para esse processo. E a gente evidentemente também faz diagnóstico, não são diagnósticos individuais, são de saúde, populacional e etc, e também fazem intervenções, não são prescrições medicamentosas mas são avaliações de política e serviços de saúde, e tudo isso é muito importante. Depois, por exemplo, a emissão de laudos de exame de imagem, e a gente desconsidera, por exemplo, hoje o concurso da importância da informática dos parâmetros de referência e dos próprios técnicos nessas profissões são utilizados pelos próprios médicos no sentido de trabalhar e de emitir e liberar esses laudos. E, então, por exemplo, visitei no exterior serviços de saúde complexos que tinham imagens não através de filme, mas já imagens

digitalizadas e computadorizadas que tinham um técnico exercendo essa atividade, e ele imediatamente assim que acabava o exame dava o seu diagnóstico e mandava seu laudo para o médico lá no consultório trabalhando com aquele paciente. E então estamos falando no mundo de enorme complexidade e de grande fragmentação em termos das atividades de saúde, que precisam ser articuladas e conformadas adequadamente em favor do paciente e da população. Mesma coisa em relação à emissão de diagnósticos hematopatológicos e citopatológicos, que é importante valorizar a formação e qualificação do patologista, independente se ele é médico ou se é um outro profissional, um biólogo, e eventualmente um dentista que fazem isso de maneira muito adequada. Por outro lado, só para terminar, desculpe o tempo, nós temos uma grande tolerância pela ausência de um conjunto grande de profissionais em relação ao conjunto de esforços necessários para os cuidados de saúde. Nós toleramos, por exemplo, que os municípios e serviços de saúde, não tenham farmacêuticos para realizar o processo de dispensação de fármacos e de acompanhamento da população em relação ao uso de medicamentos. Toleramos também que nós médicos ou outros profissionais, realizem orientação nutricional para gestantes, para crianças, obesos e enfim, quando não temos um nutricionista dentro da equipe de saúde numa unidade básica de saúde. Também toleramos que a gente possa fazer orientação de prática e atividade física, mesmo quando não dominamos toda a questão de Educação Física, e todas as questões complexas que envolvem esses procedimentos. Portanto, não apenas há um temor dos médicos em relação a que outros profissionais tomem conta de parte daquilo que antigamente era exclusivo dos médicos, como há de alguma maneira um temor de que esses novos profissionais e profissões tenham seu espaço restrito em função da atuação dos médicos. Então, o problema é mais complexo, não é unilateral, não estamos falando apenas de retirada de poder ou de práticas privativas de médico, estamos na verdade vendo um processo muito mais complexo e precisaria de uma abordagem articulada e integral nesse sentido. Obrigado.”

O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** manifestou sua satisfação com o destaque dado pelas oradoras sobre o principal objetivo do presente debate ser o de beneficiar quem usa o sistema de Saúde, no caso o usuário. Por outro lado, manifestou sua preocupação com o senso comum ou cultura do em primeiro lugar o médico, de preferência com receita, e depois a enfermeira. E, a respeito disso, solicitou que a Mesa apresentasse alguns comentários sobre o como superar essa questão do senso comum.

A Conselheira **Silvia Fernanda Martins Casagrande** destacou que o artigo 6º e 7º do PL que trata da regulamentação do ato médico, quando faz referência ao “não se aplica a odontologia” e informa que o debate realizado no FENTAS concluiu que a odontologia não pode ser excluída, pois o projeto fere o estado de direito. E encaminhou proposta de registro integral na ata da fala do Conselheiro **Luiz Augusto Facchini**.

O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que no debate da regulamentação da profissão médica se tem percebido que se está discutindo uma mercadoria e não um direito, ficando duas posições contrárias tensionando-se na mesma lógica em detrimento do direito do usuário do sistema de saúde. E registrou que a resposta a uma ação corporativa, não pode ser uma outra ação corporativa, a questão do direito à saúde e interesse do usuário tem que estar sempre em primeiro plano.

O Conselheiro **Afonso Magalhães** comentou que o recorte desse debate é bem corporativo e prestou sua solidariedade a uma visão crítica ao ato médico, que se mantém refém de uma visão conservadora das Entidades Médicas.

O Conselheiro **Eduardo Santana** apresentou sua fala que vai, aqui, registrada na íntegra, *ipsis verbis*, por determinação do CNS:

— Talvez eu devesse começar como a **Graciara**, fazendo apologia do final de gestão, o discurso do final de gestão, e dizer que enquanto nós estivemos aqui foi um prazer muito grande para a Federação Nacional de Médicos estar nesse Conselho e talvez fazer apenas algumas afirmativas aqui. A primeira, é que nós entendemos que é extremamente legítimo os pleitos e as reivindicações que o conjunto das entidades que representam os trabalhadores da saúde, no caso trabalhadores da saúde de nível superior, que não os médicos estão fazendo. Aí como ao reconhecer essa legitimidade, eu creio que é extremamente legítimo também o pleito que as categorias médicas e entidades que representam os médicos estão fazendo. Não tem como ser mais legítimo de um lado e menos legítimo do outro. Então, depois o que eu gostaria de dizer é que em se tratando de uma regulamentação de uma profissão, eu aprendi que impossível é Deus pecar. O resto é mais difícil, eu acho extremamente difícil que a discussão não tenha um eixo entre os eixos a serem abordados, um eixo corporativo. Senão você não tem como regulamentar a profissão, a não ser que a tese que nós fôssemos defender é que nenhuma produção deva ser regulamentada e que é uma tese interessante também. Uma tese muito interessante. A terceira questão que eu gostaria de estar colocando, é que tem alguns princípios para nós médicos e principalmente para nós médicos brasileiros que nós não abrimos mão disso. O primeiro desses princípios, é a defesa intransigente da conjuntura de saúde que foi criado nesse país. Nós consideramos os médicos juntamente com os demais trabalhadores da saúde atípicos dessa situação que nós vivenciamos da criação do Sistema Único de Saúde. Nós não abrimos mão da defesa intransigente, não só a consolidação, mas como do avanço que o Sistema de Saúde precisa ter, nós temos a clareza de que ao tratarmos da questão do Sistema Único de Saúde, nós não estamos

911 tratando da questão do Sistema Público de Saúde, nós estamos tratando da questão do Sistema de  
912 Saúde do país como um todo. É princípio para nós que todas as ações que nós desenvolvemos, elas  
913 tenham única e exclusivamente como objetivo a atenção às necessidades de saúde da população. E  
914 nós estamos falando de atenção às necessidades de saúde, nós não estamos falando de atenção  
915 exclusiva da doença. Acreditamos que o objeto de ação do profissional médico, ele não é exclusivo do  
916 médico, ele é um objeto de responsabilidade também não só dos profissionais de saúde, mas de toda a  
917 população, de toda a sociedade. Nós acreditamos e defendemos intransigentemente que o trabalho  
918 seja desempenhado de maneira multiprofissional. Aliás, se existe uma profissão que não consegue ser  
919 exercida de maneira solitária é a profissão médica. O exercício da profissão médica, ele é  
920 multiprofissional. Reconhecemos que outras profissões na área de saúde podem ser exercidas de  
921 maneira solitária e a profissão médica não pode ser exercida de maneira solitária. Não tem como  
922 exercê-la de maneira solitária, e nós achamos também, por uma questão de princípio, e a gente até  
923 cometeu, até pelo menos foi o que eu ouvi, como diz o **Afonso** que me precedeu, dos exemplos do  
924 direito que quando você legisla, você legisla sobre duas situações, ou você legisla para uma situação  
925 passada ou você legisla para uma situação presente. As situações do futuro, você espera que elas  
926 aconteçam para criar um novo pacto, porque as leis são pactos conjunturais que a gente está  
927 vivenciando. As leis podem existir ou deixar de existir, elas não são necessariamente permanente. E  
928 acho que a categoria médica, dentro desse projeto de lei, ela tomou duas atitudes que eu achei  
929 extremamente importante. Uma é quando legisla no presente, quando ela reconhece o conjunto das  
930 profissões que hoje estão previstas na nossa lista de profissionais de saúde, e reconhece a  
931 necessidade do respeito a tudo o que está escrito dentro de cada uma dessas profissões. E ela dá um  
932 passo para frente, que do ponto de vista jurídico, que eu nunca ouvi falar, mas é a primeira vez que eu  
933 vejo, que é de reconhecer que no futuro será necessário também a criação de outras produções e  
934 nesse sentido ele já prevê nesse texto o respeito às profissões que vierem a ser criadas também a  
935 despeito daquelas que aí já estão. Então, em linhas gerais são princípios que os médicos não abrem  
936 mão, são princípios que os médicos querem ver defendidos junto à sociedade, e são princípios que os  
937 médicos vão discutir contundentemente junto da sociedade, e acreditamos, como pude ouvir da  
938 intervenção de algumas pessoas, que provavelmente nós não vamos ter a competência, isso talvez por  
939 uma deficiência humana de produzir o texto ideal que seja capaz de regulamentar a profissão dos  
940 médicos. Mas temos certeza que nós vamos produzir o melhor texto que formos capazes de produzir. E  
941 vamos dar o melhor de nós dentro do objetivo maior que é a qualidade da assistência da Saúde. Nós  
942 estamos falando da qualidade de assistência à saúde de toda a população brasileira. E essa é uma  
943 posição que os médicos não abrem mão e nós não achamos que devemos desenvolver políticas de  
944 saúde, diferenciadas para se dar dentro de uma ótica que o cidadão vive numa região de difícil alcance  
945 ou de difícil acesso, e por isso para aquelas populações nós vamos disponibilizar apenas parte das  
946 políticas que podem ser desempenhadas. Nós defendemos intransigentemente que todo e qualquer  
947 cidadão ou cidadã nesse país possa ter acesso ao profissional de saúde, de acordo com sua real  
948 necessidade, independente de condição social, de situação geográfica que eu esteja vivendo ou  
949 qualquer coisa que o valha. Em linhas gerais é isso que a gente queria estar colocando, e com certeza  
950 os médicos não vão se furtar ao processo de negociação que venha a chegar a um bom termo.“ A  
951 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou proposta de registro integral da fala do Conselheiro  
952 **Eduardo Santana**. Em seguida, apoiou a proposta de regulamentação atualizada de todas as  
953 profissões, das suas atribuições privativas e suas competências. E apresentou os seguintes  
954 encaminhamentos: 1º. Que a Conselheira **Ana Cristhina Brasil** passe para o CNS as propostas que já  
955 foram discutidas no FENTAS; 2º. que o CNS ratificasse a posição da Recomendação de ser ouvido no  
956 Senado, como representante máximo, na instância federal, da discussão da Saúde; 3º.que se  
957 constasse na ata a fala do Conselheiro **Eduardo Santana**. Em tempo, solicitou registro em ata de  
958 pedido de que as Recomendações exaradas por este Conselho sejam publicadas no portal do  
959 Conselho Nacional de Saúde. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** passou a palavra às  
960 debatedoras para as considerações finais do tema. A Conselheira **Ana Cristhina Brasil** agradeceu as  
961 palavras dos Conselheiros e em especial a do Conselheiro **Eduardo Santana**, pela maturidade e ética  
962 das colocações feitas. E parabenizou ao Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** pela feliz colocação a  
963 respeito de como mudar a mentalidade da população e ponderou que isso é um processo de  
964 informação que está em desenvolvimento, à medida que o povo, em geral, começa a observar essa  
965 multiplicação de profissionais trabalhando em prol da melhora da saúde pública. E reiterou ao final a  
966 posição em defesa do diálogo e articulação dos profissionais da Saúde. A Conselheira **Maria Helena**  
967 **Machado de Souza** reiterou a sua preocupação com a situação que permeia o ambiente da discussão  
968 do ato médico, no Senado Federal, situação delicada que envolve tecnólogos, técnicos e profissionais  
969 universitários, a saber, a começar dos profissionais da podologia, da quiropraxia, da acupuntura, da  
970 parteira, da massagista, do tecnólogo, entre outros. E manifestou-se ainda a respeito de projeto de lei  
971 de regulamentação das cooperativas de profissionais de saúde, informando que se a cooperativa tem

972 por finalidade atuar no SUS a orientação do Governo é de contraposição. Reiterou que a função do  
973 Ministério da Saúde é conciliar, mediar e discutir as questões. Celebrhou a fala do Conselheiro **Eduardo**  
974 **Santana**, ponderando que a mesma acena para o diálogo. E informou que o objetivo do Governo está  
975 posto e que é garantir a multiprofissionalidade, garantir o espaço do médico por meio da aprovação do  
976 PL que ora está em fase terminativa no Senado Federal. E para tanto, apresentou proposta de  
977 encaminhamento no sentido de que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, em  
978 conjunto, solicitem audiência com o Senador **Valadares**, para apresentarem as colocações aqui postas  
979 e com as representações dos trabalhadores e médicos para que se possa produzir um texto apropriado.  
980 Ao final, registrou sua satisfação e agradeceu a todos. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira**  
981 procedeu a apresentação dos encaminhamentos feitos pelos senhores Conselheiros e Conselheiras.  
982 **Deliberação:** - Foram aprovados os seguintes encaminhamentos: 1. Registrar-se em ata a fala integral  
983 do Conselheiro Luiz Augusto Facchini; 2. Registrar-se em ata a fala integral do Conselheiro Eduardo  
984 Santana; 3. Criação de um Grupo de Trabalho responsável por agendar audiência na Câmara Federal e  
985 Senado (Sen. **Valadares**, relator do PL da Regulamentação do Exercício da Medicina) composta pelos  
986 seguintes representantes:- Ministério da Saúde; FENTAS; Usuário; 4. Disponibilizar aos Conselheiros a  
987 discussão realizada no Fentas; 5. Registro de pedido para disponibilizar as Recomendações exaradas  
988 neste Conselho no portal do Conselho Nacional de Saúde(Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**).  
989 Suspendeu-se a reunião por trinta minutos. Às dezenove horas e dois minutos o Conselheiro **José**  
990 **Marcos de Oliveira**, Coordenador da Mesa, chamou à ordem o Plenário do CNS para a retomada dos  
991 trabalhos e apreciação do **ITEM 07 – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador** -  
992 Apresentação e Deliberação: **Maria Izabel da Silva** - Coordenadora da Comissão Intersetorial de  
993 Saúde do Trabalhador – CIST; Coordenação da Mesa: **José Marcos de Oliveira**. A Conselheira **Maria**  
994 **Izabel da Silva** apresentou o relatório da CIST com as seguintes propostas de Recomendações: –  
995 Recomendação Compromisso com Setor Canavieiro; Recomendação de Trabalho Doméstico;  
996 Recomendação Problemas com INSS; Recomendação para criação das CISTs Estaduais e Municipais.  
997 E procedeu a leitura integral da Recomendação Compromisso com Setor Canavieiro, que vai aqui  
998 transcrita em sua integralidade, *ipsis verbis*, nos seguintes termos: - RECOMENDAÇÃO –  
999 COMPROMISSO COM O SETOR CANAVIEIRO - “RECOMENDAÇÃO CNS Nº XXX, DE 09 DE  
1000 DEZEMBRO DE 2009 - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Quarta  
1001 Reunião Ordinária, realizada no dia 09 de dezembro de 2009, no uso de suas competências  
1002 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142,  
1003 de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando o  
1004 COMPROMISSO NACIONAL PARA APERFEIÇOAR AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA CANA-DE-  
1005 AÇÚCAR, firmado em 25 de junho de 2.009, entre representantes dos empregadores, dos  
1006 trabalhadores e do Governo Federal, fruto do debate na Mesa de Diálogo para Aperfeiçoar as  
1007 Condições de Trabalho na Cana-de-Açúcar, instituída pelo Presidente da República e coordenada pela  
1008 Secretaria-Geral da Presidência da República; considerando que o Compromisso Nacional tem como  
1009 objeto a cooperação entre os entes privados e públicos representados para viabilizar conjunto de ações  
1010 destinadas a aperfeiçoar as condições de trabalho no cultivo manual da cana-de-açúcar, valorizando e  
1011 disseminando práticas empresariais exemplares;considerando que o referido Compromisso constitui um  
1012 avanço nas relações de trabalho nesse setor e contribuirá para garantir melhores condições de vida e  
1013 saúde para os trabalhadores e trabalhadoras cortadores de cana-de-açúcar, conforme avaliação dos  
1014 representantes dos trabalhadores e trabalhadoras na discussão realizada pela CIST/CNS em 02 de  
1015 setembro de 2.009; considerando a necessidade de divulgação do mesmo, bem como o  
1016 acompanhamento da sua implementação por parte das usinas que fizerem a adesão; considerando  
1017 ainda a necessidade de continuar aprofundando o debate para avançar em questões que não foram  
1018 possíveis consensuar no debate deste documento; RECOMENDA 1. Ao Executivo Federal:- a  
1019 propositura de PL para a definição de piso nacional os trabalhadores e trabalhadoras do setor  
1020 canavieiro. 2. A Secretaria Geral da Presidência:- incluir o Ministério da Saúde – MS, o Ministério da  
1021 Previdência Social – MPS e a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República –  
1022 SEDH/PR, na “Comissão Nacional de Diálogo e Avaliação do Compromisso Nacional”, conforme  
1023 constituída na Cláusula Quarta do referido compromisso nacional; 3. Ao Conselho Nacional de  
1024 Secretários de Saúde - CONASS e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde –  
1025 CONASEMS : - a discussão de como contribuir para o cumprimento do referido compromisso no âmbito  
1026 de sua competência, especialmente em relação ao disposto no Item c do Inciso III, da Cláusula  
1027 Segunda, que dispõe sobre O Transporte dos Trabalhadores: c) adotar Plano de Auxílio Mútuo em  
1028 Emergência, com pactuação e integração local/regional de serviços privados e públicos. - aprofundar o  
1029 debate sobre o papel da vigilância em saúde no cumprimento do referido Compromisso, em conjunto o  
1030 Ministério da Saúde. 4. Ao Ministério da Saúde - aprofundar o debate sobre o papel da vigilância em  
1031 saúde no cumprimento do referido Compromisso, em conjunto com o CONASS e o CONASEMS. 5. À  
1032 Comissão Interministerial Tripartite de Segurança e Saúde do Trabalho, composta pelos Ministérios da

1033 Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, por representantes dos trabalhadores e dos  
1034 empregadores(Portaria Interministerial nº 152, de 13 de maio de 2.008). - realizar pesquisa em que o  
1035 setor canavieiro seja objeto de estudo no enfoque dado pela Comissão de Atividade que causam "morte  
1036 e incapacidade permanente". - incluir o setor canavieiro como prioridade nas discussões realizadas pela  
1037 Comissão. 6. Ao Ministério do Trabalho e Emprego - MTE:- aperfeiçoar e regulamentar a NR 31,  
1038 especialmente, nas questões relativas aos EPIs e pausas para descanso, etc., visando o cumprimento  
1039 do Inciso I da Cláusula Terceira do Compromisso Nacional: I - assegurar a adequação dos  
1040 Equipamentos de Proteção Individual - EPI utilizados pelos trabalhadores no cultivo manual de cana-  
1041 de-açúcar; - desenvolver ações imediatas para garantir o cumprimento nos Incisos II da Cláusula  
1042 Terceira do Compromisso Nacional: II - ampliar progressivamente os serviços oferecidos pelo Sistema  
1043 Público de Emprego na intermediação da contratação de trabalhadores para o cultivo manual da cana-  
1044 de-açúcar; - garantir a participação dos representantes de trabalhadores nas discussões de programas  
1045 de qualificação e requalificação profissional, que devem ser implementados para o cumprimento do  
1046 disposto no Inciso IV, da Cláusula Terceira do Compromisso Nacional: IV - promover a qualificação e  
1047 requalificação dos trabalhadores do cultivo manual da cana-de-açúcar, com vistas a sua reinserção  
1048 produtiva; 7. Ao Ministério da Educação – MEC: - aprofundar o debate sobre a forma de alfabetização  
1049 diferenciada, integrando nas discussões representantes dos trabalhadores e trabalhadoras, visando  
1050 garantir o cumprimento do disposto no Inciso III, da Cláusula Terceira do Compromisso Nacional: III -  
1051 promover a alfabetização e elevação da escolaridade dos trabalhadores do cultivo manual da cana-de-  
1052 açúcar; 8. Às Secretarias e Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde: - a divulgação do termo do  
1053 Compromisso Nacional e o monitoramento da sua implementação/cumprimento por parte das empresas  
1054 que assinaram, bem como a discussão do mesmo com as CIST's e ESF; 9. Aos Centros de Referencia  
1055 em Saúde do Trabalhador – CEREST's e ao DIESAT: - realizarem discussões sobre como contribuírem  
1056 para o cumprimento e monitoramento do Compromisso Nacional. 10. Ao Observatório Social de Saúde  
1057 do Trabalhador do SUS e a FUNDACENTRO: - realizar estudos e pesquisas relativas à capacidade de  
1058 produção dos trabalhadores; 11. Às entidades sindicais e demais órgãos competentes: - realizarem o  
1059 debate de qualificação e geração de outras formas de empregabilidade para os trabalhadores do setor  
1060 com o advento da mecanização, visando contribuir para o cumprimento do disposto no Inciso IV,  
1061 Cláusula Terceira do Compromisso Nacional: IV - Promover a qualificação e requalificação dos  
1062 trabalhadores do cultivo manual da cana-de-açúcar, com vistas a sua reinserção produtiva. 12. Ao  
1063 Pleno do Conselho Nacional de Saúde: - a apresentação e debate do termo de Compromisso Nacional  
1064 no Pleno do CNS, visando integrar os Conselheiros e Conselheiras no processo de divulgação e  
1065 monitoramento do mesmo. - Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Quarta  
1066 Reunião Ordinária". O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** informou ao Plenário que as  
1067 recomendações propostas no relatório da CIST seriam tratadas individualmente dado o fato de cada  
1068 recomendação ter caráter distinto e especificidade. **Manifestações:** O Conselheiro **Clóvis Adalberto**  
1069 **Boufleur** apresentou pedido de esclarecimento a Conselheira **Maria Izabel da Silva**, Coordenadora da  
1070 CIST, quanto a forma de levar o debate adiante, dada a diversidade de áreas tocadas pela  
1071 recomendação, e, também com respeito ao endereçamento da recomendação a vários órgãos do  
1072 Governo, inclusive o próprio CNS. E manifestou o seu interesse em fortalecer o documento apreciado,  
1073 mas não via como fazer. A Conselheira **Maria Izabel da Silva** esclareceu que essa recomendação veio  
1074 ao Plenário com a consonância e concordância de trabalhadores e trabalhadoras. E quanto a  
1075 Recomendação exarada e ao fato de não lograr os efeitos projetados, ponderou que isso ocorre pela  
1076 eventual falta de monitoramento da questão. E dado o compromisso assinado e acordado por  
1077 trabalhadores, Governo e empregadores, afirmou ser imperativo levar adiante o documento e aprová-lo  
1078 neste Conselho, para então pensar-se em conjunto como fazer para fortalecê-lo ainda mais. O  
1079 Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**, em atenção, posicionou-se por maior objetividade e  
1080 especificidade no trato da matéria para alcançar-se os efeitos desejados. E apresentou proposta de  
1081 inclusão de item recomendando aos entes federados ou ao próprio Governo Federal que façam valer o  
1082 Termo de Compromisso. E em atenção a Conselheira **Maria Izabel da Silva** ofereceu redação nos  
1083 seguintes termos: "Recomendar aos entes federados, aos representantes dos trabalhadores e dos  
1084 empregadores a garantia de cumprimento do compromisso." O Conselheiro **José Marcos de Oliveira**  
1085 destacou que na fala da Conselheira **Maria Izabel da Silva**, coordenadora da CIST, ficou evidente o  
1086 compromisso da Comissão em cobrar os resultados daquilo que foi emanado dela, ponderando assim  
1087 que os passos seguintes são de responsabilidade da CIST. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida**  
1088 **Venâncio** declarou que não há como dissociar Saúde de questões relacionadas ao trabalho e afirmou  
1089 que a Conselheira **Maria Izabel da Silva** está correta em sua colocação, apoiando a recomendação  
1090 proposta. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** procedeu o encaminhamento ao Plenário da  
1091 Recomendação Compromisso com o Setor Canavieiro, que foi aprovada, agregando-se na ata as  
1092 observações do Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**. Em seguida, o Conselheiro **Clóvis Adalberto**  
1093 **Boufleur** registrou pedido à CIST para que solicite à Secretaria-Executiva que encaminhe, via e-mail, o

1094 texto integral do Termo de Compromisso – Acordo do Setor Canavieiro, aos senhores Conselheiros e  
1095 Conselheiras. Foi encaminhado e aprovado. **Deliberação:** 1. Aprovou a Recomendação Compromisso  
1096 como o Setor Canavieiro, agregando na mesma as observações feitas pelo Conselheiro **Clóvis**  
1097 **Adalberto Boufleur**, a saber, “fazer valer o Termo de Compromisso”; 2. Registrou-se a aprovação de  
1098 pedido à CIST para que solicite à Secretaria-Executiva que encaminhe, via e-mail, o texto integral do  
1099 Termo de Compromisso – Acordo do Setor Canavieiro, aos senhores Conselheiros e Conselheiras.  
1100 Continuando, a Conselheira **Maria Izabel da Silva** procedeu à leitura da Recomendação Para Resolver  
1101 Problemas com o INSS, que vai, aqui, transcrita integralmente: - RECOMENDAÇÃO PARA RESOLVER  
1102 PROBLEMAS COM O INSS – PERÍCIAS MÉDICAS.“RECOMENDAÇÃO CNS Nº XXX, DE 09 DE  
1103 DEZEMBRO DE 2009 - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Quarta  
1104 Reunião Ordinária, realizada no dia 09 de dezembro de 2009, no uso de suas competências  
1105 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142,  
1106 de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e, Considerando os  
1107 problemas enfrentados pelos trabalhadores junto ao INSS identificados à partir das discussões  
1108 ocorridas no II Encontro das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e de documento  
1109 enviado pelas Centrais Sindicais em resposta à solicitação da Comissão Intersetorial de Saúde do  
1110 Trabalhador – CIST/CNS, conforme abaixo descritos: - desumanização e desrespeito aos direitos  
1111 previdenciários dos segurados e seguradas; - não aplicação do NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico  
1112 Previdenciário; - aplicação do programa de Cobertura Previdenciária Estimada – COPES – muitos  
1113 trabalhadores recebem altas médicas em tempo inferior ao realmente necessário para a recuperação  
1114 de sua capacidade laborativa; - recusa de atestados, relatórios, exames e laudos dos médicos –  
1115 assistentes, apresentados pelos segurados no ato da perícia; - omissão de informações e outros  
1116 esclarecimentos aos segurados; - não fundamentação das razões e não fornecimento de cópia ao  
1117 segurado, em caso de recusa do benefício; - os peritos, na maioria das Agências da Previdência Social  
1118 – APS, não portam qualquer tipo de identificação e também não assinam o resultado da perícia médica  
1119 a qual os segurados são submetidos; - recusa sumária da CATs emitidas pelas entidades sindicais  
1120 (aceitam apenas as emitidas pelo Médico do Trabalho da empresa); - não fornecimento de informações  
1121 aos segurados, especialmente quando solicitadas por escrito; - julgamento subjetivos quanto a  
1122 idoneidade do segurado; - pouca cobertura em Programas Reabilitação; - atendimento precário nos  
1123 poucos Centros de Reabilitação existentes; - não cumprimento da legislação no que tange as ações  
1124 regressivas contra as empresas que não cumprem com as obrigações, no que diz respeito a normas de  
1125 proteção a saúde e segurança dos trabalhadores e trabalhadoras; - não transparência das ordens de  
1126 serviços do órgão; - descaracterização, ao longo dos últimos anos, das doenças e acidentes do  
1127 trabalho prejudicando os trabalhadores e seus direitos; - digitação incorretas das informações no  
1128 sistema, impedindo o trabalhador/a de requerer o benefício; - dificuldades em requerer a aposentadoria  
1129 especial; - no requerimento de Pedido de Prorrogação e/ou Reconsideração de benefício, o INSS exige  
1130 que o segurado assine termo de responsabilidade, no qual informa que o Instituto não se  
1131 responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho  
1132 enquanto aguarda o resultado do pedido; - demora nos processos de transformação de Benefício de B  
1133 31 para B 91; - demora nos andamentos dos Processos de Recurso, tanto para rever as Altas como em  
1134 relação ao financeiro; - pouca realização de visitas técnicas nas empresas; - várias portarias/normas e  
1135 ordens de serviços editadas pelo INSS divergem dos outros órgãos e legislações federais; -  
1136 fornecimento de equipamentos(próteses) de má qualidade aos segurados. - considerando o debate  
1137 realizado acerca desses problemas na 76ª Reunião Ordinária da Comissão Intersetorial da Saúde do  
1138 Trabalhador, dias 02 e 03 de setembro de 2.009; - considerando a referida reunião contou com a  
1139 presença de representantes do Departamento de Saúde do Trabalhador e do Conselho Federal de  
1140 Medicina - RECOMENDA: -1. Ao INSS: - a realização de Educação continuada dos profissionais,  
1141 garantindo a participação de entidades representativas de trabalhadores nos referidos processos; - a  
1142 elaboração de instrumento de informação/divulgação aos trabalhadores sobre direito à saúde,  
1143 previdenciário e perícia médica; - exigir dos profissionais o porte de identificação; - orientar os médicos  
1144 peritos sobre o seu dever de entregar o laudo para o segurado quando solicitado formalmente, por  
1145 escrito; - discutir a forma de solicitação de laudo por parte do segurado, que atualmente só pode ser  
1146 efetuada por escrito, garantindo não prejudicar os trabalhadores não alfabetizados; - garantir as  
1147 condições adequadas aos trabalhadores/as, a fim de proteger sua saúde e segurança. 2. Ao CFM e ao  
1148 MPS: - a elaboração de instrumento de informação/divulgação aos trabalhadores sobre direito à saúde,  
1149 previdenciário e perícia médica; 3. Às entidades representativas dos/as trabalhadores/as: - formalizar  
1150 as denúncias junto aos Conselhos Regionais e Nacional de Medicina, bem como ao INSS; - aprofundar  
1151 a discussão sobre as condições de trabalho dos/as profissionais do INSS, especialmente do médico  
1152 perito, em conjunto com e aos órgãos competentes; - a articulação e discussão com o INSS, com  
1153 participação do Dieese e Diesat, das questões relacionadas à saúde do trabalhador do setor. Plenário  
1154 do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Quarta Reunião Ordinária. ”A Conselheira **Maria**

1155 Izabel da Silva explicitou que muitos casos dos problemas apresentados não se alcançou solução,  
1156 mas as Recomendações vão no sentido de que esses problemas continuem a ser debatidos,  
1157 principalmente com a Recomendação às Entidades Sindicais de enviarem informalmente para os  
1158 órgãos competentes. **Manifestações:** O Conselheiro Volmir Raimondi apresentou encaminhamento  
1159 de duas inserções na recomendação: 1<sup>a</sup>. Inserção de um termo que caracterize obediência ao Decreto  
1160 nº 5296, de acessibilidade aos postos; e 2<sup>a</sup>. Elaboração e inserção de um parágrafo que contemple a  
1161 relação de trabalhadores portadores de deficiência com a perícia médica do INSS feito em conjunto  
1162 com a presidência do CONADE. O Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos apresentou consulta  
1163 quanto a possibilidade de incluir-se no na redação da Recomendação algumas recomendações para o  
1164 próprio Ministério da Saúde a respeito de ações que acabam desembocando no Ministério da  
1165 Previdência para suporte previdenciário que, na verdade, originam-se de alguns problemas  
1166 relacionados à Saúde. A Conselheira Maria Laura Carvalho Bicca apresentou proposta no sentido de  
1167 convidar-se o INSS e seus peritos a virem a este Conselho, para tratar de forma ampla e para além do  
1168 proposto na Recomendação, pois é uma questão de grande interesse de toda a sociedade e  
1169 especialmente de trabalhadores enfermos que estão sendo prejudicados. A Conselheira Marisa Furia  
1170 Silva apoiou a proposta de convite ao INSS para que se possa promover um debate que corrobore com  
1171 a ampliação do escopo da Recomendação proposta. O Conselheiro Jorge Alves de Almeida  
1172 Venâncio destacou que na relação trabalhador e perícia do INSS ocorrem verdadeiras barbaridades  
1173 que são de difícil controle social, ponderando que é chave o seu aperfeiçoamento. O Conselheiro  
1174 Eduardo Santana declarou apoio aos termos da Recomendação e sugeriu que o convite aos peritos  
1175 do INSS fosse estendido à Associação Brasileira dos Médicos do Trabalho. Em segundo lugar, sugeriu  
1176 correção no corpo do texto da Recomendação onde se refere a: "as Entidades que formalizaram  
1177 denúncias junto aos Conselhos Regionais e Nacionais de Medicina", e justificou, informando que não se  
1178 formaliza denúncia no Conselho Federal de Medicina, somente nos Conselhos Regionais. E quanto as  
1179 diferenças de conduta do Médico Perito e do Médico Assistente, informou que as orientações técnicas  
1180 emanadas do Ministério da Previdência Social para comportamento de boa parte dos Médicos Peritos  
1181 verdadeiramente são diferentes daquelas que são orientadas em relação ao Médico Assistente. E por  
1182 fim, apresentou proposta no sentido de que os protocolos de assistência fossem construídos  
1183 conjuntamente entre o Ministério e a Sociedade de Especialidade. A Conselheira Lucimar Batista da  
1184 Costa posicionou-se em favor do mérito da Recomendação e sugeriu inclusão de Recomendação de  
1185 capacitação dos profissionais peritos do INSS em patologias mais específicas para que haja mais  
1186 sensibilidade no atendimento de portadores dessas patologias, inclusive os portadores de hanseníase.  
1187 O Conselheiro Arnaldo Marcolino da Silva Filho identificou as proposições feitas como contempladas  
1188 na Resolução tirada da 3<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores e sugeriu que a referida  
1189 sirva de orientação no trato futuro com o INSS. O Conselheiro José Marcos de Oliveira solicitou à  
1190 Conselheira Maria Izabel da Silva que apresentasse o encaminhamento final para a matéria. Ao que a  
1191 Conselheira Maria Izabel da Silva acatou o pedido de supressão do termo "Conselho Nacional" da  
1192 frase "formalização de denúncias só junto aos Conselhos Regionais e Conselho Nacional", colocado  
1193 pelo Conselheiro Eduardo Santana. Ponderou que as propostas da Conselheira Maria Laura  
1194 Carvalho Bicca, da Conselheira Marisa Furia Silva, do Conselheiro Jorge Alves de Almeida  
1195 Venâncio e Conselheira Lucimar Batista Costa se coadunam e devem ser remetidas para esse  
1196 debate mais amplo sobre o assunto a se realizar no Plenário do CNS, se assim o Plenário concordar  
1197 em trazer à pauta. Relembrou do encaminhamento colocado pelo Conselheiro Eduardo Santana sobre  
1198 convite à Associação Brasileira dos Médicos do Trabalho, além dos peritos do INSS, para um debate  
1199 futuro. Informou ainda que o Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos propôs pensar-se quais as  
1200 Recomendações precisam ser feitas ao Ministério da Saúde, bem como Recomendações também ao  
1201 Ministério da Previdência Social. E considerou também a proposta do Conselheiro Volmir Raimondi de  
1202 inclusão para o INSS o cumprimento do Decreto nº 5296 que trata de acessibilidade aos postos e  
1203 também adendos elaborados em conjunto com o CONADE que atendam os trabalhadores portadores  
1204 de deficiência. Concluiu que, o documento ficou prejudicado e sem possibilidades de aprovação na  
1205 presente reunião, dadas as adições aqui solicitadas. E solicitou que a Recomendação possa ser  
1206 retomada no futuro com as alterações solicitadas. O Conselheiro José Marcos de Oliveira,  
1207 Coordenador da Mesa, registrou solicitação no sentido de que a Recomendação para Resolver  
1208 Problemas com o INSS, em nova versão, seja remetida à próxima reunião da Mesa Diretora do CNS, a  
1209 quem cabe determinar da inclusão ou não em pauta, no Planejamento 2010. **Deliberação:**  
1210 Recomendação Para Resolver Problemas com o INSS – Perícias Médicas: 1. Documento Prejudicado;  
1211 2. Devolvido à CIST para reformulação. 3. Que a CIST remeta a versão alterada da Recomendação à  
1212 Mesa Diretora do CNS. A Conselheira Maria Izabel da Silva informou que a próxima Recomendação é  
1213 uma demanda encaminhada pela Comissão de Saúde da População Negra. E procedeu a leitura da  
1214 Recomendação Quanto a Saúde do Trabalhador Doméstico, que vai, aqui, transcrita integralmente:  
1215 RECOMENDAÇÃO QUANTO A SAÚDE DO TRABALHADOR DOMÉSTICO - "RECOMENDAÇÃO CNS

1216 Nº XXX, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009 - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua  
1217 Ducentésima Quarta Reunião Ordinária, realizada no dia 09 de dezembro de 2009, no uso de suas  
1218 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e  
1219 pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e  
1220 considerando que do total de 92,4 milhões de pessoas de dez anos ou mais de idade ocupadas,  
1221 segundo a PNAD 2008, 16,6% são trabalhadores domésticos; considerando que embora seja um  
1222 número expressivo de trabalhadoras/es, trata-se da única categoria profissional discriminada  
1223 constitucionalmente, isso porque o parágrafo único do Artigo 7º da Constituição Federal/88 exclui  
1224 diversos direitos garantidos às demais categorias; considerando que do total de trabalhadores  
1225 domésticos, 93,6% são mulheres, em sua maioria negras; considerando que a escolaridade média das  
1226 trabalhadoras domésticas é de 5,94 anos, que seu rendimento médio mensal é de R\$ 350,77 e apenas  
1227 25,8% tem carteira assinada; considerando que a escolaridade média dos trabalhadores domésticos é  
1228 de 4,94 anos, que seu rendimento médio é de R\$ 491,51 e que 41,4% tem carteira assinada;  
1229 considerando que a Média de horas trabalhadas por semana: 36,5(Fontes: IBGE, PNAD, 2008, *apud*  
1230 Ipea, Comunicado nº 32, out. 2009); considerando que a longa jornada de trabalho, associada ao  
1231 estresse de dormir pouco, são fatores que prejudicam a saúde física e mental das mulheres(DINIZ,  
1232 Glacia. Mulher, trabalho e saúde mental, 2004); considerando que as condutas abaixo, frequentes no  
1233 âmbito do trabalho doméstico são definidas como assédio moral e impactam de forma negativa a saúde  
1234 das trabalhadoras e trabalhadores: - instruções confusas e imprecisas ao(à) trabalhador(a); - dificultar o  
1235 trabalho e atribuir erros imaginários ao(à) trabalhador(a); - exigir, sem necessidade, trabalhos urgentes  
1236 e impor horários injustificados; - sobrecarga de tarefas; - ignorar a presença do(a) trabalhador(a), ou  
1237 não cumprimentá-lo(a) ou, ainda, não lhe dirigir a palavra na frente dos outros, deliberadamente; -  
1238 agressão física ou verbal, quando estão sós o(a) assediador(a) e a vítima; - revista vexatória; - restrição  
1239 ao uso de sanitários; - ameaças; insultos; isolamento. - considerando que as(os) trabalhadores(as)  
1240 domésticos(as) estão sujeitos(as) a riscos ambientais, devido a exposição a diversos agentes físicos,  
1241 químicos e biológicos que podem prejudicar a sua saúde, bem como estão sujeitas a riscos de  
1242 acidentes – queimaduras, quedas, cortes e choques elétricos, ataques de animais, entre outros; -  
1243 considerando que os(as) trabalhadores(as) domésticos(as) estão sujeitas/os a sofrerem Assédio Sexual  
1244 no trabalho; - considerando que as informações, fornecidas pelos Sindicatos de Trabalhadoras  
1245 Domésticas filiados a Federação Nacional das Trabalhadoras Domésticas – FENATRAD e pela  
1246 Confederação Nacional dos Trabalhadores no Comércio e Serviços – CONTRACS, as doenças e  
1247 acidentes mais comuns apresentados pelas trabalhadoras e trabalhadores dessa categoria são Lesões  
1248 por Esforços Repetitivos, Alergias, Reumatismo, Problemas Pulmonares, Problemas na Coluna  
1249 Cervical, Quedas de Escadas, Janelas e Chão Molhado, Cortes, Queimaduras, Ataques de Animais,  
1250 Doenças Mentais, fruto do assédio moral e sexual, sendo que das mulheres atendidas com problemas  
1251 de saúde relacionadas ao trabalho: 20% adquiriram alergia; 20% intoxicação; 11% sofreram assédio  
1252 moral; 5% foram vítimas de Assédio Sexual e 4% de Agressão Física ; 5% sofreram Quedas, 3%  
1253 Queimaduras e 3% Ataques de Animais. - considerando que embora tenhamos essas informações  
1254 trazidas pelas entidades representativas dessas trabalhadoras e trabalhadores, o SUS até o momento  
1255 não dispõe de mecanismos que garantam a proteção e promoção das(os) trabalhadoras(es)  
1256 domésticas/(os); - considerando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define  
1257 como Objetivo Geral 'Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das  
1258 desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do  
1259 SUS' e como objetivos específicos, dentro outros: 'Identificar, combater e prevenir situações de abuso,  
1260 exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho'; e 'Fomentar a realização de  
1261 estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra'. - "Promover a melhoria das  
1262 condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente  
1263 constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e  
1264 recuperação da saúde em todo território brasileiro' é um dos objetivos gerais da Política Nacional de  
1265 Atenção Integral à Saúde da Mulher e que um dos seus objetivos específicos é 'Promover a Atenção à  
1266 Saúde da Mulher Negra: – melhorar o registro e produção de dados'" e considerando ainda a  
1267 dificuldade para o reconhecimento legal das organizações sindicais dessa categoria, não obstante a  
1268 luta desenvolvida pelo registro sindical para os sindicatos das domésticas. - RECOMENDA: - 1. Ao  
1269 Governo Federal: - o envio de PEC para revogação do Parágrafo 1º do Artigo 7º da Constituição  
1270 Federal, garantindo assim a isonomia de direitos às/aos trabalhadoras/es domésticos. - Retomar a  
1271 campanha pela carteira assinada de forma articulada com os movimentos sociais e sindicais. - 2. Ao  
1272 Ministério da Saúde – MS: - a produção e disseminação de informações sobre o tema saúde da  
1273 trabalhadora doméstica, na perspectiva da orientação e prevenção, tendo na elaboração a participação  
1274 efetiva da representação das trabalhadoras domésticas. - a realização de pesquisa sobre as condições  
1275 de trabalho/doenças e acidentes no trabalho doméstico, com a participação efetiva das representações  
1276 das trabalhadoras domésticas, do Ministério da Previdência Social e do Ministério do Trabalho e

1277 Emprego. - identificar no SINAN NET itens que possam contribuir nesse levantamento dos dados. Na  
1278 hipótese de não existir tais itens, discutir a inclusão. - articular a abordagem sobre o trabalho doméstico  
1279 junto a Atenção Básica, especialmente com a ESF e ACS para realização de pesquisa junto as famílias,  
1280 utilizando o questionário elaborado pela representação sindical da categoria. - 3. Ao Ministério do  
1281 Trabalho e Emprego: - maior agilidade no processo de reconhecimento da organização sindical. - 4. Ao  
1282 Pleno do CNS: - enviar documento de apoio à decisão de definição de Convenção Internacional sobre o  
1283 Trabalho Doméstico pela Organização Internacional do Trabalho – OIT; - realização do debate sobre  
1284 Saúde da/o Trabalhadora/or em reunião ordinária. - Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua  
1285 Ducentésima Quarta Reunião Ordinária." A Conselheira **Maria Izabel da Silva** informou ainda que o  
1286 referido tema já está em discussão no âmbito do Governo Federal, por iniciativa da Secretaria Especial  
1287 de Políticas para as Mulheres, a PEC de alteração de supressão do parágrafo único do artigo sétimo da  
1288 Constituição Federal. E ainda, informou, também que a OIT está discutindo, e vai ser objeto de  
1289 discussão na sua Assembléia Anual, em 2010, a propositura de uma convenção que trate  
1290 especificamente dos trabalhadores e trabalhadoras domésticas; por isso, que se está propondo enviar o  
1291 documento em apoio a essa proposta da OIT. **Manifestações:** A Conselheira **Jurema Pinto Werneck**  
1292 celebrou, em nome da Comissão de Saúde da População Negra, a atenção dada ao pedido de  
1293 discussão da Saúde da trabalhadora doméstica e ponderou o fato como um marco histórico, dado que  
1294 a categoria tem sido alvo de discriminação em todas as pautas de Saúde da população negra. E  
1295 apresentou pedido de inclusão na Recomendação sobre a anemia falciforme e pediu licença para que o  
1296 Sr. **Nadir Francisco do Amaral** fizesse uma breve fala a respeito. O Sr. **Nadir Francisco do Amaral**  
1297 defendeu a necessidade de difusão da informação sobre a anemia falciforme às mães, às domésticas,  
1298 e pleiteou destaque acerca do assunto na Recomendação. A Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**  
1299 solicitou inclusão na Recomendação de referência à doméstica e à diarista portadora de doença celíaca  
1300 que sofrem privações por não poder se alimentar adequadamente na casa dos patrões. O Conselheiro  
1301 **Alexandre Magno Lins Soares** destacou as questões do assédio moral, do assédio sexual e da  
1302 transmissão e infecção de DST e HIV, AIDS estarem relacionados com o assunto da recomendação. A  
1303 Conselheira **Maria Izabel da Silva** apresentou proposta de encaminhamento no sentido de aprovação  
1304 da recomendação, acrescida das observações quanto a anemia falciforme, doença celíaca e DST  
1305 AIDS. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** colocou ao Plenário e foi aprovada. **Deliberação:** 1. A  
1306 Recomendação quanto a Saúde do Trabalhador Doméstico foi aprovada, agregando-se as observações  
1307 registradas em ata quanto a anemia falciforme, doença celíaca e DST/AIDS; 2. Que a Recomendação  
1308 aprovada acrescida das observações seja encaminhada à Comissão de Patologia e demais Comissões  
1309 do Conselho Nacional de Saúde. Em tempo, o Conselheiro **Antônio Alves de Souza** fez registro em  
1310 referência a expressão "Governo Federal" ao lado de "Ministério da Saúde" e "Ministério do Trabalho e  
1311 Emprego", solicitando alteração para maior clareza do documento; e justificou o pedido, dizendo que  
1312 Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego também são Governo Federal. A Conselheira  
1313 **Rosangela da Silva Santos** apresentou pedido de esclarecimento quanto a enviar-se a  
1314 Recomendação às Comissões do CNS. Ao que o Conselheiro **José Marcos de Oliveira** destacou a  
1315 importância e envergadura da Recomendação aprovada e da necessidade e obrigatoriedade de seu  
1316 teor ser apropriado pelas demais Comissões em futuras discussões, encaminhamentos e Resoluções.  
1317 O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que o Conselho Nacional de Saúde tem no  
1318 recurso da "Resolução" um instrumento de força legítimo, todavia pouco usado. E ponderou acerca de  
1319 situações que chegam a este Conselho e exigem transformação, mas são tratados de forma suasória,  
1320 não alcançando os efeitos desejados. E defendeu o uso da Resolução como tratamento apropriado os  
1321 casos que exigem intervenção incisiva. Apresentou, portanto, proposta nos seguintes termos: -  
1322 Recomendar à CIST trazer a este Plenário questões que careçam de uma intervenção mais incisiva por  
1323 parte do Conselho Nacional de Saúde. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** encaminhou a  
1324 proposta ao Plenário. Foi aprovada em seus termos. **Deliberação:** Recomendar à CIST trazer a este  
1325 Plenário questões que careçam de uma intervenção mais incisiva por parte do Conselho Nacional de  
1326 Saúde. Em seguida, a Conselheira **Maria Izabel da Silva** informou que a última recomendação tem por  
1327 objetivo a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador Intermunicipais, recomendação  
1328 esta tirada do primeiro encontro de dezembro de 2007. E procedeu a leitura da Recomendação para  
1329 Criação da Cist's Estaduais e Municipais que vai, aqui, transcrita integralmente: - RECOMENDAÇÃO  
1330 PARA CRIAÇÃO DA CIST'S ESTADUAIS E MUNICIPAIS - "RECOMENDAÇÃO CNS Nº XXX, DE 09  
1331 DE DEZEMBRO DE 2009 - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Quarta  
1332 Reunião Ordinária, realizada no dia 09 de dezembro de 2009, no uso de suas competências  
1333 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142,  
1334 de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando a  
1335 Constituição Federal em seus artigos: - Art.196 – "A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado,  
1336 garantido mediante políticas sociais e econômicas ." - Art. 200 - "Ao Sistema Único de Saúde compete  
1337 ...II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Considerando a Lei nº 8.080/90, que traz nos seu artigos: - Art. 3º - "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, ...- Art. 6º - "Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e (...) - Art. 17. Define que "À direção Estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete: IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: ...d) de saúde do trabalhador; VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; - Art. 18, define que "À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS compete: III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; IV - executar serviços: e) de saúde do trabalhador; - Considerando que a Lei nº 8.080/90 em seu artigo 12 e Parágrafo Único determina, ainda, a constituição de Comissões Intersetoriais Permanentes, criadas e estabelecidas pelo Plenário dos Conselhos de Saúde, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para saúde, cujas execuções envolvam áreas não integralmente compreendidas no âmbito do SUS; - Considerando a Lei nº 8.142/90 que determina que os CONSELHOS DE SAÚDE têm por finalidade atuar na formulação e controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado; e prevê a criação das comissões de: - Alimentação e Nutrição; - Saneamento e Meio Ambiente; - Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia; - Recursos Humanos; - Ciência e Tecnologia; - Saúde do Trabalhador; e - Orçamento e Finanças, em cumprimento ao disposto na Lei nº 8.142/90.. RECOMENDA:- Que a CIST deve ser criada pelos Conselhos de Saúde, nos 3 (três) âmbitos de Governo (União, Estados e Municípios), através de Resolução, como organismos de assessoria ao Plenário do CNS, que resgatam e reiteram os princípios do SUS e do controle social, e seguindo as orientações abaixo: - DOS OBJETIVOS E FINALIDADES DA CIST - articular políticas e programas de interesse para saúde do trabalhador cuja execução envolva áreas compreendidas e não compreendidas no âmbito do SUS; - propor às instituições e entidades envolvidas que, no âmbito de suas competências, atuem no sentido de eliminar ou reduzir os riscos à saúde do trabalhador; - propor e acompanhar a implantação de medidas que objetive a melhoria dos serviços de saúde do trabalhador público e privado; - integrar as diversas instâncias envolvidas nas ações em saúde do trabalhador em torno de um projeto comum, visando a efetivação dos princípios do SUS; - Avaliar/analizar os Projetos e Plano de Saúde apresentados pela Secretaria de Saúde através de seus técnicos, focando nas ações relacionadas à saúde do trabalhador, recomendando ao pleno do conselho de saúde alterações, complementações que se fizerem necessárias, bem como sua aprovação ou rejeição; - Acompanhar a implantação/implementação dos projetos e planos de saúde, recomendando ao Conselho de Saúde que fiscalize e tome as providencias cabíveis caso verifique questões que não estejam de acordo com o aprovado; Contribuir para a promoção da Sensibilização e Educação Permanente dos gestores/prestadores, trabalhadores e usuários do SUS sobre a importância da discussão sobre saúde do trabalhador; - Contribuir para da conhecimento à Sociedade em Geral da Legislação e Políticas de Saúde do Trabalhador. DA COMPOSIÇÃO: - o Pleno do Conselho de Saúde, através de Resolução, deliberará sobre o número de participantes e quais as entidades que comporão a comissão;- a composição deve ser a deve ser o mais representativa possível, garantindo a presença de Conselheiros de saúde (titulares e/ou suplentes), órgãos/gestores ligados à política de Saúde do Trabalhador e entidades que atuem em saúde do trabalhador como por exemplo: centrais sindicais, sindicatos, associação de moradores/bairros, representação de empregadores, universidades, etc. Portanto, não necessariamente deve seguir a paridade do conselho de saúde(25 % gestores e prestadores de saúde; 25% trabalhadores da saúde e 50% de usuários da saúde) - DA COORDENAÇÃO: - orienta-se que Conselheiros de Saúde, titular ou suplente, indicado pelo Pleno assuma a coordenação e coordenação adjunta da comissão. DO FUNCIONAMENTO: - cabe ao Conselho de Saúde garantir a condição necessária para o seu pleno funcionamento, tanto do ponto de vista político como de infraestrutura para realização das reuniões; - a Comissão deve discutir e submeter à aprovação do Plenário do Conselho de Saúde, seu calendário de reuniões, bem como o plano de ação e método de auto-avaliação. - Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Quarta Reunião Ordinária". O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** colocou em discussão a Recomendação. **Manifestações:** O Conselheiro **Antônio Alves de Souza** chamou a atenção do Plenário para o fato de se estar aprovando algo que já está previsto em legislação, e argumentou que, porquanto seja relevante a saúde do trabalhador ou o trabalhador da saúde, a Lei define que as Comissões devam ser organizadas, não somente a CIST. E sugeriu a tomada de decisão por uma Resolução ampla e construída com diretrizes, orientando a organização das Comissões de uma forma geral nos Conselhos, tanto Estaduais quanto Municipais. A Conselheira **Rosangela da Silva Santos** solicitou esclarecimento quanto a questão do Humaniza SUS, pois observou que o conteúdo está posto mas não orienta como isso deve ser

1399 colocado. A Conselheira **Maria Helena Machado de Souza** informou a respeito de recente Portaria  
1400 Ministerial de criação do Comitê Nacional de Promoção e Saúde do Trabalhador da Saúde para  
1401 formular políticas em 120 dias e apresentar ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde e a todas as  
1402 instâncias. E defendeu que a Recomendação em discussão fosse ampliada em favor de todas as  
1403 Comissões. O Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** declarou apoio a uma discussão mais ampla ao  
1404 invés de se criar Comissões em separado. E quanto a questão Recomendação ou Resolução,  
1405 argumentou que o Conselho não tem poder para fazer Resolução para Estado ou Município. O  
1406 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** manifestou sua posição concorde a do Conselheiro **Antônio**  
1407 **Alves de Souza** que afirma ser possível uma Resolução ao invés de Recomendação. E ressaltou que a  
1408 Recomendação em discussão é fruto de um amadurecimento de uma demanda dos próprios Conselhos  
1409 que carecem de instrumentos políticos estruturantes de suas ações. O Conselheiro **José Marcos de**  
1410 **Oliveira** solicitou à Conselheira **Maria Izabel da Silva** o melhor encaminhamento a ser dado à  
1411 Recomendação. A Conselheira **Maria Izabel da Silva** argumentou em favor da aprovação da  
1412 Recomendação ou Resolução como um instrumento necessário para os atores do controle social em  
1413 saúde do trabalhador lá na ponta e para garantir o seu funcionamento. E nesse sentido apelou ao  
1414 Conselho que aprovasse a Recomendação como está, para que se possa ampliar o controle social em  
1415 Saúde do trabalhador. O Conselheiro **José Marcos de Oliveira** declarou regime de votação. E  
1416 ponderou compreender todas as considerações feitas, mas reconheceu ser um debate que o Conselho  
1417 ainda necessita fazer, porém nenhum Conselheiro desconheceu o mérito da Recomendação, e por isso  
1418 apontou-se a necessidade de se ampliar esse debate. Consultou o Plenário quanto a posição contrária  
1419 a aprovação da Recomendação para Criação da Cist's Estaduais e Municipais, mas garantir o  
1420 encaminhamento da Mesa Diretora à nova Presidência e Mesa Diretora para garantia de debate mais  
1421 ampliado, não só às Comissões do Conselho, mas como às próprias e demais Comissões que devem  
1422 ser recomendadas pelo Brasil afora e dos Conselhos Estaduais e Municipais. Foi Aprovada.  
**Deliberação:** 1.Recomendação para Criação da Cist's Estaduais e Municipais – Aprovada em seus  
1424 termos; 2. Garantir o encaminhamento da Mesa Diretora à nova Presidência e Mesa Diretora e garantia  
1425 de debate mais ampliado, não só às Comissões do Conselho mas como às próprias e demais  
1426 Comissões que devem ser recomendadas pelo Brasil afora e dos Conselhos Estaduais e Municipais. A  
1427 Conselheira **Maria Izabel da Silva** agradeceu a todos e informou que está deixando a titularidade para  
1428 assumir a 2<sup>a</sup> suplência, mas renovou sua disposição de serviço ao Conselho na CIST. E registrou voto  
1429 de felicitações aos fonoaudiólogos pelo seu dia, 09 de dezembro. **ENCERRAMENTO** - Nada mais  
1430 havendo a tratar, o Conselheiro **José Marcos de Oliveira** encerrou a 204<sup>a</sup>. Reunião Ordinária do  
1431 Conselho Nacional, agradecendo os presentes, aos internautas que acompanhavam a reunião, a  
1432 Secretaria-Executiva do CNS e aqueles que contribuíram para o sucesso da reunião. Estiveram  
1433 presentes os seguintes Conselheiros: **Titulares:** - Afonso Magalhães, Ailson dos Santos, Antônio  
1434 Alves de Souza, Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio Moreira de Souza, Cândida Maria  
1435 Bittencourt Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Clóvis Adalberto Boufleur, Eufrásia Santos Cadornin,  
1436 Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de  
1437 Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, José Luiz Spigolon, José Marcos de  
1438 Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Luiz Antônio da Silva Neves, Luiz Augusto Facchini, Maria  
1439 Helena Machado de Souza, Nildes de Oliveira Andrade, Rogério Torkaski, Rosângela da Silva  
1440 Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Fernanda Martins Casagrande, Valdenir Andrade França,  
1441 Volmir Raimondi e Wilen Heil e Silva. **Suplentes:** - Rildo Mendes, Eduardo Pimentel, Maria Betânia  
1442 Serrano de Andrade Regino, Arnaldo Marcolino da Silva Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio,  
1443 Ronald Ferreira dos Santos, Geraldo Alves Vasconcelos Filho, Jurandi Frutuoso Silva, Maria do  
1444 Socorro Souza, Maria Laura Carvalho Bicca, Marisa Furia Silva, Sérgio Metzger. Registrou-se a  
1445 presença dos seguintes convidados: Nadir Francisco do Amaral - FENAFAL; Antonio Jordão de  
1446 Oliveira Neto – Presidente do Sindicato dos Médicos de Pernambuco; Maria Perpétua Rodrigues –  
1447 Coordenadora Geral do Sindicato dos Trabalhadores de Saúde; Ana Maria Martins Cesar de  
1448 Albuquerque - Secretaria-Executiva de Atenção à Saúde - SES - PE, Ana Cristina Brasil – FENTAS;  
1449 Ayrton Galiciani Martinello – Ministério da Saúde.